

14 Författningskommentar

14.1 Förslaget till lag om försäkringsavtal

Första avdelningen

1 kap. Inledande bestämmelser

Kapitlet anger lagens tillämpningsområde, beskriver innebörden av vissa uttryck som används i lagen och talar om vilka bestämmelser som är tvingande. Det innehåller sju paragrafer. Av 1 och 2 §§ framgår lagens tillämpningsområde. I 3 § finns vissa definitioner. I 4 § anges vilka regler som i vissa fall skall gälla i fråga om personförsäkring som tecknas av en arbetsgivare till förmån för en anställd. I 5 och 6 §§ anges i vilken utsträckning lagens bestämmelser är tvingande. I 7 §, slutligen, bestäms vilka regler som skall gälla för en personförsäkring som ingår i en försäkring som huvudsakligen avser skadeförsäkring.

Lagens tillämpningsområde m.m.

1 § Bestämmelserna i 2–9 kap. i denna lag tillämpas på individuell försäkring mot ekonomisk förlust genom sakskada, ersättningsskyldighet eller ren förmögenhetsskada i övrigt (skadeförsäkring) som tecknas hos ett försäkringsbolag.

Bestämmelser om grupp-skadeförsäkring finns i 17 kap. och bestämmelser om kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring i 18 kap.

Lagen gäller för trafikförsäkring, till den del denna inte regleras av trafikskadelagen (1975:1410). Lagen gäller inte för återförsäkring.

(Jfr 1 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger vilka bestämmelser i lagen som är tillämpliga på skadeförsäkring. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 1 kap. 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 5. – Paragrafen har viss motsvarighet i 1–3 §§ i 1927 års FAL och 1–4 §§ i 1980 års KFL.

Första stycket

Av första stycket framgår att lagen innehåller särskilda regler om individuell skadeförsäkring. Där anges också vad som avses med skadeförsäkring. Begreppen skadeförsäkring och personförsäkring avviker från de begrepp som används i första – tredje generationens EG-direktiv och därmed också från dem i försäkringsrörelselagen. Som skadeförsäkring betecknas försäkring som skall skydda mot ekonomisk förlust genom sakskada eller ren förmögenhetsskada. I begreppet skadeförsäkring ingår ansvarsförsäkring, dvs. försäkring som skall skydda mot sådan ekonomisk förlust som uppkommer då någon är ersättningsskyldig mot någon annan. – Mot bakgrund av att definitionen av skadeförsäkring är densamma vid kollektivavtalsgrundad försäkring som här vid individuell försäkring, och med tanke på att den ersättning som utgår vid kollektivavtalsgrundad försäkring och som grundas på särskilda överenskom-

melser inte alltid framstår som skadestånd i vanlig mening, används inte begreppet skadeståndsskyldighet i lagtexten.

Sjukavbrottsförsäkring för näringsidkare skall anses som skadeförsäkring, om försäkringsersättningen helt eller till övervägande del skall beräknas efter verkliga utgifter eller förluster (se 2 § andra stycket).

Vidare skall bestämmelserna om skadeförsäkring tillämpas på bl.a. avgångsbidragsförsäkring (AGB) och trygghetsförsäkring vid arbets-skada (TFA) liksom på patientförsäkring och läkemedelsförsäkring. Sådana speciella försäkringar som rättsskydds- och turistassistansförsäkring räknas också som skadeförsäkring enligt lagen.

Andra stycket

I stycket erinras om att lagen har särskilda regler för gruppskadeförsäkring och kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Som framgår av 17 och 18 kap. gäller viktiga delar av bestämmelserna om individuell försäkring också för de båda andra formerna.

Tredje stycket

Trafikförsäkring utgör en form av skadeförsäkring. I bestämmelsen anges emellertid att lagen bara gäller i den mån trafikskadelagen inte innehåller en annan reglering. Det innebär bland annat att reglerna i 3 kap. om rätt till försäkring inte gäller vid trafikförsäkring. Ämnet regleras i 5 § trafikskadelagen, som föreskriver att ett försäkringsbolag som har fått tillstånd att meddela trafikförsäkring är skyldig att låta den som önskar teckna sådan försäkring. Vidare kan t.ex. reglerna om framkallande av försäkringsfall i 4 kap. 5 § i förevarande lag inte åberopas som skäl att sätta ned ersättningen vid trafikförsäkring. Frågan om nedsättning skall i sådant fall i stället prövas enligt trafikskadelagen, närmast 12 §.

2 § Bestämmelserna i 10–16 kap. tillämpas på individuell livförsäkring, sjukförsäkring och olycksfallsförsäkring (personförsäkring) som tecknas hos ett försäkringsbolag.

En personförsäkring kan tecknas på försäkringstagarens eller någon annans liv eller hälsa. Som personförsäkring räknas inte sådan avbrottsförsäkring för näringsidkare där försäkringsersättningen helt eller till övervägande delen skall beräknas efter verkliga utgifter eller förluster. Premiefrielseförsäkring räknas som sjukförsäkring, även om den ingår i ett liv- eller olycksfallsförsäkringsavtal.

Bestämmelser om grupppersonförsäkring finns i 19 kap. och bestämmelser om kollektivavtalsgrundad personförsäkring i 20 kap.

(Jfr 1 kap. 2 § promemorian och PFL.)

Paragrafen anger vilka bestämmelser i lagen som är tillämpliga på personförsäkring. Den har för skadeförsäkring sin motsvarighet i 1 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 5. – Paragrafen har viss motsvarighet i 1–3 §§ i 1927 års FAL och 1–4 §§ i 1980 års KFL.

Första stycket

Tillämpningsområdet för lagen är privat liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring.

Genom att lagen gäller för personförsäkringar som tecknas hos ett försäkringsbolag utesluts försäkringar som meddelas av staten. Lagen är sålunda inte tillämplig på försäkring som meddelas av försäkringskassan, Riksförsäkringsverket eller Statens Pensionsverk. Det är utan betydelse om en sådan försäkring är frivillig. Lagen kan sålunda inte tillämpas på frivillig sjukpenningförsäkring eller frivillig försäkring enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. En erkänd arbetslöshetskassa är inte heller att anse som ett försäkringsbolag, även bortsett från att den försäkring som en sådan kassa meddelar inte faller in under någon av de typer av försäkring som lagen omfattar.

Andra stycket

Enligt första stycket är liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring personförsäkring, och av första meningen i andra stycket framgår att försäkringen skall anknyta till någons liv eller hälsa.

I ett avseende preciseras personförsäkringsbegreppet i lagtexten. Sjukavbrottsförsäkring för näringsidkare räknas inte som personförsäkring, om försäkringsersättningen helt eller till övervägande delen skall beräknas efter verkliga utgifter eller förluster. Försäkringen har då karaktär av skadeförsäkring, eftersom avbrottet närmast innebär ett ekonomiskt avbräck för rörelsen (jfr SOU 1986:56 s. 223). Med uttrycket till övervägande delen avses att tyngdpunkten i försäkringen på ett avgörande sätt ligger på den ersättning som skall beräknas efter verkliga utgifter eller förluster. En sammantagen bedömning av försäkringens karaktär blir här bestämmande för hur hela försäkringen skall behandlas.

Medan det normalt torde vara lätt att skilja mellan personförsäkring och skadeförsäkring – även när moment av de olika slagen ingår i ett och samma försäkringspaket (jfr vid 7 §) – kan det tänkas vara svårare att bestämt ange vilken typ av personförsäkring en viss försäkring skall hänföras till.

Lagen innehåller ett par regler som gör skillnad mellan å ena sidan livförsäkring och å andra sidan sjuk- och olycksfallsförsäkring, och frågan uppkommer då hur försäkringar av blandad karaktär skall behandlas. Vad som utåt framstår som en försäkring utgör ofta i själva verket en kombination av två eller flera försäkringar, som skulle ha kunnat meddelas var för sig. I sådana fall får man på de olika momenten genomgående tillämpa de regler som gäller för respektive försäkringstyp. Mer svårbedömd blir situationen om något av momenten – exempelvis ett livförsäkringsmoment i en sjukförsäkring – kan meddelas i denna utformning bara tillsammans med huvudmomentet. Hur sådana försäkringar skall behandlas kan inte anges generellt utan får avgöras från fall till fall med hänsyn tagen bl.a. till vilken regel det är fråga om och vad som framstår som rimligt med tanke på den aktuella försäkringens utformning. Det normala torde dock vara att det tillfogade, osjälvständiga momentet får följa huvudförsäkringens regler. För ett bestämt fall ger lagtexten direkt besked: premiefrielseförsäkring skall genomgående följa sjukförsäkringsregler. Detta beror på att premiefrielsen typiskt sett har sin orsak i att försäkringstagaren på grund av sjukdom förlorar arbetsinkomst och därför alltså inte behöver betala premie. Visserligen kan sådan försäkring knappast meddelas separat, men försäkringen är

ändå till utformning och ändamål så skild från huvudförsäkringen – t.ex. en livförsäkring – att man utan svårigheter kan tillämpa särskilda regler på den. En sådan uppdelning är för något fall direkt nödvändig, och även för övriga fall kan den antas leda till rimliga resultat (se 11 kap. 3 och 4 §§ samt 12 kap. 4, 8 och 9 §§.)

Systematiken i försäkringsrörelselagen innebär att sjuk- och olycksfallsförsäkring som huvudregel skall hänföras till skadeförsäkring. Detta medför dock inte någon ändring i begreppen liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring i försäkringsavtalslagen. Sådan sjuk- och olycksfallsförsäkring som har tecknats som tillägg till livförsäkring och sådan sjuk- och olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen hänförs i försäkringsrörelselagen till livförsäkring men behåller sin karaktär av sjuk- och olycksfallsförsäkring vid tillämpning av förevarande lag. Annan sjuk- och olycksfallsförsäkring anses som personförsäkring. Gränsdragningen för skadeförsäkringsbegreppet avviker alltså från vad som gäller enligt försäkringsrörelselagen.

Som personförsäkring får också räknas det s.k. överfallsskydd som ingår i många hemförsäkringar. Genom detta moment i försäkringen ersätts normalt det skadestånd för personskada på grund av misshandel eller annat uppsåtligt våld som den försäkrade har rätt till enligt skadeståndslagen. Bestämmelsen i 7 § är tillämplig på försäkringen i denna del.

Den nya klassindelningen i försäkringsrörelselagen omfattar två försäkringsformer som hittills inte har förekommit i Sverige, giftermålsförsäkring och födelseförsäkring. Försäkringarna faller ut, om en person ingår äktenskap respektive vid ett barns födelse. I enlighet med systematiken i EG:s direktiv hänförs dessa försäkringar i försäkringsrörelselagens klassindelning till livförsäkring. Motsvarande bör gälla om förevarande lag skall tillämpas på avtal om sådana försäkringar.

Tredje stycket

Här erinras om att lagen har särskilda regler för gruppförsäkring och kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Som framgår av 19 och 20 kap. gäller viktiga delar av reglerna om individuell försäkring också för de båda andra formerna.

Definitioner

3 § I denna lag betyder

försäkringstagaren: den som har ingått avtal om försäkring med ett försäkringsbolag,

den försäkrade: vid skadeförsäkring den vars intresse är försäkrat mot skadan och vid personförsäkring den på vars liv eller hälsa en försäkring gäller,

ersättningsberättigad: den som har rätt till ersättning från en försäkring,

förmånstagare: den som på grund av ett förmånstagarförordnande enligt 14 kap. har rätt att få försäkringen eller från denna utfallande ersättning,

konsumentförsäkring: individuell skadeförsäkring som en konsument eller ett dödsbo tecknar för huvudsakligen enskilt ändamål,

företagsförsäkring: individuell skadeförsäkring som avser näringsverksamhet eller offentlig verksamhet och annan individuell skadeförsäkring som inte är konsumentförsäkring,

tidsbegränsad personförsäkring: personförsäkring som skall gälla för en bestämd tid eller till dess att den försäkrade uppnår en bestämd ålder,

fondförsäkring: sådan livförsäkring med anknytning till värdepappersfonder som avses i 2 kap. 3 b § 3 försäkringsrörelselagen (1982:713),

gruppvaktal: avtal som sluts med ett försäkringsbolag för en på förhand bestämbar grupp personer och som anger villkor för avtal om gruppförsäkring,

gruppskadeförsäkring: skadeförsäkring som meddelas enligt ett gruppavtal och som gäller under förutsättning att den försäkrade eller någon annan med särskild anknytning till denne tillhör gruppen,

gruppersonförsäkring: personförsäkring som meddelas enligt ett gruppavtal och som gäller under förutsättning att den försäkrade eller någon annan med särskild anknytning till denne tillhör gruppen.

Det som sägs om försäkringstagaren tillämpas också på den som vid personförsäkring har förvärvat försäkringstagarens rätt.

Det som sägs om försäkringsbolag gäller också i fråga om andra företag som meddelar försäkring. Det som sägs i 8 kap. om näringsidkare gäller också annan som tecknar eller vill teckna en företagsförsäkring.

(Jfr 1 kap. 3 §, 9 kap. 1 § och 18 kap. 1 § promemorian, 1 kap. 2 § och 9 kap. 1 § SkFL samt 1 kap. 2 § och 9 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen anger innebörden av olika uttryck som används i lagen. – Övervägandena finns i avsnitt 5. – Paragrafen har viss motsvarighet i 1–3 §§ i 1927 års FAL och 1–4 §§ i 1980 års KFL.

Första stycket

Försäkringstagaren är den som har ingått avtal om försäkring med ett försäkringsbolag. Om en försäkring tecknas av förmyndaren för ett barn i barnets namn, är den omyndige att anse som försäkringstagare, vilket innebär att t.ex. ett brott mot upplysningsplikten från förmyndarens sida kan gå ut över barnet (se vidare 4 kap. 1 § och 12 kap. 1 §).

Definitionen av försäkringstagare bildar bakgrund till reglerna i 17 kap. 2 § och 19 kap. 2 § respektive 18 kap. 2 § och 20 kap. 2 § om vem som skall anses som försäkringstagare vid gruppförsäkring och kollektivavtalsgrundad försäkring.

Den försäkrade bestäms olika vid skadeförsäkring och vid personförsäkring. Vid skadeförsäkring är det den som försäkringen skyddar mot ekonomisk förlust, vid personförsäkring däremot den till vars liv eller hälsa en försäkring är knuten. Skillnaden innebär att vid skadeförsäkring det är den försäkrade som efter ett försäkringsfall har rätt till försäkringsersättning, medan vid personförsäkring försäkringsersättningen skall tillfalla försäkringstagaren (eller den personens rättsinnehavare). Den försäkrade på vars liv eller hälsa en försäkring gäller har här inte någon självständig rätt till utfallande ersättning. En annan sak är att vid skadeförsäkring försäkringstagaren och den försäkrade ofta är samma person. – Vilka som skyddas av försäkringen framgår av försäkringsvillkoren och för skadeförsäkringens del i 9 kap.

Ersättningsberättigad är beteckning för den som har rätt att få ersättning ur en försäkring. Det kan, men behöver inte, vara samma person som försäkringstagaren själv.

Förmånstagare är ett centralt begrepp i reglerna om personförsäkring. Förmånstagarens rätt grundas på ett förmånstagarförordnande, som kan ha gjorts av försäkringstagaren eller finns intaget i försäkringsvillkoren.

Av definitionen följer att make eller bröstarvinge som får del av en försäkring med stöd av jämningsreglerna i 14 kap. 7 § inte anses som förmånstagare.

I paragrafen definieras vidare lagens begrepp *konsumentförsäkring* och *företagsförsäkring*, något som skall ses mot bakgrund av att lagen i åtskilliga sammanhang skall tillämpas olika beroende på vem som har tecknat försäkringen. Begreppet konsumentförsäkring omfattar även försäkringar för enstaka objekt (för t.ex. smycken, ur, hästar, hundar och katter, glasögon, pälsar och musikinstrument) som tecknas av en konsument (varmed jämställs dödsbon).

För att en individuell försäkring skall anses som en konsumentförsäkring skall den tecknas av en konsument för huvudsakligen enskilt ändamål. Försäkringstagaren skall alltså uppträda som privatperson. Skall t.ex. en bil eller en båt användas både för privat bruk och i en rörelse, beror de tillämpliga reglerna på det huvudsakliga användningssättet, som får bedömas med ledning av vad man kunde förutse när försäkringen först tecknades. Däremot saknar det enligt lagen betydelse om en omtvistad skada inträffat i yrkesutövningen eller inte (jfr prop. 1979/80:9 s. 99 f.). Till skillnad från vad som gäller för bl.a. konsumentköplagen har det inte ansetts motiverat att ta in en särskild definition av begreppet konsument i lagen.

Vid företagsförsäkring är det i huvudsak fråga om försäkringar som gäller i näringsverksamhet eller offentlig verksamhet. Till företagsförsäkring hänförs emellertid också försäkringar som tecknas t.ex. av stiftelser och föreningar, utan att de driver näringsverksamhet. Också företagsförsäkring är med lagens terminologi alltid individuell försäkring.

Med *tidsbegränsad personförsäkring* avses en försäkring som har avtalats att gälla för en viss tid, t.ex. ett år, eller tills den försäkrade uppnår en bestämd ålder. Definitionen blir aktuell för tillämpningen särskilt av 11 kap. Det har inte någon betydelse om det är fråga om en ren riskförsäkring, som upphör utan utbetalning om den avtalade tiden förflyter utan att försäkringsfall inträffar, eller en försäkring som enligt avtalet alltid skall avslutas med betalning av ett försäkringsbelopp. En vanlig s.k. sammansatt kapitalförsäkring, som avslutas genom utbetalning av det överenskomna livsfallsbeloppet, är alltså i denna bemärkelse tidsbegränsad, även om försäkringstiden sträcker sig över flera årtionden. En livsvarig livförsäkring räknas däremot inte som tidsbegränsad, även om försäkringsbeloppet på begäran skall betalas ut när den försäkrade uppnår viss ålder.

Paragrafen innehåller även en definition av *fondförsäkring*. Begreppet används i bl.a. 15 kap. 2 § andra stycket.

Gruppavtal är inget försäkringsavtal i lagens mening men utgör en nödvändig grundval för gruppförsäkring. Något avtal av detta slag måste finnas för att en gruppförsäkring alls skall anses förekomma. Det innebär visserligen inte att det nödvändigtvis måste finnas ett definitivt gruppavtal innan försäkringsavtalet sluts. På vissa punkter, bl.a. när det gäller premiens storlek, kan gruppavtalets innehåll vid frivillig gruppförsäkring (se om detta begrepp i 17 kap. 1 § och 19 kap. 1 §) bero av hur många gruppmedlemmar som ansluter sig. Men försäkringarna för dessa måste byggas på det avtal som så småningom preciseras. Strider de mot detta, är det inte fråga om gruppförsäkring i lagens mening.

I definitionen anges den ena parten i gruppavtalet – försäkringsbolaget. Den andra kontrahenten kan variera. Det kan t.ex. vara en arbetsgivare, som vill ordna gruppförsäkring för alla eller vissa anställda, en förening som vill försäkra medlemmarna eller en hyresvärd som, kanske också för att indirekt tillgodose sina egna intressen, vill ge ett försäkringsskydd åt hyresgästerna. Gemensamt är att avtalet sluts för en grupp. Något uppdrag från gruppens sida behöver inte finnas. Gruppavtal kan, liksom andra avtal till förmån för tredje man, gälla också dem som inte deltagit i avtalet. En annan sak är att gruppens medlemmar inte kan ådra sig förpliktelser mot försäkringsbolaget, närmast att betala premien, redan genom att någon sluter ett gruppavtal för dem.

Redan här finns det anledning att något kommentera gruppbegreppet, som är av betydelse för både gruppskade- och gruppersonförsäkring. Gruppen behöver inte vara avgränsad på förhand utan det räcker att den är ”på förhand bestämbar”. Det är tillräckligt att dess omfattning alls går att beskriva på ett någorlunda tydligt sätt. Gruppen kan sättas samman på skilda sätt utan att det inverkar på de civilrättsliga reglerna. Det är i praktiken försäkringsbolagets sak att se till att sammansättningen inte möter hinder från försäkringsteknisk synpunkt. Som begreppet grupp används i lagtexten beror det inte av vilka personer försäkringen senare kommer att omfatta. Ibland kommer bara vissa gruppmedlemmar att skyddas av försäkringen genom att inte alla ansluter sig. Gruppen skall alltså kunna bestämmas redan när gruppavtalet sluts – självfallet inte så att gruppmedlemmarna redan då behöver vara kända, men i varje fall enligt kriterier som kan anges vid avtalsslutet. Vad som i övrigt utgör ”grupp” får bestämmas med hänsyn till praxis inom försäkringsbranschen och de försäkringstekniska förutsättningarna för att meddela en gruppförsäkring. Bland annat har i praxis godtagits så omfattande grupper som personer tillhörande nykterhetsrörelsen och medlemmarna i en pensionärsorganisation eller låntagare i en bank.

I gruppavtalet skall vidare villkoren för försäkringen anges. Vid obligatorisk gruppförsäkring (denna term definieras i 17 kap. 1 § och 19 kap. 1 §) är detta självklart; gruppavtalet är här detsamma som försäkringsavtalet (se 17 kap. 3 § andra stycket och 19 kap. 3 § andra stycket). Men även vid frivillig gruppförsäkring (se om denna term de nyss nämnda paragraferna) skall gruppavtalet innehålla en reglering av försäkringen. Utformningen av de enskilda försäkringsavtalen kan emellertid delvis hållas öppna, t.ex. genom att gruppavtalet ger gruppmedlemmarna möjlighet att välja mellan flera alternativ som anges i gruppavtalet.

Med *gruppskadeförsäkring* avses i lagen skadeförsäkringar som meddelas för enskilda medlemmar i en grupp och eventuellt också för andra personer med särskild anknytning till dem, framför allt närstående. Detta medlemskap är såtillvida en förutsättning för att försäkringen skall gälla att den som inte tillhör den på förhand bestämbara gruppen inte heller kan omfattas av försäkringen. Lämnar en försäkrad gruppmedlem gruppen, kommer vidare gruppförsäkringen att upphöra för den personens och dem som har försäkrats tillsammans med honom, fast vanligen först efter en övergångstid. För att gruppskadeförsäkring skall föreligga saknar det betydelse om gruppmedlemmarna är konsumenter eller ej, men detta kan vara av betydelse för frågan i vad mån reglerna är tvingande i förhållandet mellan försäkringsbolaget och de försäkrade.

När man skall tillämpa reglerna om individuell skadeförsäkring på grupp-försäkring, är det grupp-försäkringen för de enskilda gruppmedlemmarna – och alltså inte gruppavtalet – som motsvarar den individuella försäkringen. Lagen bygger på samma synsätt både vid frivillig och obligatorisk grupp-försäkring. Även om i de flesta fall grupp-försäkringarna för alla gruppmedlemmar behandlas enhetligt, har lagregleringen ansetts bli lättare att förstå om konstruktionen på denna punkt är densamma vid alla grupp-försäkringar.

I fråga om *gruppersonförsäkring* gäller motsvarande som för grupp-skadeförsäkring. Medlemskap i gruppen är alltså en förutsättning för att försäkringen skall gälla för en person och för att han skall kunna ha några medförsäkrade, och det är gruppersonförsäkringen för de enskilda medlemmarna som motsvarar individuell personförsäkring när reglerna om sådan försäkring skall tillämpas enligt 19 kap.

Andra stycket

Mot bakgrund av den stora praktiska betydelsen av frågan för person-försäkringens del innehåller andra stycket en bestämmelse som klargör att ställningen som försäkringstagare vid personförsäkring går över på en person som förvärvar försäkringstagarens rätt enligt försäkringsavtalet. Bestämmelsen stämmer med allmänna rättsgrundsatser och innebär att förvärvaren får samma rättigheter mot försäkringsbolaget som den ursprungliga försäkringstagaren hade. Likaså kan försäkringsbolaget som princip framställa invändningar mot förvärvaren, t.ex. på grund av oriktiga uppgifter i samband med tecknandet av försäkringen, även om förvärvaren är ovetande om de omständigheter som ligger till grund för invändningen. – Konkurrerande förfoganden behandlas i 14 kap. 12 och 13 §§.

Rätten enligt försäkringsavtalet kan gå över till någon annan genom frivillig överlåtelse från försäkringstagaren, genom familjerättsligt förvärv såsom arv och bodelning, genom exekution och genom tillämpning av ett förmånstagarförordnande. Det bör dock observeras att ett förmånstagarförordnande som upptar flera förmånstagare med rätt efter varandra kan vara utformat så att den i första hand utsedde förmånstagaren inte får förfoganderätt till försäkringen. I sådana fall kan rätten till försäkringen delvis hållas svävande under en längre eller en kortare tid, och det finns då ingen som kan utöva en försäkringstagares samtliga rättigheter mot försäkringsbolaget, t.ex. avtala om en ändring av försäkringen. Dessa frågor behandlas närmare i 14 kap.

Enligt allmänna principer kan en kontraktspart inte frita sig från sina skyldigheter enligt avtalet genom att ensidigt överlåta sina rättigheter till någon annan; skyldigheterna står ändå kvar. Detta gäller naturligtvis också försäkringstagaren. För att han vid överlåtelse av försäkringen skall bli fri från sin förpliktelse att betala premien krävs alltså att försäkringsbolaget har samtyckt till detta.

Tredje stycket

I lagen används genomgående ordet försäkringsbolag som synonym till ordet försäkringsföretag. I *första meningen* klargörs att det som sägs om försäkringsbolag (som kan vara aktiebolag och ömsesidiga bolag) också är tillämpligt på andra typer av företag som driver försäkringsverksamhet, t.ex. understödsföreningar. Vidare klargörs i *andra meningen* att 8 kap. om företagsförsäkring gäller också när skadeförsäkring tecknas t.ex. av offentliga rättssubjekt som kommun eller landsting, av kyrkan eller av ideella stiftelser eller föreningar.

Personförsäkring som tecknas av en arbetsgivare till förmån för en anställd

4 § När en arbetsgivare tecknar en individuell personförsäkring till förmån för en anställd på dennes liv eller hälsa, anses den anställda som försäkringstagare vid tillämpning av bestämmelserna i 10 kap. om information till försäkringstagaren när ett försäkringsavtal har träffats, vid tillämpning av 14 och 15 kap. samt i fråga om rätten till försäkringsersättning i övrigt. En sådan anställd anses som konsument vid tillämpningen av 10 kap. 11 §. Men det som har sagts nu gäller inte om försäkringsavtalet föreskriver något annat.

(Bestämmelsen har ingen motsvarighet i promemorian eller PFL.)

Paragrafen tar sikte på det fallet då en arbetsgivare tecknar en individuell personförsäkring till förmån för en anställd. I ett sådant fall skall den anställda i viss utsträckning behandlas som om han själv hade tecknat försäkringen. Den har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 5.2. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Med försäkringstagare avses enligt definitionen i 3 § den som har ingått avtal om försäkring med försäkringsbolaget. Utan förevarande paragraf skulle en arbetsgivare som tecknar en personförsäkring för en anställd alltså anses som försäkringstagaren, inte den anställda till vars förmån försäkringen skall gälla. Detta skulle bl.a. innebära att den s.k. efterköpsinformationen fick lämnas till arbetsgivaren och inte till den anställda. Vidare skulle det vara arbetsgivaren som i egenskap av försäkringstagare hade rätt att förfoga över en sådan personförsäkring genom ett förmånstagarförordnande. Paragrafen syftar till att komma till rätta med detta genom att ändå ge den anställda ställning som försäkringstagare i vissa avseenden, trots att det är arbetsgivaren som ingått försäkringsavtalet.

Av paragrafens *första mening* framgår till att börja med, genom hänvisningen till 10 kap., att bestämmelserna där om efterköpsinformation och information under försäkringstiden skall tillämpas så att informationen skall lämnas inte till arbetsgivaren utan till den anställda själv. Däremot skall den s.k. förköpsinformationen ges till arbetsgivaren. Hänvisningen till 14 kap. innebär att det som sägs där om försäkringstagarens rätt att förfoga över försäkringen vid den typ av försäkring som omfattas av denna paragraf skall tillämpas så att förfoganderätten tillkommer den anställda. Motsvarande gäller i frågan om förhållandet till borgenärerna enligt 15 kap. Det skall erinras om att 15 kap. innehåller bestämmelser (7 och 8 §§) som begränsar rätten för arbetsgivarens borgenärer att ta i anspråk en försäkring av det slag som det är fråga om här eller utfallande

ersättning från en sådan försäkring. I övrigt anses däremot arbetsgivaren som försäkringstagare.

Hänvisningen i *andra meningen* till 10 kap. 11 § innebär att underlåtenhet från försäkringsbolagets sida att lämna föreskriven efterköpsinformation eller information under försäkringstiden till den anställde gör att marknadsföringslagen blir direkt tillämplig.

Av paragrafens *sista mening* framgår att det som föreskrivs i paragrafen har dispositiv karaktär. Försäkringsbolaget och arbetsgivaren kan alltså helt eller delvis frångå den särskilda ordning som följer av paragrafen och komma överens om att det i stället skall vara arbetsgivaren som på vanligt sätt i egenskap av försäkringstagare skall ha informationen, rätten att förfoga över försäkringen osv. En sådan överenskommelse mellan försäkringsbolaget och arbetsgivaren gäller gentemot den anställde; den rör ett avtal som de ingår till hans förmån. Överenskommelsen måste dock ske när försäkringsavtalet tecknas. Bolaget och arbetsgivaren kan inte senare under avtalet – utan den anställdes samtycke – komma överens om att den anställde inte skall anses som försäkringstagare och t.ex. inte längre ha rätt att göra förmånstagarförordnande.

Tvingande bestämmelser

5 § Försäkringsvillkor som i jämförelse med bestämmelserna i denna lag är till nackdel för försäkringstagaren eller dennes rättsinnehavare eller för den försäkrade är utan verkan mot någon av dem, om inte annat anges i lagen.

Försäkringsvillkor som avviker från 9 kap. till nackdel för en ersättningsberättigad tredje man i andra fall än där anges är utan verkan mot denne. Detsamma gäller försäkringsvillkor vid ansvarsförsäkring som till nackdel för den skadelidande avviker från 4 kap. 9 § andra stycket eller 7 kap. 1–4 §§.

(Jfr 1 kap. 4 § promemorian, 1 kap. 3 § SkFL och 1 kap. 4 § PFL.)

Paragrafen anger den tvingande regleringen vid såväl skade- som personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 5.3. – Paragrafen har viss motsvarighet i 1–3 §§ i 1927 års FAL och 1–4 §§ i 1980 års KFL.

Första stycket

Bestämmelserna i lagen är i väsentlig utsträckning tvingande såvitt angår konsumentförsäkring, alltså individuell skadeförsäkring tecknad av konsumenter eller dödsbon för huvudsakligen enskilt ändamål, liksom för personförsäkring – både individuell och kollektiv. En avvikelse från lagen till nackdel för försäkringstagarsidan får ske bara när detta direkt framgår av den aktuella paragrafen. Ett försäkringsvillkor som till försäkringstagarens nackdel avviker från en tvingande bestämmelse är ogiltigt. Lagens bestämmelse tillämpas då i stället för villkoret.

Avsikten är att man vid bedömningen av om ett villkor är till nackdel för vederbörande skall jämföra det enskilda villkoret i sig med vad lagen föreskriver om motsvarande fråga. Man skall alltså inte göra en samlad bedömning av villkoren. Liksom i andra liknande sammanhang skall varje enskilt moment i villkoren för sig jämföras med den tvingande bestämmelsen. När lagen t.ex. föreskriver en frist för betalning av pre-

mien om en månad och en uppsägningstid om fjorton dagar vid dröjsmål (jfr bl.a. 13 kap. 1 och 2 §§), kan alltså en villkorsbestämmelse om bara en veckas uppsägningstid inte bli tillåten genom att betalningsfristen sätts längre, exempelvis till två månader. Trots att försäkringstagaren enligt villkoren i ett sådant fall har sammanlagt längre tid på sig att betala än vad lagen kräver är alltså villkoret om uppsägningstid ogiltigt. Villkoret om två månaders ordinarie betalningsfrist gäller däremot.

Vid personförsäkring är reglerna tvingande till förmån för *försäkringstagaren* och senare förvärvare av försäkringen samt till förmån för deras *rättsinnehavare* – panthavare och förmånstagare. Försäkringsbolaget kan alltså inte förbehålla sig rätt att göra gällande andra invändningar mot någon förvärvare eller annan rättsinnehavare än dem som försäkringsbolaget hade kunnat åberopa mot försäkringstagaren själv. Senare rättsinnehavare blir bundna av de uppgörelser som den ursprunglige försäkringstagaren kan ha träffat med försäkringsbolaget med anledning av en tvist dem emellan. Det gäller även om uppgörelsen strider mot någon av de tvingande bestämmelserna. Dessa principer överensstämmer med vad som gäller i andra motsvarande sammanhang.

Vidare är lagen tvingande till förmån för *den försäkrade*. Vid individuell personförsäkring har ju den försäkrade i den egenskapen normalt inte några rättigheter, men enligt lagen har den försäkrade i två fall rätt till underrättelse från försäkringsbolaget om vad som händer med den på hans liv eller hälsa tecknade försäkringen: vid brott mot biförpliktelse och vid premiedröjsmål. Vid grupppersonförsäkring och kollektivavtalsgrundad personförsäkring – där de försäkrade har praktiskt taget alla rättigheter enligt försäkringsavtalet – är varje försäkrad i stor utsträckning att anse som försäkringstagare. Men även när detta inte är fallet skall den försäkrade ha den rätt till t.ex. olika meddelanden från försäkringsbolaget som anges i lagen.

Också reglerna om grupp-skadeförsäkring för konsument och kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring är tvingande. Eftersom de försäkrade i stor utsträckning behandlas som försäkringstagare vid grupp-försäkring (jfr 17 kap. 3 § och 19 kap. 3 §), lär några motsättningar inte uppkomma mellan försäkringstagarens och de försäkrades intressen. Det är dock möjligt att vid obligatorisk grupp-försäkring, där grupp-företrädaren är att anse som försäkringstagare, något avtalsvillkor kan gynna försäkringstagaren på de försäkrades bekostnad. Detsamma kan tänkas förekomma vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring, där arbetsgivaren är försäkringstagare. Med tanke på den tvingande regleringens syfte att i första hand tillgodose de försäkrades intressen bör inte en sådan avvikelse från lagens bestämmelse godtas.

Enligt första stycket gäller i och för sig också för företagsförsäkring att reglerna är tvingande om inget annat sägs i lagen. Som emellertid framgår av 8 kap. är lagens reglering av företagsförsäkringen i stora delar dispositiv.

I 6 § anges vissa försäkringar där avtalsfrihet generellt råder. Annars framgår alltså av lagen i övrigt om avtalsfrihet gäller för en viss bestämmelse.

Andra stycket

Enligt andra stycket är vissa regler tvingande om förhållandet till tredje man. Till en början blir 9 kap. 1–6 §§ om försäkring av tredje mans intresse till viss del tvingande. Som framgår av lagtexten i dessa paragrafer gäller detta dock bara vissa kategorier av tredje män (inteckningshavare m.fl.). Med ersättningsberättigad tredje man avses i paragrafen även den skadelidande vid ansvarsförsäkring, och bestämmelserna till skydd för denna kategori är också tvingande i den mån inte något annat anges. Utöver 9 kap. 7–9 §§ gäller det 4 kap. 9 § andra stycket och 7 kap. 1–4 §§. Genom hänvisning i 17 och 18 kap. blir dessa bestämmelser tvingande till förmån för tredje man också när det gäller grupp-försäkring för konsumenter och kollektivavtalsgrundad försäkring. Vidare är bestämmelserna till förmån för den skadelidande också tvingande i visst avseende vid företagsförsäkring.

6 § Det som sägs i 5 § första stycket om tvingande bestämmelser gäller inte

1. sjöförsäkring, annan transportförsäkring eller försäkring av luftfartyg som inte är konsumentförsäkring,
2. kreditförsäkring,
3. gruppskadeförsäkring som meddelas för en grupp näringsidkare,
4. kollektivavtalsgrundad försäkring, om försäkringen följer en överenskommelse mellan en arbetsgivarorganisation och en central arbetstagarorganisation, och
5. sådan gruppskadeförsäkring för enskilda fysiska personer för huvudsakligen enskilt ändamål eller sådan gruppersonförsäkring för näringsidkare, studerande eller andra som i fråga om utformning och funktion kan jämföras med kollektivavtalsgrundad försäkring, om villkoren har godkänts av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

(Jfr 1 kap. 5 § promemorian, 1 kap. 4 § SkFL och 1 kap. 4 § andra stycket PFL.)

Av paragrafen framgår att avtalsfrihet gäller för vissa försäkringar. – Övervägandena finns i avsnitt 5.3. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Avtalsfrihet gäller enligt *punkt 1* vid sjöförsäkring, annan transportförsäkring och försäkring av luftfartyg om det inte är konsumentförsäkring. Rörande begreppet sjöförsäkring kan hänvisas till vad som gäller enligt 1927 års FAL (se 59 §). Häri ingår den särskilda ansvarsförsäkring som kallas Protection and Indemnity-försäkring. Inte heller är någon ändring avsedd rörande begreppet annan transportförsäkring (jfr härom Hellner, Försäkringsrätt, 2 uppl. 1965 s. 471).

Vidare gäller avtalsfrihet enligt *punkt 2* vid kreditförsäkring, även om en konsument skulle teckna en försäkring av detta slag. Med kreditförsäkring avses borgensförsäkring, hypoteksförsäkring och kundkreditförsäkring samt försäkring för tryggnad av pensionsutfästelser. En kreditförsäkring kan sålunda utgöra en garanti för t.ex. ett åtagande eller ett lån eller innebära ett skydd mot kundförluster. Denna försäkringstyp har en så speciell utformning att den inte bör omfattas av en tvingande reglering. Avtalsfrihet gäller enligt *punkt 3* också för gruppskadeförsäkring för näringsidkare.

I paragrafen öppnas två ytterligare möjligheter att avvika från lagens regler, i den utsträckning dessa enligt det föregående avser sådant som kan regleras i försäkringsvillkoren. För kollektivavtalsgrundad försäkring

är avvikelse tillåten om försäkringen följer en central överenskommelse mellan arbetsmarknadens parter. För andra försäkringar med likartad funktion får avvikelse ske efter godkännande av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer.

Punkt 4. För att en försäkring skall anses som en kollektivavtalsgrundad försäkring enligt lagen krävs det enligt 18 kap. 1 § resp. 20 kap. 1 § bl.a. att försäkringen meddelas enligt ett i villkoren angivet kollektivavtal mellan en arbetsgivarorganisation och en arbetstagarorganisation. För att försäkringsvillkoren skall få avvika från lagens regler gäller att försäkringen följer en central överenskommelse som på arbetstagsidan har ingåtts av en central organisation. Regeln syftar i första hand på de stora uppgörelserna mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer. Men lagen kan också frångås genom uppgörelser direkt på förbunds nivå.

Som utvecklas i författningskommentaren till 18 kap. behöver en arbetsgivare som tecknar kollektivavtalsgrundad försäkring inte själv vara bunden av det kollektivavtal som försäkringen följer. Försäkringen kan tecknas frivilligt eller enligt ett annat kollektivavtal där han har åtagit sig att teckna försäkringen. Detta gäller även om försäkringsvillkoren avviker från lagens regler.

Punkt 5. Det kan inte uteslutas att en skadeförsäkring som i allt väsentligt överensstämmer med en kollektivavtalsgrundad försäkring tecknas som gruppörsäkring. I den mån en sådan försäkring skall gälla för konsumenter skall enligt 5 § första stycket inte någon avtalsfrihet gälla. Om försäkringen i fråga om utformning och konstruktion kan jämföras med en kollektivavtalsgrundad försäkring, skall man emellertid kunna godta villkor som inte överensstämmer med lagen. Avvikande villkor kan godkännas av regeringen eller en myndighet som regeringen bestämmer. – Detsamma skall gälla sådan personförsäkring för grupper av näringsidkare, studerande eller andra som i fråga om utformning och funktion kan jämföras med kollektivavtalsgrundad försäkring. Kravet att försäkringen till utformning och funktion skall kunna jämföras med en kollektivavtalsgrundad försäkring innebär att det skall vara fråga om försäkringar som ger ett grundskydd av samma typ som kollektivavtalsgrundade försäkringar för grupper av personer som deltar i utbildning eller arbete, utan att vara anställda. Det är alltså inte avsikten att avsteg från lagens regler skall medges för t.ex. sådana olycksfallsförsäkringar som ideella föreningar av olika slag kan teckna för dem som deltar i föreningens verksamhet.

Den tvingande regleringen i 5 § andra stycket i förhållande till tredje man gäller vid alla typer av försäkringar.

En personförsäkring som ingår i en skadeförsäkring

7 § Om en personförsäkring ingår som en del i en skadeförsäkring, gäller för personförsäkringen det som sägs om skadeförsäkring i 1 kap. 5 och 6 §§, 2, 3 och 5 kap., 8 kap. 1–7 och 17 §§, 17 kap. 1 och 2 §§, 3 § första och andra styckena, 4–23 §§ samt 18 kap. 1 §, 2 § första stycket och 3–11 §§. Vidare gäller för personförsäkringen 12 och 14–16 kap., 19 kap. 3 § tredje stycket och 23–25 §§ samt 20 kap. 2 och 12–15 §§.

(Jfr 1 kap. 6 § promemorian och 1 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen reglerar det fallet när en personförsäkring ingår som en del i en skadeförsäkring. Innebörden är att reglerna om skadeförsäkring då i viss utsträckning skall gälla också för personförsäkringen. – Övervägandena finns i avsnitt 5.1. – Paragrafen har ingen uttrycklig motsvarighet i 1927 års FAL eller 1980 års KFL.

I paragrafen behandlas de frågor som uppkommer när en försäkring innehåller både skadeförsäkringsmoment och personförsäkringsmoment. Lagen innehåller inte några regler för den omvända situationen, dvs. att en personförsäkring förses med tilläggsmoment som avser skadeförsäkring.

Bestämmelserna utgår från det fallet att personförsäkringsmomentet utgör en underordnad del i en skadeförsäkring. När det gäller hanteringen av försäkringen – ansvarstidens början, förnyelse, premiebetalning osv. – skall personförsäkringen följa skadeförsäkringens regler, medan bestämmelserna om personförsäkring skall gälla i frågor som rör brott mot biförpliktelser, skaderegleringen och förhållandet till tredje man. Självfallet är lagens bestämmelser om personförsäkring tvingande även när de tillämpas på försäkringar som i övrigt följer skadeförsäkringsregler.

Såvitt gäller individuell försäkring hade det kunnat vara sakligt motiverat att göra ytterligare en del enskilda paragrafer tillämpliga. Det finns emellertid anledning att räkna med att försäkringsbolaget – även om formellt skadeförsäkringsregler gäller – i sin praxis tar hänsyn till principerna i personförsäkringsbestämmelserna så långt de kan tillämpas, t.ex. när det gäller rätten till försäkring (11 kap. 1 §) och rätten till försäkringens värde (11 kap. 13 §). När huvudförsäkringen är en konsumentförsäkring gäller för övrigt ofta samma principer enligt skadeförsäkringsreglerna.

På områdena för gruppförsäkring och kollektivavtalsgrundad försäkring har tagits med de regler i 19 och 20 kap. som behövs för blandade skade- och personförsäkringar.

Andra avdelningen

Konsumentförsäkring

2 kap. Information

Bestämmelserna i 2 kap. innehåller allmänt hållna regler om försäkringsbolagets informationsskyldighet vid konsumentförsäkring. De har väsentligen marknadsrättslig karaktär, men dessutom gäller ett civilrättsligt ansvar i vissa fall. Kapitlet har vid personförsäkring sin motsvarighet i 10 kap. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap.

Kapitlet omfattar nio paragrafer. Efter en inledande paragraf, som slår fast att försäkringsbolaget har en informationsskyldighet och också de formkrav som gäller för den, behandlas i 2–4 §§ försäkringsbolagets skyldighet att informera innan en försäkring meddelas och omedelbart

därefter. I 5–7 §§ föreskrivs vilken information som skall lämnas under försäkringstiden, i samband med förnyelse och vid villkorsändring samt i samband med ett försäkringsfall och skaderegleringen m.m.. Därefter följer två paragrafer som behandlar sanktionerna vid brott mot upplysningsplikten. Av 8 § framgår att ett försäkringsbolag i vissa fall kan komma att drabbas av en civilrättslig påföljd om föreskriven information inte har lämnats. Av 9 § följer att marknadsföringslagen skall tillämpas om försäkringsbolaget inte lämnar den information som föreskrivs i försäkringsavtalslagen.

Försäkringsbolagets skyldighet att lämna information

1 § Försäkringsbolaget är skyldigt att lämna information enligt detta kapitel. Informationen skall, i den mån det är möjligt, lämnas i en handling eller i någon annan läsbar och varaktig form som är tillgänglig för mottagaren. Informationen skall vara klar och tydlig och avfattad på svenska. Den får lämnas på ett annat språk, om mottagaren begär det.

Bestämmelserna i detta kapitel är inte tillämpliga på sådana ömsesidiga sockenbolag som bedriver annan försäkring än brandförsäkring.

(Jfr 2 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen ger vissa allmänna riktlinjer för försäkringsbolagens informationsskyldighet vid konsumentförsäkring. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 10 kap. 1 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.1. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL eller 1980 års KFL.

Första stycket

Av *första meningen* framgår att ett försäkringsbolag har en informationsplikt vars närmare innebörd anges i andra paragrafer i kapitlet. Bestämmelsen lägger ett ansvar på ett försäkringsbolag att säkerställa att försäkringskunderna, försäkringstagarna och vissa andra personer i förekommande fall får föreskriven information också i sådana fall då försäkringsbolaget har gett andra personer i uppdrag att för dess räkning medverka vid tillkomsten av försäkringsavtal (t.ex. ett s.k. försäkringsombud) eller i att genomföra avtalet (t.ex. ombesörja skaderegleringen eller delar av den). I de följande meningarna i paragrafen anges vilken form informationen skall ha.

Av *andra meningen* framgår huvudregeln att all information i princip skall lämnas i en skriftlig handling eller på annat sätt så att den är läsbar och kan bevaras av mottagaren (t.ex. i en dator). Det görs ett undantag från kravet på skriftlighet för sådana fall då informationen av praktiska eller andra skäl inte kan ges i skriftlig form eller på ett annat sätt som innebär att mottagaren har varaktig tillgång till den. Undantagsregeln tar närmast sikte på sådan information som skall lämnas innan ett försäkringsavtal ingås (enligt 2 §). Ett exempel är när en kund i telefon begär att få teckna en försäkring med omedelbart försäkringsskydd. Andra fall när muntlig information kan vara tillräcklig är sådana som 5 § andra stycket tar sikte på, dvs. den situationen att försäkringstagaren vänder sig till försäkringsbolaget med förfrågningar av olika slag.

Det talas i paragrafen om "mottagaren" av informationen, inte om "kunden" (som i 2 och 3 §§) eller "försäkringstagaren" (som i 4–6 §§). Orsaken är att det formkrav för information som anges i 1 § är tillämpligt på all information som skall lämnas enligt 2 kap. Det gäller alltså i fråga om såväl sådan information som skall lämnas till en person som står i begrepp att ingå ett försäkringsavtal med ett försäkringsbolag (2 §) och till den som har ingått ett sådant avtal (4–6 §§) som information som skall ges till någon annan (se 7 §).

Skall det vara meningsfullt att få information, måste denna naturligtvis utformas så att mottagaren förstår den. Det är bakgrunden till kravet i den *tredje meningen* på klarhet och tydlighet liksom på att informationen i princip skall vara på svenska.

Det kan förekomma fall då en person i Sverige inte har svenska som modersmål och därför föredrar att få information på ett annat språk. I en sådan situation har försäkringsbolaget fullgjort sin informationsskyldighet om det ger mottagaren föreskriven information på det språk som han önskar. Detta framgår av den *fjärde meningen*. Det som sägs där innebär alltså inte att försäkringsbolaget är skyldigt att lämna information på ett annat språk än svenska men att det kan göra det om mottagaren begär det. Att mottagaren skall begära informationen på ett annat språk än svenska innebär att frågan om på vilket språk informationen skall lämnas har behandlats mellan mottagaren och försäkringsbolaget och att mottagaren har uttalat sig vilja ha informationen på det språket.

Försäkringsbolaget har fullgjort sin informationsskyldighet, om den föreskrivna informationen lämnas till en mäklare eller annan mellanman med behörighet att ta emot informationen för kundens eller försäkringstagarens räkning. Om försäkringstagaren företräds av exempelvis en mäklare med en fullmakt med angiven innebörd, kan försäkringsbolaget sålunda i princip avstå från att lämna information direkt till kunden eller försäkringstagaren. Har mäklaren behörighet bara att medverka vid tillkomsten av försäkringsavtalet men inte därefter, måste informationen under försäkringstiden däremot riktas till försäkringstagaren själv. Här gäller, liksom annars när en mellanman medverkar vid tillkomsten eller genomförandet av ett avtal, allmänna regler om fullmakt och behörighet.

Andra stycket

Andra stycket innebär att kapitlets informationsskyldighet inte gäller för ömsesidiga mindre lokala sockenbolag som bedriver annan försäkring än brandförsäkring. Undantaget är motiverat av att informationsskyldigheten skulle vara alltför betungande i dessa fall.

Information innan en försäkring meddelas

2 § Innan en försäkring meddelas skall försäkringsbolaget lämna information som underlättar kundens val av försäkring. Informationen skall avse försäkringsvillkoren och andra förhållanden som gör att kunden kan bedöma kostnaden för och omfattningen av försäkringen. Viktiga begränsningar av försäkringsskyddet skall tydligt framgå.

(Jfr 2 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om den grundläggande information som försäkringsbolagen skall lämna innan försäkringsavtal ingås (s.k. förköpsinformation). Den har för individuell personförsäkring sin motsvarighet i 10 kap. 2 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.1. – Paragrafen motsvarar 5 § första stycket i 1980 års KFL.

Mottagare av informationen är den person med vilken försäkringsbolaget står i begrepp att ingå ett försäkringsavtal eller den som i detta sammanhang är behörig att företräda kunden, t.ex. en försäkringsmäklare. Tanken är i första hand att informationen skall lämnas i samband med att avtalet ingås. Men har kunden redan tidigare fått sådan information som bestämmelsen avser och denna vid avtalsslutet fortfarande är aktuell, behöver informationen inte upprepas.

I paragrafen anges två syften med informationen, nämligen att göra det möjligt för kunden att bestämma vilken typ av försäkring som är lämplig att välja och att göra det möjligt för kunden att bedöma kostnaden för och omfattningen av försäkringen.

Utgångspunkt för informationen är den genomsnittlige konsumentens behov av beslutsunderlag vid försäkring av den typ det rör sig om. Informationen kan ha en standardiserad form. Bestämmelsen ger samtidigt utrymme för att anpassa informationsinsatsen till den enskilda kundens behov av information, något som kan göra att informationen i vissa fall kan begränsas, t.ex. då kunden önskar en likadan försäkring som tidigare. I andra fall, främst när konsumenten har särskilda önskemål, kan det finnas behov av mera långtgående informationsåtgärder.

I paragrafen sägs att informationen skall avse försäkringsvillkoren. Villkoren kan många gånger vara rätt omfattande och svåröverskådliga och kan i allmänhet inte anses vara så utformade att de ensamma underlättar valet av försäkring eller bedömningen av kostnaderna för och omfattningen av försäkringen. I regel är det alltså inte tillräckligt att villkoren överlämnas, utan det krävs mer lättillgänglig information dessutom. Det åsyftas i stället en information som utgör en sammanfattning i förenklad och klargörande form av de punkter i avtalet som kan antas vara av särskild betydelse för konsumenten. På begäran skall konsumenten naturligtvis alltid få del av de fullständiga avtalsvillkoren.

Att informationen skall underlätta kundens val av försäkring innebär också att konsumenten skall få upplysning om de alternativ för att tillgodose ett visst försäkringsbehov som försäkringsbolaget erbjuder och kunna göra jämförelser mellan dem. Däremot är försäkringsbolaget inte skyldigt att redovisa andra försäkringsbolags produkter.

Kunden bör innan han binder sig för en försäkring få klart för sig om det finns viktiga situationer som inte täcks av försäkringen. Det är syftet med föreskriften om att viktiga begränsningar av försäkringsskyddet klart skall framgå av den information som lämnas innan försäkringsavtalet ingås.

Med begränsningar av försäkringsskyddet avses alla typer av villkor som sätter en gräns för försäkringens omfattning. Hit räknas begränsningar i försäkringens giltighet i tid eller rum. Försäkringsbolaget måste informera tydligt om när eller under vilka förutsättningar försäkringen upphör att gälla liksom att den inte täcker skador och förluster om den försäkrade exempelvis vistas utanför Sverige. Om vissa risker är undan-

tagna från försäkringen – en hemförsäkring täcker inte inbrott i vindsutrymme – måste tydlig information också lämnas om detta.

När det skall bedömas vilka begränsningar som är så viktiga att de måste tas upp särskilt i informationen får hänsyn i första hand tas till hur praktiskt betydelsefull begränsningen kan vara, om den går utöver vad som är vanligt vid försäkringar av det aktuella slaget och vad försäkringstagaren kan antas tro om skyddets omfattning.

Man får räkna med att kunden sällan är medveten om sin rätt till information. Även om kunden önskar en försäkring omgående, måste försäkringsbolaget därför som regel på ett tydligt vis göra kunden uppmärksam på möjligheterna att få information. Vidare får försäkringsbolaget inte utan vidare tolka en begäran om en viss försäkring så att kunden ovillkorligen skall ha just denna. Det går kanske att få en försäkring som passar kunden bättre. Informationsplikten gäller även i ett sådant fall.

Till skillnad från motsvarande bestämmelse för personförsäkring (11 kap. 2 §) sägs inte att informationen skall ta sikte också på kundens allmänna behov av försäkring. Vid personförsäkring är försäkringsbehovet i hög grad beroende av bl.a. vederbörandes ekonomiska villkor, liksom av de förmåner som samhället erbjuder i form av t.ex. socialförsäkring. Vid skadeförsäkring torde det i allmänhet vara lättare att konstatera om kunden behöver ett skydd i form av en försäkring. Framkommer det att kunden redan har ett tillräckligt försäkringsskydd, ligger det självfallet på försäkringsbolaget att påpeka detta.

3 § Information enligt 2 § behöver inte lämnas i den mån kunden avstår från den eller det möter hinder med hänsyn till förhållandena då försäkringsavtalet ingås.

(Jfr 2 kap. 2 § tredje stycket promemorian och SkL.)

Paragrafen reglerar situationer där förköpsinformation enligt 2 § inte behöver lämnas. Den har för personförsäkringen sin motsvarighet i 10 kap. 3 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.1. – Paragrafen motsvarar 5 § andra stycket i 1980 års KFL.

Kunnandet hos dem som ingår försäkringsavtal skiftar från person till person. Situationerna i samband med att ett avtal om försäkring ingås kan också variera betydligt. Reglerna om information före köp måste ta hänsyn till detta och alltså tillåta ett visst mått av flexibilitet. Detta kommer till uttryck i paragrafen. Här görs undantag i två fall från försäkringsbolagets plikt att lämna förköpsinformation.

Den första situationen tar sikte på att kunden avstår från informationen. Blotta omständigheten att kunden inte frågar efter information kan inte tolkas så att han avstår från den. Det är försäkringsbolaget som skall ta initiativet till att föreskriven information lämnas. Att kunden avstår från information i något visst avseende får vidare inte tas till intäkt för att kunden helt avstår från information.

Den andra situationen gäller det fallet att det med hänsyn till förhållandena då försäkringsavtalet ingås möter hinder mot att information lämnas till kunden. Så kan det vara t.ex. när försäkringsavtalet ingås

genom att försäkringstagaren betalar premien. Men även i sådana fall måste försäkringsbolagen sträva efter att informera enligt 2 §. I sådana situationer är det emellertid kanske inte alltid möjligt att ge en lika omfattande information som annars. Det gäller t.ex. när en reseförsäkring, som genast skall börja gälla, köps i en automat på en flygplats i anslutning till en utlandsresa. Ett annat exempel är då någon beställer en trafikförsäkring som genast skall börja gälla per telefon. Men även då kan krävas att försäkringsbolaget, lämpligen genom någon broschyr, anslag eller liknande som finns på platsen, ger upplysning om vad försäkringen innebär. Är det dessutom fråga om en försäkring som skall gälla endast en kort tid, är det i allmänhet nödvändigt att försäkringsbolaget samtidigt ger besked om villkoren.

Information när avtal har träffats

4 § Snarast efter avtalsslutet skall försäkringsbolaget tillstålla försäkringstagaren en bekräftelse på avtalet och upplysa om försäkringsvillkorens innehåll.

I samband med detta skall särskilt framhållas

1. villkor som med hänsyn till försäkringens beteckning eller övriga omständigheter utgör en oväntad och väsentlig begränsning av försäkringsskyddet,
2. förbehåll enligt 3 kap. 2 § tredje stycket om att försäkringsbolagets ansvar inte inträder förrän premien betalas,
3. villkor enligt 4 kap. 3 § om skyldighet att anmäla ändring av risken, och
4. viktiga säkerhetsföreskrifter.

(Jfr 2 kap. 3 § promemorian och 2 kap. 2 och 3 §§ SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets informationsskyldighet i samband med att ett försäkringsavtal har ingåtts (s.k. efterköpsinformation). Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 10 kap. 4 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.1. – Paragrafen har viss motsvarighet i 6 § första stycket i 1980 års KFL.

Första stycket

Så snart det låter sig göras sedan försäkringsavtalet har träffats skall försäkringsbolaget tillstålla försäkringstagaren en bekräftelse på avtalet. Snarast efter avtalsslutet skall försäkringsbolaget också igen upplysa försäkringstagaren om försäkringsvillkorens innehåll. Det räcker med att bolaget på ett klart och lättbegripligt sätt anger väsentliga bestämmelser i villkoren. Av andra stycket framgår att vissa typer av villkor skall särskilt anges.

Andra stycket

Försäkringsbolaget är skyldigt att särbehandla vissa villkor som typiskt sett har särskilt stor vikt för försäkringstagarna. Det rör sig här om villkor som reglerar förutsättningarna för att försäkringstagaren skall ha ett försäkringsskydd liksom skyddets omfattning. Dessa villkor skall framhållas särskilt. Villkoren kan framhållas särskilt exempelvis genom att de markeras på ett iögonenfallande sätt i villkorstexten – om denna överlämnas – eller genom att de poängteras i broschyrer eller liknande

material. Om ett villkor framhålls särskilt i bekräftelsen, innebär kravet att den information som skall lämnas enligt andra stycket skall vara lätt att skilja från den övriga informationen.

Punkt 1. Regeln tar sikte på förhållanden som avviker från vad en försäkringstagare i allmänhet kan ha anledning att utgå från. Den enskildes förväntningar på försäkringen i det enskilda fallet spelar i princip inte någon roll, om de inte är kända för försäkringsbolaget. Som exempel på oväntade och väsentliga begränsningar kan nämnas villkor i en hemförsäkring som anger att ersättning över huvud taget inte betalas vid stöld av stöldbegärlig egendom eller praktiskt viktiga begränsningar i en försäkring som betecknas allriskförsäkring. Även om väsentliga begränsningar i skyddet kan anses bli kompenserade av att försäkringen innehåller ett utvidgat skydd på andra punkter, skall begränsningarna framhållas. Vissa begränsningar är naturliga inslag i alla skadeförsäkringar, t.ex. undantag för slitageskador. Självklara undantag av denna typ behöver inte anges. Med hänvisningen till övriga omständigheter avses t.ex. uppgifter som har lämnats i marknadsföringen.

Bestämmelsen innebär inte att undantagen måste återges i sin helhet. Informationen kan göras kortfattad, med en hänvisning till den villkorsbestämmelse som reglerar undantaget.

Punkt 2. Normalt inträder försäkringsbolagets ansvar enligt försäkringsavtalet i omedelbar anslutning till att avtalet ingås. Försäkringsbolaget är emellertid oförhindrat att avtala om en s.k. kontantklausul, dvs. ett villkor enligt vilket bolaget bär ansvar först från det att premien betalas. Om det finns ett sådant försäkringsvillkor, är det självfallet viktigt att försäkringstagaren är väl medveten om förhållandet. Därför skall också ett sådant villkor särskilt framhållas.

Punkt 3. I 4 kap. 3 § behandlas försäkringsbolagets möjligheter att i villkoren ålägga försäkringstagaren en anmälningsplikt vid riskökning, och särskild information skall lämnas om ett sådant villkor. Det är inte tillräckligt att det framhålls särskilt att försäkringstagaren är skyldig att anmäla riskökning. De konsekvenser som en försummad anmälan kan ha måste också anges.

Punkt 4. Också viktiga säkerhetsföreskrifter skall framhållas särskilt. Alla säkerhetsföreskrifter behöver inte tas med i den särskilda informationen. Det räcker att nämna sådana som erfarenhetsmässigt har stor praktisk betydelse. Vid t.ex. hemförsäkring torde det vara ändamålsenligt att fästa försäkringstagarens uppmärksamhet på att dörrar och fönster skall vara låsta då bostaden lämnas. Liksom i fråga om begränsningar av försäkringsskyddet måste inte alla detaljer i en föreskrift framhållas särskilt. Också här kan informationen göras kortfattad, med en hänvisning till försäkringsvillkoren. Även då det gäller säkerhetsföreskrifter bör försäkringsbolaget kortfattat redogöra för vad som kan följa om bestämmelsen inte efterlevs.

Information under försäkringstiden och i samband med förnyelse

5 § Under försäkringstiden och i samband med att försäkringen förnyas skall försäkringsbolaget i skälig omfattning informera försäkringstagaren om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för denne att känna till.

Försäkringsbolaget skall på försäkringstagarens begäran också i övrigt lämna information om premien och andra villkor för försäkringen.

(Jfr 2 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets generella skyldighet att informera försäkringstagaren under försäkringstiden och i samband med förnyelse av försäkringen. Informationsplikten vid ändringar behandlas i 6 §, medan informationsplikten vid försäkringsfall behandlas i 7 §. Första stycket har för personförsäkring sin motsvarighet i 10 kap. 5 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.1. – Första stycket har ingen motsvarighet i 1980 års KFL. Andra stycket motsvarar 6 § tredje stycket i den lagen.

Första stycket

En försäkringstagare kan i vissa fall ha behov av information under försäkringstiden också i andra fall än när försäkringen ändras eller det inträffar ett försäkringsfall. Det gäller även vid förnyelse av försäkringen. Ett exempel är om försäkringstagaren riskerar att förlora sitt försäkringsskydd på grund av dröjsmål med att betala premien. Typiskt sett ökar informationsbehovet ju längre försäkringsförhållandet består. Försäkringsbolaget kan ha anledning att lämna information t.ex. då det kan antas att den försäkrade genom nya tekniska hjälpmedel lättare kan följa meddelade säkerhetsföreskrifter och därmed minska risken för försäkringsfall. Detsamma gäller om olika förhållanden ändras som gör att den information som har lämnats tidigare inte längre stämmer och detta kan få betydelse för rättsförhållandet mellan parterna. Som exempel kan tas det fallet att försäkringsbolaget när försäkringsavtalet ingicks informerade försäkringstagaren om vad som vanligen följer om villkoren åsidosätts, t.ex. vilken nedsättning i försäkringsersättningen som i allmänhet görs vid brott mot säkerhetsföreskrifter. Skulle det genom vägledande domstolsavgöranden visa sig att försäkringsbolagets tidigare uppgifter i sådant avseende inte längre är korrekta, innebär bestämmelsen att uppgifterna måste korrigeras.

Av bestämmelsen följer att försäkringsbolaget har en informations-skyldighet även i fråga om skaderegleringen. Drar den ut på tiden, ankommer det på försäkringsbolaget att lämna besked om detta och om orsaken till fördröjningen.

Den information som paragrafen avser skall också lämnas i samband med att försäkringen kan komma att förnyas, även om den inte ändras då. Avsikten är att informationen i den situationen skall ge försäkringstagaren samma möjlighet att ta ställning till om förnyelse skall ske som när försäkringstagaren första gången hade att ta ställning till om försäkringen skulle tecknas.

Andra stycket

I andra stycket behandlas försäkringstagarens rätt att på begäran få information från försäkringsbolaget. Bestämmelsen tar sikte endast på försäkringstagaren. En försäkrad, som inte samtidigt är försäkringstagare, kan

alltså inte åberopa regeln utan är beroende av en framställning till försäkringsbolaget från försäkringstagaren.

Det kan inträffa att försäkringstagaren vill kontrollera om försäkringen alltså motsvarar hans försäkringsbehov eller om en annan försäkring bör tecknas. Skall en ny försäkring tecknas hos samma försäkringsbolag, måste bolaget enligt 2 § upplysa om villkoren också för den försäkringen.

Information om villkorsändring

6 § Om försäkringsbolaget ändrar försäkringen, skall det samtidigt tillställa försäkringstagaren den information om ändringarna som denne kan behöva. Nya villkor som avses i 4 § andra stycket skall särskilt framhållas.

(Jfr 2 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om informationsplikten vid villkorsändringar. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 10 kap. 6 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.1. – Paragrafen har sin motsvarighet i 6 § andra stycket i 1980 års KFL.

Försäkringsbolaget kan i vissa fall ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden (3 kap. 8 §). Sker detta, har försäkringstagaren rätt att säga upp försäkringen (3 kap. 5 § första stycket 3). Försäkringsbolaget kan också ändra försäkringen i samband med att den förnyas (3 kap. 7 §).

Om försäkringsbolaget vill ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden eller i samband med förnyelse, skall det informera försäkringstagaren – i mån av dennes behov – om villkorsändringarna. Det är viktigt att försäkringsbolaget inte nöjer sig med att endast peka på ett nytt villkor. Försäkringstagaren skall på ett så lättbegripligt sätt som möjligt upplysas om vad ändringen innebär, om inte detta framgår tillräckligt klart av villkorets text. Särskilt vid större premiehöjningar är det lämpligt att försäkringsbolaget – också då höjningarna skall tillämpas först vid förnyelse – upplyser försäkringstagaren om möjligheterna att begränsa premien genom att t.ex. höja självrisken. Det är dock inte nödvändigt att försäkringsbolaget motiverar ett beslut om villkorsändring då det är uppenbart att ändringen är uteslutande till fördel för den försäkrade.

Enligt 4 § andra stycket skall försäkringsbolaget snarast efter avtalslutet peka särskilt på villkor som kan anses ha speciell betydelse för försäkringstagaren, t.ex. oväntade och väsentliga begränsningar av försäkringsskyddet. Ändras försäkringen i dessa avseenden, måste också de nya villkoren framhållas på samma sätt.

Information om möjligheter till överprövning m.m.

7 § I samband med att ett anspråk på försäkringsersättning regleras skall försäkringsbolaget upplysa den som har framställt anspråket om vilka möjligheter som finns att få en tvist med bolaget prövad. Detta gäller dock inte om sådan information med hänsyn till omständigheterna måste anses sakna betydelse.

Det som sägs i första stycket gäller också när en försäkring upphör i förtid eller ändras under försäkringstiden, om inte försäkringstagaren har begärt åtgärden. Finns det risk för att

rätten till försäkringsersättning skall gå förlorad på grund av preskription, skall försäkringsbolaget också upplysa om detta.

(Jfr 2 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets informationsplikt i fyra fall: när ett försäkringsfall regleras, när försäkringen upphör i förtid eller ändras på försäkringsbolagets initiativ och när det finns risk för preskription. Paragrafen har för personförsäkring sin motsvarighet i 10 kap. 8 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.1. – Såvitt gäller information i samband med skaderegleringen och angående preskriptionsrisk motsvarar bestämmelserna i sak 7 § i 1980 års KFL.

Första stycket

I första stycket anges vilken information som skall lämnas vid försäkringsfall. Bestämmelsen i *första meningen* syftar till att den som begär försäkringsersättning skall få klart för sig vart han kan vända sig när det har uppstått en tvist med försäkringsbolaget om ersättningen. Upplysningen om tillgängliga konfliktlösande organ skall lämnas i samband med skaderegleringen, oberoende av om den begärs eller inte. Upplysningen skall lämnas i samband med att försäkringsbolaget betalar ut försäkringsersättning eller på annat sätt lämnar besked om sin inställning i ersättningsfrågan. Att försäkringsfallet skall regleras utan dröjsmål och att ersättningen i princip skall betalas ut inom en månad efter det att utredningen är klar framgår av 7 kap. 1 §.

De konfliktlösande organ som upplysningen kan avse är i första hand olika nämnder – en intern klagonämnd, kanske en branschgemensam nämnd eller Allmänna reklamationsnämnden. Det kan också vara en kundombudsman e.dyl. som är knuten till försäkringsbolaget. Det torde normalt ligga i båda parter intresse att sådana enkla och billiga utvägar att lösa en konflikt används. Men det måste av informationen tydligt framgå att möjligheten till prövning i allmän domstol också står öppen.

Andra meningen avser att klargöra att det, om det med hänsyn till omständigheterna är obehövligt, inte krävs att det lämnas någon upplysning om de konfliktlösande organen. Detta undantag tar sikte främst på situationer där det står klart att det inte råder någon konflikt om ersättningen. Betalas den ersättning ut som har begärts, har den ersättningsberättigade inte behov av sådan information som avses i första meningen. Men så snart yrkad ersättning jämkas av försäkringsbolaget har informationen betydelse och skall alltså lämnas också om den ersättningsberättigade är nöjd med det belopp som betalas ut. Självfallet kan informationen undvaras om den ersättningsberättigade uttryckligen avstår från den.

Kravet på upplysning om de tvistlösande organen torde i stor omfattning kunna uppfyllas genom en standardiserad information för olika försäkringsformer och ersättnings- eller skadetyper. Det får anses godtagbart att försäkringsbolaget anger de organ som närmast kommer i fråga för prövning utan att det undersöks om alla verkligen är behöriga i det enskilda fallet. Meningen är inte heller att försäkringsbolaget skall lämna

mera detaljerade uppgifter om de olika organens behörighet, sammanställning, arbetssätt och liknande.

Andra stycket

Av andra stycket framgår vilken information som skall lämnas när försäkringen upphör i förtid eller ändras eller när det finns en risk att rätten till försäkringsersättning skall gå förlorad på grund av preskription. Ett försäkringsbolag får i vissa fall säga upp försäkringen i förtid eller ändra den. Vill försäkringsbolaget utnyttja sin rätt att säga upp försäkringen i förtid eller att ändra den, skall det informera försäkringstagaren om möjligheten att få frågan om uppsägningen eller ändringen prövad. Informationen skall vara av det slag som nämns ovan.

Information behöver dock inte ges, lika lite som enligt första stycket, om den med hänsyn till omständigheterna måste anses sakna betydelse. I princip skall information om möjligheterna till överprövning alltid lämnas när orsaken till att försäkringsbolaget vill att försäkringen skall upphöra i förtid eller ändras är en omständighet på försäkringstagarens sida. Som exempel kan tas att försäkringsbolaget säger upp en försäkring på grund av att försäkringstagaren har gjort sig skyldig till försök till försäkringsbedrägeri (jfr 3 kap. 6 § första stycket). När det gäller ändringar av mera generellt slag kommer saken i ett annat läge. Då behöver information om överprövningsmöjligheterna knappast lämnas annat än om försäkringstagaren motsätter sig ändringen.

Om det finns risk för att rätten till försäkringsersättning skall gå förlorad på grund av preskription, skall försäkringsbolaget upplysa om detta. Regler om preskription av rätt till försäkringsersättning finns i 7 kap. 4 §.

Underlåtenhet att lämna information

8 § Om ett villkor enligt försäkringsavtalet inte har särskilt framhållits för försäkringstagaren enligt 4 § andra stycket eller 6 § andra meningen, får det inte åberopas av försäkringsbolaget. Detta gäller dock inte om bolaget senast fjorton dagar före försäkringsfallet har avsänt ett särskilt meddelande om villkoret till försäkringstagaren eller om försäkringstagaren eller den försäkrade på annat sätt då har fått kännedom om villkoret. Det gäller inte heller en sådan begränsning av försäkringskyddet som framgår av lag.

(Jfr 2 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar den civilrättsliga påföljd som kan komma att förverkligas i vissa fall när ett försäkringsbolag inte lämnar föreskriven information. Den har för personförsäkringen sin motsvarighet i 10 kap. 10 §. För företagsförsäkringens del har den ingen motsvarighet. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.2. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års KFL eller 1980 års KFL.

Huvudregeln framgår av *första meningen*. Har försäkringsbolaget försummat att informera försäkringstagaren särskilt om ett sådant villkor som åsyftas i 4 § andra stycket eller 6 § andra meningen, får villkoret ingen verkan. Det bör observeras att bestämmelsen skall tillämpas bara

då det aktuella villkoret kan anses utgöra en del av försäkringsavtalet. Ett annat läge uppkommer när en särskild överenskommelse kan anses ha träffats om avvikelse från försäkringsvillkoren. Om företrädare för försäkringsbolaget t.ex. har gjort sådana uttalanden att det kan anses att ett visst undantag inte alls gäller enligt avtalet, saknar naturligtvis försäkringsbolaget rätt att åberopa villkoret, oavsett förevarande paragraf. Hänvisningen till 4 § andra stycket och 6 § andra meningen innebär att försäkringsbolagets underlåtenhet att lämna information alltså skall hänföra sig till tiden efter det att ett försäkringsavtal har ingåtts.

Av 2 § framgår att försäkringsbolaget också är skyldigt att informera sina kunder om sådana begränsningar av försäkringsskyddet redan innan en försäkring meddelas (i form av förköpsinformation). Om försäkringsbolaget låter bli att göra detta gentemot en person som det sedan ingår avtal med, blir bolaget inte civilrättsligt ansvarigt för den försummelsen med stöd av förevarande bestämmelse. En annan sak är att underlåtenheten kan tänkas få civilrättslig verkan genom tillämpning av allmänna regler om avtalstolkning eller vårdslöshet i samband med att avtal ingås.

Att villkoret inte får åberopas av försäkringsbolaget betyder att avtalet skall gälla utan villkoret och att försäkringstagaren har rätt till ersättning som om villkoret inte hade funnits.

I andra och tredje meningarna görs tre undantag från regeln att ett villkor som försäkringstagaren inte har upplysts om på det sätt som anges i 4 § andra stycket eller 6 § andra meningen inte får åberopas av försäkringsbolaget.

För det första har försäkringsbolaget enligt *andra meningen* en möjlighet att i efterhand genom kompletterande information i skriftlig form göra försäkringstagaren uppmärksam på det åsyftade villkoret. Har en sådan rättelse gjorts, kan försäkringsbolaget åberopa villkoret vid försäkringsfall som inträffar fjorton dagar eller mer efter att meddelandet avsändes. Försäkringstagaren har alltså ett visst rådrum att ta upp saken med försäkringsbolaget för att exempelvis teckna en tilläggsförsäkring för en risk som annars faller utanför försäkringsskyddet.

Även om försäkringsbolaget inte på detta sätt har lämnat ett särskilt meddelande till försäkringstagaren, kan villkoret åberopas om det framkommer att försäkringstagaren eller den försäkrade känt till detta, under en tid av minst fjorton dagar före ett inträffat försäkringsfall. Om villkoret inte har en mycket kort och entydig lydelse, torde det dock normalt vara svårt att visa att försäkringstagaren eller den försäkrade har kännedom om det ifall han bara har fått muntlig information, t.ex. till följd av den av försäkringsbolaget lämnade förköpsinformationen.

Det finns ett tredje fall då en underlåtenhet att lämna information inte läggs försäkringsbolaget till last på det sätt som framgår av första meningen. Det gäller bristande information om en avgränsning som framgår av lag. Detta klargörs i den *tredje meningen*. På den punkten gäller alltså bara en marknadsrättsligt sanktionerad skyldighet att informera. Vad som avses med bestämmelsen är föreskrifter i försäkringsvillkoren som överensstämmer med lag. Försäkringsbolaget är således inte skyldigt att informera om gällande rätt, även om denna skulle innehålla exempelvis en viktig begränsning av försäkringsskyddet.

9 § Om ett försäkringsbolag inte lämnar information enligt detta kapitel, skall marknadsföringslagen (1995:450) tillämpas.

Information enligt detta kapitel skall därvid anses vara sådan information av särskild betydelse från konsumentsynpunkt som avses i 4 § andra stycket marknadsföringslagen.

Ett åläggande att lämna information får innehålla att informationen skall ges i en handling eller i någon annan läsbar och varaktig form som är tillgänglig för mottagaren.

(Jfr 2 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar den marknadsrättsliga sanktion som kan komma att tillgripas om ett försäkringsbolag inte lämnar föreskriven information. Den har för personförsäkringen sin motsvarighet i 10 kap. 11–13 §§. För företagsförsäkringen motsvaras bestämmelsen av 8 kap. 2 och 3 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 6.1.2. – Första och tredje styckena motsvarar 8 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Marknadsföringslagen kan tillämpas för att förmå ett försäkringsbolag att lämna information vid sin marknadsföring av försäkringar till konsumenter, dvs. i samband med åtgärder som syftar till att främja avsättningen av försäkringar. Med stöd av 15 § marknadsföringslagen kan ett försäkringsbolag – liksom andra näringsidkare – som har låtit bli att lämna information som har särskild betydelse från konsumentsynpunkt åläggas att lämna sådan. Åläggandet kan riktas också till ombud för försäkringsbolaget och andra som handlar på dess vägnar. Åläggandet kan enligt 16 § marknadsföringslagen gå ut på att informationen skall lämnas i annonser eller andra framställningar som företaget använder i sin marknadsföring, eller genom märkning på varan eller i annan form på säljstället (t.ex. faktablad, se prop. 1975/76:34 s. 127). Åläggandet kan också innefatta en skyldighet att lämna informationen i viss form till konsumenter som begär det (se om sådan information ang. prop. s. 127).

I första stycket görs alltså en hänvisning till marknadsföringslagens regelsystem. Innebörden är att marknadsföringslagen skall tillämpas såväl om ett försäkringsbolag låter bli att lämna sådan information som skall lämnas i samband med att ett avtal om försäkring ingås (förköpsinformation) som om underlåtelsen gäller information som skall lämnas därefter (efterköpsinformation och information om olika förhållanden under försäkringstiden).

Andra stycket

Ett åläggande att lämna information enligt marknadsföringslagen kan, enligt 15 § samma lag, bara gälla sådan information som är av särskild betydelse från konsumentsynpunkt. Andra stycket avser att klargöra på vad sätt marknadsföringslagen skall vara tillämplig.

Tredje stycket

Enligt 1 § skall information enligt 2 kap. i princip lämnas i en handling eller i någon annan läsbar och varaktig form som är tillgänglig för

mottagaren. Av detta följer att försäkringsbolaget normalt bör åläggas att lämna den aktuella informationen på något av dessa sätt om det har brustit i sin informationsskyldighet. Bestämmelsen i tredje stycket innebär att ett åläggande enligt 15 § marknadsföringslagen inte behöver ha den begränsning som framgår av 16 § samma lag. Åläggandet kan t.ex. gå ut på att försäkringsbolaget på eget initiativ skall sända skriftlig information till konsumenten, utan samband med någon reklamåtgärd eller liknande (jfr prop. 1979/80:9 s. 111).

3 kap. Försäkringsavtalet

Kapitlet behandlar rätten till försäkring, tiden för försäkringsbolagets ansvar, förnyelse, ändring, uppsägning och försäkringens upphörande i vissa andra fall. Det har vid personförsäkring sin motsvarighet i 11 kap. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 4–7 §§.

Kapitlet omfattar elva paragrafer. I 1 § behandlas rätten till försäkring. Bestämmelser om försäkringstiden finns i 2 §. Förnyelse av försäkringen behandlas i 3 §. Försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång behandlas i 4 § och rätt att säga upp försäkringen i förtid i 5 §, medan försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen regleras i 6 §. Bestämmelserna i 7 och 8 §§ handlar om försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringen. I 9–11 §§ behandlas situationen vid försäkringsbolagets konkurs m.m.

Rätten till försäkring

1 § Ett försäkringsbolag får inte vägra en konsument att teckna en försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, om det inte finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den befarade skadans omfattning, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Detsamma gäller om försäkringstagaren ansöker om att få en försäkring förnyad vid försäkringstidens utgång.

(Jfr 3 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om en konsuments rätt att teckna en försäkring och en försäkringstagares rätt att förnya en konsumentförsäkring. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 11 kap. 1 §. Den har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.1. – Paragrafen har sin motsvarighet i 9 § och 15 § första stycket 1980 års KFL men ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Av paragrafens *första mening* framgår att ett försäkringsbolag under vissa förutsättningar har en skyldighet att meddela en konsumentförsäkring (s.k. kontraheringsplikt).

Denna skyldighet gäller till att börja med bara sådana försäkringar som bolaget *normalt tillhandahåller allmänheten*. Prövningen om en försäkring hör till den kategorin får i första hand utgå från det aktuella försäkringsbolagets produktsortiment, allmänna försäkringsvillkor och praxis. Ett försäkringsbolag behöver inte meddela försäkring mot risker eller objekt som inte ingår i dess vanliga sortiment eller utvidga sin verksam-

het utöver det geografiska område eller den kundkrets den är avsedd för, och detta gäller även om försäkringsbolaget har koncession för den önskade försäkringen. Detta innebär t.ex. att ett försäkringsbolag som inriktar sig på försäkring för helnyktra inte är tvungen att försäkra andra. Att ett visst försäkringsbolag meddelar exempelvis s.k. allriskförsäkring för byggnader medför inte att också andra försäkringsbolag måste meddela en sådan försäkring. Inte heller är ett försäkringsbolag som i ett enstaka fall har meddelat en försäkring av viss typ skyldigt att bevilja en sådan försäkring till andra som begär det.

I kravet på att det skall vara fråga om en försäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller allmänheten ligger också att försäkringstagaren måste vara beredd att acceptera de allmänna försäkringsvillkor som bolaget tillämpar för den aktuella typen av försäkring. En sökande har alltså inte rätt att få försäkring t.ex. utan ett visst undantag som försäkringsbolaget normalt gör och detta oavsett vilken betydelse undantaget kan synas ha i det enskilda fallet. Det gäller också om sökanden förklarar sig beredd att betala tilläggspremie för att slippa undantaget. Det är naturligtvis annorlunda om försäkringsbolaget normalt brukar täcka den undantagna risken mot en tilläggspremie. I så fall får bolaget inte utan särskilda skäl vägra en enskild kund att teckna en tilläggsförsäkring.

En konsument har alltså i princip rätt att teckna en sådan försäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller allmänheten. I kontraheringsplikten ligger att konsumenten också skall ha rätt att få försäkringen meddelad mot normal premie och på normala villkor i övrigt. Det betyder att försäkringsbolaget inte får utnyttja den avtalsfrihet som finns också vid konsumentförsäkring till att i realiteten vägra konsumenten det skydd som önskas, t.ex. genom att erbjuda en försäkring som träder i kraft först sedan lång tid har förflutit (jfr 2 §) eller genom att ta ut en mycket hög premie i jämförelse med vad andra kunder får betala.

Kontraheringsplikten är underkastad också en annan begränsning. En inskränkning i konsumentens rätt att teckna en försäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller gäller om bolaget i det individuella fallet har *särskilda skäl* att inte meddela en sådan försäkring. Dessa skäl kan bestå i den objektiva risken för framtida försäkringsfall och omfattande skador eller den avsedda försäkringens art. Sådantillvida skiljer sig reglerna från motsvarande bestämmelser vid personförsäkring att försäkringsbolaget som skäl för sitt beslut får åberopa samtliga förhållanden av försäkringsteknisk betydelse som inträffar intill dess att bolaget har tagit ställning till en ansökan (jfr regeln om hälsoförsämring i 11 kap. 1 §). Men om en skada inträffar efter att försäkringen har begärts, fast innan försäkringsbolaget har hunnit meddela sitt beslut, får ansökningen inte vägras enbart på grund av den inträffade skadan. Ett avslag på en ansökan om försäkring kan också grundas på en kombination av omständigheter av det slag som har nämnts.

Som exempel på när *risken för framtida försäkringsfall* och *den befärade skadans omfattning* utgör särskilda skäl att vägra försäkring kan nämnas att det föreligger s.k. konflagrationsrisk, dvs. att det försäkrade objektet finns i ett särskilt brandfarligt område. Ett annat exempel är att det kan vara motiverat att inte meddela försäkring för mer än ett

begränsat antal dyrbara konstföremål i samma lokal. Ytterligare ett exempel är att en lokal är särskilt utsatt för risk för inbrott.

När bestämmelsen också nämner *den avsedda försäkringens art* som ett skäl för vägran, tar detta särskilt sikte på försäkringar av enstaka föremål av mer ovanlig art, såsom frimärkssamlingar, smycke- och urförsäkringar m.m. Avvägningen mot försäkringstagarens intresse blir här en annan, dels eftersom försäkringsskyddet typiskt sett ter sig mindre angeläget, dels eftersom egendomen kan vara av sådant slag att ett försäkringsskydd medför särskilda problem. Försäkringsbolaget bör här kunna vägra försäkring så snart det kan peka på att den begärda försäkringen innebär särskilda svårigheter från försäkringsteknisk synpunkt.

Liksom vid personförsäkring kan försäkringsbolaget behöva viss information som underlag för sin riskbedömning innan en konsumentförsäkring meddelas, om informationen också i allmänhet inte torde ha samma centrala betydelse som vid personförsäkring. Någon bestämmelse motsvarande 11 kap. 1 §, som ger försäkringsbolaget rätt att avslå ansökan om försäkring om konsumenten inte har lämnat de uppgifter som rimligen kan begäras, har inte ansetts nödvändig. Men självfallet kan försäkringsbolaget också vid konsumentförsäkring inom rimliga gränser kräva information i försäkringstekniskt avseende innan en försäkring beviljas (t.ex. vid ansökan om en villaförsäkring information om vilket material huset är byggt av och vilket år det är uppfört eller vid motorfordonsförsäkring om bilens märke, årsmodell och körsträcka). Om försäkringsbolaget inte får upplysningar som det behöver för sin riskbedömning, kan konsumentens förhållande i vissa fall uppfattas som en sådan *annan omständighet* som omtalas i paragrafen och ger försäkringsbolaget rätt att vägra att meddela försäkring.

Bestämmelsen ger försäkringsbolaget tillfälle att som grund för avslag också åberopa en tidigare försäkringstagares eller försäkrads individuella förhållanden, t.ex. att de tidigare på ett allvarligt sätt har åsidosatt sina skyldigheter under försäkringstiden, i samband med skaderegleringen osv. Försäkringsbolaget kan också som regel avslå en ansökan om försäkring om den som ansöker om försäkring har gjort sig skyldig till brott som har särskild betydelse från försäkringssynpunkt, t.ex. bedrägeribrott eller allmänfarlig vårdslöshet. Det förhållandet att konsumenten i övrigt utgör en dålig personlig risk, dvs. genom sina personliga förhållanden kan antas innebära en större risk än flertalet för att försäkringsfall skall inträffa, bör inte annat än i undantagsfall kunna åberopas till stöd för att vägra försäkring. Det kan vara fråga om ett sådant undantagsfall om den försäkrade förut har drabbats av ett stort antal skador, fast detta bör gälla bara om skadorna tyder på en vårdslöshet som klart överstiger det normala. Har oturliga omständigheter bidragit till skadorna, kan en ogynnsam skadestatistik normalt inte åberopas som särskilda skäl för att vägra försäkring (jfr rättsfallet NJA 1987 s. 383).

Om ett försäkringsbolag vägrar att meddela försäkring i ett enskilt fall, har konsumenten möjlighet att vända sig till domstol för att få beslutet omprövat där. Det framgår av 7 kap. 6 §. I detta ligger att försäkringsbolagets avslagsbeslut bör vara motiverat.

Reglerna om rätten till försäkring är tillämpliga endast om det är en konsument som önskar en försäkring. Fast ett dödsbo enligt definitionen

av konsumentförsäkring i 1 kap. 3 § jämföras med konsument, kan dödsboet alltså inte kräva en försäkring. Undantagsvis kan vidare en konsument vägras en försäkring som normalt tillhandahålls allmänheten på den grunden att försäkringen inte "huvudsakligen avser enskilt ändamål" och därför inte utgör en konsumentförsäkring (jfr 1 kap. 3 §). Detta kan bli aktuellt bl.a. vid vissa former av blandad försäkring, som skall ge ett skydd åt någon i egenskap av såväl konsument som företagare, t.ex. vid lantbruksförsäkring.

Enligt paragrafens *andra mening* har konsumenten rätt inte bara att teckna ny försäkring utan också att få en försäkring förnyad vid försäkringstidens slut. Förnyelse aktualiseras i allmänhet utan särskild begäran men kan också uttryckligen begäras av försäkringstagaren, främst då parterna tidigare har träffat en överenskommelse om att försäkringen skall upphöra vid försäkringstidens slut.

Prövningen i samband med en begäran om förnyelse skiljer sig något från prövningen av en begäran om nyteckning. Sedan försäkringsbolaget väl har beviljat en försäkring, krävs det normalt något starkare skäl att vägra en förlängning av försäkringsskyddet. En annan sak är att det under försäkringstiden kan komma fram omständigheter som tidigare har varit okända men som får beaktas vid den aktuella prövningen och som kan utgöra särskilda skäl för försäkringsbolaget att inte förnya försäkringen (t.ex. att ett försäkrat föremål har andra egenskaper än som angavs när försäkring meddelades första gången).

Försäkringstiden m.m.

2 § Försäkringstiden är den tid för vilken avtal om en försäkring träffas. Den får inte överstiga ett år, om det inte finns särskilda skäl för en längre försäkringstid.

Om inte något annat har avtalats eller framgår av omständigheterna, inträder försäkringsbolagets ansvar enligt försäkringsavtalet dagen efter den dag då försäkringstagaren avgav ansökan om försäkringen till bolaget eller antagande svar på ett anbud från bolaget. Ansvaret gäller till och med försäkringstidens sista dag.

Om försäkringen skall tecknas genom att försäkringstagaren betalar premien, inträder försäkringsbolagets ansvar dagen efter den dag då premien betalades. Det gäller också om försäkringen i annat fall är giltig bara om premien betalas innan försäkringstiden börjar.

(Jfr 3 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen definierar försäkringstiden och anger hur lång denna normalt sett får vara. Vidare anges vid vilken tidpunkt försäkringsbolagets ansvar börjar och hur länge det varar. Den har för företagsförsäkring sin motsvarighet i 8 kap. 4 § och för personförsäkring sin motsvarighet i 11 kap 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.3. – Paragrafen har sin motsvarighet i 10, 11 och 13 §§ i 1980 års KFL samt 11 § i 1927 års FAL.

Första stycket

Enligt detta stycke får försäkringstiden (avtalstiden) vid konsumentförsäkring överstiga ett år bara om det finns särskilda skäl för en längre tid. Ett avsteg från huvudregeln kan vara motiverat, t.ex. som en anpassning till en praxis hos ett försäkringsbolag att låta alla försäkringar sluta vid ett månadsskifte eller när försäkringstagaren har skäl för att försäk-

ringen skall gälla över ett år utan att därefter förnyas, t.ex. när den tecknas med tanke på att den skall gälla under den tid då försäkringsstagaren skall vistas i utlandet. Har avtal träffats om längre försäkringstid än ett år, utan att det finns särskilda skäl, kan försäkringstagaren kräva att försäkringen skall upphöra när ett år har förflutit.

Andra stycket

I andra stycket anges den tid under vilken försäkringsbolaget bär ett ansvar för inträffade försäkringsfall (ansvarstiden). Parterna kan fritt överenskomma om denna tid.

Ansvaret kan börja gälla från en senare tidpunkt än den då försäkringsavtalet ingås. Inget hindrar att det sätts i relation exempelvis till att en viss händelse inträffar, t.ex. vid en egendomsförsäkring att försäkringstagaren förvärvar den egendom som skall försäkras eller vid reseförsäkring att försäkringen skall börja gälla först när resan påbörjas. I dessa fall börjar försäkringstiden och ansvarstiden samtidigt.

Även om avtalet inte innehåller något om när ansvaret skall inträda, kan detta framgå av omständigheterna. Ett exempel är att någon tecknar en reseförsäkring i samband med att resan påbörjas. Typiskt sett framgår då av omständigheterna att ansvaret börjar gälla vid avresan.

Om tiden då ansvaret skall börja gälla inte framgår vare sig av avtalet eller av omständigheterna, bär försäkringsbolaget ansvar från dagen efter den då försäkringstagaren avsänder eller lämnar ett meddelande om att han vill teckna försäkring. Men detta gäller bara om avtal också kommer till stånd, vilket i lagtexten markeras med "ansvar enligt försäkringsavtalet". Regleringen innebär att ansvaret dock kan inträda redan dessförinnan.

En förutsättning för att ansvaret skall inträda från angiven tidpunkt är att försäkringstagaren på ett otvetydigt sätt har visat att han är beredd att teckna försäkring på villkor som bolaget kan godta. Ansökningen måste vara så preciserad att det utan vidare framgår vilken försäkring som avses: försäkringsform, försäkringstid och försäkringsbelopp måste som regel vara angivna om detta ändå inte framgår av omständigheterna. Om ansökningen är så otydlig att den inte kan ligga till grund för ett beslut om försäkring, kan det vara lämpligt att försäkringsbolaget lämnar ett anbud till kunden. Godkänner kunden erbjudandet, får man utgå från den tidpunkt då accepten lämnas.

För tillämpningen av bestämmelsen har det betydelse när en ansökan om försäkring skall anses vara avgiven till försäkringsbolaget och vad som krävs för att en ansökan skall anses riktad till bolaget. Var bevisbördan ligger beträffande dessa förhållanden anges närmare i kommentaren till motsvarande bestämmelse om personförsäkring. Här hänvisas därför till kommentaren till 11 kap. 2 § första stycket. – Om inte avtalet anger vid vilket klockslag en viss dag ansvaret inträder, får det antas ske kl. 00.00 den dagen.

Ordet avgav syftar i första hand på avlämnande för postbefordran, dvs. när försäkringstagaren lämnar ansökningen på ett postkontor eller lägger den i en brevlåda eller skickar den med fax eller e-post. För att en ansökan skall kunna räknas som avgiven krävs det att den på ett ändamålsenligt sätt har lämnats för direkt befordran till försäkringsbolaget.

Bestämmelsen i andra stycket ger också besked om när försäkringsbolagets ansvar upphör. Ansvaret upphör efter den sista dagen av försäkringstiden. I linje med vad som sades nyss om ansvarets inträdande får ansvaret, i brist på avtal om annat, anses upphöra kl. 24.00 den sista dagen av försäkringstiden. En uttrycklig bestämmelse om detta har ansetts vara överflödig.

Tredje stycket

Utgångspunkten för bestämningen av ansvarstiden enligt paragrafens andra stycke är att försäkringsbolagets ansvarsinträde inte är beroende av att premien betalas. Det är emellertid inte något som hindrar att försäkringsbolaget gör sitt ansvar avhängigt av premiebetalningen. Det krävs i så fall ett förbehåll i avtalet om detta.

I stycket behandlas två olika situationer. Den *första meningen* reglerar det fallet att försäkringsavtalet ingås genom premiebetalningen. Då inträder ansvaret dagen efter den då premien betalas. Försäkringstiden börjar kl. 00.00 den dagen.

Den *andra meningen* tar sikte på det fallet att avtalet visserligen inte kommer till stånd genom att premien betalas men att ansvarstiden inte börjar förrän premien har betalats. Det kan finnas skäl för detta för t.ex. ett försäkringsbolag som tillhandahåller reseförsäkringar. Ett krav på förskottsbetalning kan vara befogat så att försäkringsbolaget inte skall hamna i en situation där resenären kan ha återvänt från sin resa och försäkringstiden helt eller delvis har löpt ut innan betalningsfristen för premien har gjort det (se 5 kap. 1 § första stycket).

Med betalning avses att premien kommer försäkringsbolaget till handa (jfr 5 kap. 5 § angående när detta anses ske).

Självfallet kan det i avtalet bestämmas att försäkringstiden börjar löpa tidigare än från den tid som anges i lagen, t.ex. omedelbart efter betalningen.

Enligt 2 kap. 4 § ingår ett förbehåll av berört slag bland de villkor som försäkringsbolaget är skyldigt att informera särskilt om snarast efter att avtalet träffats.

Förnyelse av försäkringen

3 § En försäkring som inte har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens utgång förnyas för den vanligen tillämpade försäkringstid som närmast svarar mot den senast gällande försäkringstiden, om inte annat framgår av avtalet eller omständigheterna.

En uppsägning från försäkringsbolagets sida skall göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren innan försäkringstiden har gått ut. För uppsägningen gäller en månads uppsägningstid, räknat från det att försäkringsbolaget avsände uppsägningen.

(Jfr 3 kap. 6 § första stycket promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar frågan om förlängning (och därmed också indirekt uppsägning) av försäkringsavtalet vid avtalstidens utgång. Den har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. I fråga om personförsäkring jfr 11 kap. 3 och 4 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.3. – Paragrafen

överensstämmer i sak med 14 och 17 §§ i 1980 års KFL. Den har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Försäkringsbolagets möjligheter att vägra förnyelse av en konsumentförsäkring framgår av 1 §. Om försäkringsbolaget vill att försäkringen skall förnyas men med andra villkor än dem som gällt tidigare, måste det följa 7 §. Försäkringstiden för den förnyade försäkringen kan dock komma att bli en annan än den tidigare redan till följd av avtalet eller omständigheterna.

Första stycket

Här framgår att försäkringen i allmänhet förnyas vid försäkringstidens utgång. Parterna kan dock avtala att förnyelse inte skall ske. Vidare kan de komma överens om att försäkringen visserligen skall förnyas men inte för den tid som normalt gäller vid förnyelse. Någon gång framgår det, utan särskilt avtal, av omständigheterna att avtalet inte skall förnyas, t.ex. om försäkringstagaren tecknar en reseförsäkring för en bestämd resa (jfr rättsfallet NJA 1987 s. 982). En överenskommelse att avtalet inte skall förnyas kan ingås redan i samband med att försäkringen tecknas. Men inget hindrar att parterna avtalar om detta under försäkringstiden.

Om försäkringen inte sägs upp utan förnyas, anses försäkringsbolaget meddela en helt ny försäkring. Det innebär att bolaget innan förnyelsen sker kan begära att försäkringstagaren lämnar upplysningar som har betydelse för frågan om försäkringen skall förnyas eller inte (4 kap. 1 §).

Om inte något annat framgår av avtalet eller omständigheterna, tillämpas för den förnyade försäkringen den vanligen tillämpade försäkringstid som närmast svarar mot den senast gällande försäkringstiden. Om försäkringen då har gällt på annan tid än den normala, t.ex. därför att dess slutdag för enkelhetens skull har förlagts till ett års- eller månadsskifte, förnyas den för den tid som annars brukar gälla för försäkringar av det aktuella slaget eller, om olika försäkringstider tillämpas, den som närmast motsvarar den som gällt förut. De villkor som i övrigt gällt under den senaste försäkringstiden får alltså anses tillämpliga om de inte ändras enligt 7 §.

Andra stycket

Vill försäkringsbolaget att försäkringen inte skall förnyas, måste bolaget säga upp den skriftligen. Uppsägningen skall skickas till försäkringstagaren. Det är tillräckligt att uppsägningen avsänds före förnyelse-tidpunkten. Uppsägningstiden är en månad. Detta innebär att, om uppsägningen skickas strax före försäkringstidens utgång, försäkringen fortsätter att gälla en tid. Uppsägningsmånaden räknas från tidpunkten då uppsägningen avsänds.

Försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen

4 § Försäkringstagaren får när som helst säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång.

(Jfr 3 kap. 6 § andra stycket promemorian och SkFL.)

I paragrafen regleras försäkringstagarens rätt att säga upp en konsumentförsäkring till försäkringstidens utgång. Försäkringstagarens möjligheter att få försäkringen att upphöra under försäkringstiden behandlas i 5 och 9–11 §§. Försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen under försäkringstiden behandlas i 6 §. – Paragrafen har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. Den har för personförsäkringens del en viss motsvarighet i 11 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.4. – Paragrafen motsvarar 16 § och 14 § första stycket i 1980 års KFL.

Till skillnad mot försäkringsbolaget (se 1 § andra meningen) har försäkringstagaren en ovillkorlig rätt att få försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång. Försäkringstagaren behöver inte iaktta någon särskild uppsägningstid för att undvika att försäkringsförhållandet förlängs (förnyas) utan kan vänta med att säga upp försäkringen till sista dagen av den ursprungliga försäkringstiden. Uppsägningen kan ske skriftligen eller muntligen. Det avgörande är att uppsägningen når försäkringsbolaget innan försäkringstiden har löpt ut.

5 § Försäkringstagaren får säga upp försäkringen att omedelbart upphöra före försäkringstidens utgång,

1. om försäkringsbolaget väsentligt åsidosätter sina skyldigheter enligt denna lag eller enligt försäkringsavtalet,

2. om försäkringsbehovet faller bort eller det inträffar någon annan liknande omständighet,

3. om försäkringsbolaget har ändrat försäkringsvillkoren med stöd av 8 §,

4. om en försäkring har förnyats enligt 3 § och försäkringstagaren ännu inte har betalat premie för den nya premieperioden, eller

5. om det i annat fall föreligger en ny omständighet av väsentlig betydelse för försäkringsförhållandet.

Om försäkringstagaren efter förnyelse enligt 3 § första stycket tecknar en motsvarande försäkring hos ett annat försäkringsbolag utan att betala premie för den förnyade försäkringen, anses denna uppsagd med omedelbar verkan.

(Jfr 3 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

I paragrafen behandlas försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringsavtalet under försäkringstiden, alltså i förtid. Försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen till försäkringstidens slut regleras i 4 §. I 9–11 §§ behandlas försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen vid försäkringsbolagets konkurs m.m. och i 6 § försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen i förtid. – Paragrafen har vid företagsförsäkring sin motsvarighet i 8 kap. 5 §. Vid personförsäkring har den viss motsvarighet i 11 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.4. – Första stycket 2 har en motsvarighet i 20 § första stycket i 1980 års KFL och första stycket 3 och 4, liksom andra stycket, har en motsvarighet i 20 § andra stycket i 1980 års KFL.

Bestämmelserna i denna paragraf utesluter naturligtvis inte att försäkringstagaren kan göra gällande att försäkringsavtalets är ogiltigt enligt allmänna avtalsrättsliga regler.

Punkt 1 nämner till en början en regel om uppsägning om försäkringsbolaget väsentligt åsidosätter sina skyldigheter enligt denna lag, framför allt då den informationsskyldighet som föreskrivs i bl.a. 2 kap. Eftersom skyldigheten att lämna information inte behöver följa av avtalet, kan man inte tala om kontraktsbrott i detta fall. Det betyder att försäkringstagaren kan ha rätt att säga upp försäkringen om försäkringsbolaget innan försäkringsavtalet slöts eller därefter har underlåtit att lämna föreskriven information. Det kan gälla information av såväl sådant slag som anges i 2 kap. som sådan som regleras i andra kapitel. Vidare föreskrivs i samma punkt en rätt till förtida uppsägning också vid kontraktsbrott i vanlig mening, när försäkringsbolaget bryter mot någon avtalsförpliktelse. Framför allt avses olika missförhållanden i samband med skaderegleringen i strid med avtalet, t.ex. dröjsmål att betala ut försäkringsersättning eller oberättigade invändningar mot försäkringstagarens krav.

Bedömningen av om ett åsidosättande av försäkringsbolagets skyldigheter är väsentligt skall göras med utgångspunkt i försäkringstagarens situation och enligt samma principer som annars inom konsumenträtten. Det är alltså inte en abstrakt bedömning som skall göras utan en bedömning av vad som framstår som ett väsentligt lag- eller avtalsbrott med hänsyn till den enskilde försäkringstagarens situation och förutsättningar. Om underlåtenheten typiskt sett kan anses vara väsentlig för försäkringstagare i allmänhet, kan man utgå från att detta också gäller för den aktuella försäkringstagaren. Om den däremot är sådan att det för en försäkringstagare i allmänhet får anses vara av ringa betydelse, får det ankomma på försäkringstagaren att visa att underlåtelser av någon anledning är väsentlig för honom (jfr det liknande resonemanget enligt 29 § konsumenttjänstlagen och 13 och 29 §§ konsumentköplagen; se prop. 1984/85:110 s. 262 f. och prop. 1989/90:89 s. 80 f. och 127 f.). Det har inte ansetts nödvändigt att låta denna subjektiva bedömning komma till uttryck i lagtexten.

Försäkringen kan vidare sägas upp enligt *punkt 2*, om försäkringstagaren på grund av någon händelse under försäkringstiden inte längre har behov av försäkringen eller om det inträffar någon annan liknande omständighet. I allmänhet torde en tillämpning av bestämmelsen bli aktuell då försäkringstagaren har gjort sig av med den försäkrade egendomen, men man kan också tänka sig att denna kommer att omfattas även av någon annan försäkring, t.ex. när försäkringstagaren flyttar ihop med någon vars försäkring gäller alla hushållsmedlemmars lösa egendom.

Försäkringen upphör naturligtvis inte automatiskt när det inträffar en sådan omständighet som har nämnts, utan det krävs att försäkringstagaren säger upp den. Innan det har skett är försäkringstagaren alltså skyldig att betala premie till försäkringsbolaget, även om försäkringen redan tidigare har blivit onyttig för honom.

I första hand avses uppsägning av en försäkring i dess helhet. Det kan dock tänkas att bli aktuellt att bara en del av försäkringen sägs upp. Om t.ex. en försäkrad bil inte skall användas i trafik utan ställs i garage under vintern, kan försäkringstagaren säga upp trafikförsäkringen för denna tid.

Bestämmelsen innebär inte att försäkringstagaren får säga upp försäkringen i förtid för att gå över till ett annat försäkringsbolag som t.ex. kan erbjuda en försäkring med lägre premie eller andra mer fördelaktiga villkor. En rätt att säga upp försäkringen uppkommer inte heller därför att det inträffar ett försäkringsfall, även om detta innebär att den försäkrade egendomen förstörs.

I vissa fall kan försäkringsbolaget enligt 8 § ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden. Försäkringstagaren behöver då enligt *punkt 3* inte stå kvar i avtalsförhållandet utan kan säga upp försäkringen redan till en tidpunkt som ligger före den då de nya villkoren skulle börja tillämpas.

Enligt 3 § förnyas i allmänhet en konsumentförsäkring vid försäkringstidens slut om den inte har sagts upp dessförinnan. Det kan antas att en försäkringstagare som vill undgå förnyelse ibland väljer att låta bli att betala premie för den nya avtalsperioden och felaktigt utgår från att avtalet därmed upphör att gälla. Med tanke på denna situation tillåter *punkt 4* att försäkringstagaren säger upp försäkringen efter att förnyelse har skett men innan någon premie har betalats. Att märka är dock att försäkringstagaren är skyldig att betala premie för den tid under vilken den förnyade försäkringen har gällt (jfr 5 kap. 6 §).

Försäkringstagaren får enligt *punkt 5* säga upp en försäkring att omedelbart upphöra, om det i annat fall föreligger en ny omständighet av väsentlig betydelse för försäkringsförhållandet. Ett exempel är att försäkringsbolaget överlåter hela eller delar av sitt försäkringsbestånd till ett annat bolag. Visserligen finns till skydd för försäkringstagaren i denna situation vissa regler i försäkringsrörelselagen (15 och 15 a kap.), men en överlåtelse får anses ha en så pass ingripande betydelse för de försäkringar den omfattar att försäkringstagaren bör kunna omedelbart komma ifrån avtalet med försäkringsbolaget, vilket för övrigt också ligger i linje med allmänna fordringsrättsliga principer. För att en ny omständighet skall kunna berättiga till omedelbar uppsägning måste den påverka försäkringsförhållandet på ett för försäkringstagaren negativt sätt. Det sägs inte i bestämmelsen men får anses självklart.

Uppsägning kan ske både skriftligen och muntligen. Om en försäkringstagare skriftligen meddelar försäkringsbolaget att försäkringen skall upphöra omgående, får bolaget anses ansvarigt t.o.m. den dag då meddelandet anländer till det. Säger försäkringstagaren muntligen upp försäkringen, får den i allmänhet anses upphöra omedelbart.

Sägs försäkringen upp i förtid, har försäkringsbolaget rätt till premie endast för den tid under vilken det har haft ett försäkringsansvar. Försäkringstagaren har alltså rätt att få tillbaka den del av den betalda premien som inte tas i anspråk (jfr 5 kap. 6 §).

Andra stycket

I detta stycke anges när en konsumentförsäkring kan upphöra utan någon uttrycklig uppsägning från försäkringstagarens sida. Har försäkringen förnyats och tecknar försäkringstagaren en motsvarande försäkring hos ett annat försäkringsbolag, utan att dessförinnan till någon del ha betalat premie för den förnyade försäkringen, skall den förnyade försäkringen anses uppsagd med omedelbar verkan. Den äldre försäkringen upphör vid samma tidpunkt som den nya försäkringen börjar gälla. För den tid

som den förnyade försäkringen har varit i kraft är försäkringstagaren också i detta fall skyldig att betala premie.

Försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen i förtid

6 § Försäkringsbolaget får säga upp försäkringen att upphöra före försäkringstidens utgång, bara om försäkringstagaren eller den försäkrade grovt har åsidosatt sina förpliktelser mot bolaget eller om det annars finns synnerliga skäl.

Uppsägningen skall göras skriftligen och med fjorton dagars uppsägningstid, räknat från det att försäkringsbolaget avsände den. Uppsägningen skall ske utan oskäligt dröjsmål från det att försäkringsbolaget fick kännedom om det förhållande som den grundas på. Annars förlorar försäkringsbolaget rätten att säga upp försäkringen på grund av förhållandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

I 5 kap. 2 § finns bestämmelser om uppsägning på grund av premiedröjsmål.

(Jfr 3 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets möjligheter att säga upp försäkringsavtalet för upphörande under försäkringstiden. Försäkringsbolaget har också en allmän rätt att säga upp försäkringen till försäkringstidens slut (jfr 3 § andra stycket), men som framgår av 1 § andra meningen begränsas den av försäkringstagarens möjlighet att få försäkringen förnyad. – Paragrafen har för företagsförsäkringens del sin motsvarighet i 8 kap. 6 § och för personförsäkringens del viss motsvarighet i 11 kap. 7 och 8 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.5. – Paragrafen har sin motsvarighet i 18 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Paragrafens första stycke innehåller en allmän uppsägningsregel, som kompletterar det särskilda uppsägningsfall vid premiedröjsmål som behandlas på annat ställe i lagen (5 kap. 2 § första stycket). För uppsägning krävs att försäkringstagaren eller den försäkrade grovt har åsidosatt sina förpliktelser mot bolaget eller att det annars finns synnerliga skäl.

Försäkringstagarens och den försäkrades förpliktelser framgår av villkoren eller i vissa fall direkt av lagen. Exempel där uppsägningsrätt kan föreligga är när den försäkrade med grov vårdslöshet har framkallat ett försäkringsfall eller låtit bli att följa meddelade säkerhetsföreskrifter eller när den försäkrade har lämnat grovt felaktiga uppgifter vid skaderegleringen. Också att försäkringstagaren allvarligt har åsidosatt sin upplysningsplikt när avtal träffades kan, även om det inte är fråga om svek eller liknande, ibland utgöra skäl för uppsägning (jfr 4 kap. 2 § andra stycket angående nedsättning av försäkringsersättning).

Försäkringsbolaget har rätt till uppsägning oavsett om det är försäkringstagaren eller den försäkrade som grovt har åsidosatt sina förpliktelser. Beträffande upplysningsplikt lär dock i praktiken bara överträdelser från försäkringstagarens sida bli aktuella (jfr 4 kap. 1 §).

Ett kontraktsbrott behöver inte nödvändigtvis ha föranlett skada för försäkringsbolaget utan kanske bara en betydande ekonomisk risk. I princip är det avgörande om kontraktsbrottet som sådant är att bedöma

som grovt. Av betydelse vid bedömningen om uppsägningsrätt föreligger kan dock också bli om försummelsen framstår som en engångshändelse eller om man kan befara en upprepning.

Flera försäkrade kan skyddas av en försäkring. Även om det bara är en av dem som har åsidosatt sina skyldigheter, kan försäkringen sägas upp i sin helhet. Om den skyldige inte längre omfattas av försäkringen, torde det dock i allmänhet inte finnas tillräckliga skäl för uppsägning.

Under vissa speciella förhållanden kan en uppsägning ske, även om försäkringstagaren eller den försäkrade inte på något sätt har försummat sina skyldigheter. Ett exempel är om försäkringen, utan att det begåtts något fel, har fått ett helt felaktigt innehåll och det inte finns möjlighet att bara ändra villkoren enligt 8 §. Ett annat fall är när försäkringstagaren har tecknat försäkring till ett belopp som uppenbarligen vida överstiger det försäkrades värde. Ett sådant förfarande kan inte betecknas som kontraktsbrott, men omständigheterna kan vara sådana att det framstår som förberedelse till ett försäkringsbedrägeri och därför kan motivera uppsägning. En förutsättning för detta är emellertid i båda fallen att det finns synnerliga skäl.

Att försäkringstagaren har gått i konkurs kan inte i sig utgöra synnerliga skäl för uppsägning. I sådana fall kan det bli aktuellt att tillämpa reglerna i 5 kap. 2 § om premiedröjsmål, men bara den omständigheten att dröjsmål kan befaras ger ingen uppsägningsrätt.

Andra stycket

Om försäkringsbolaget vill få avtalsförhållandet att upphöra på grund av en sådan omständighet som avses i första stycket, måste det säga upp avtalet skriftligen. En muntlig uppsägning är utan verkan.

Uppsägningstiden, som löper från det att uppsägningen avsänds av försäkringsbolaget, är minst fjorton dagar. Om försäkringstagaren gör sannolikt att uppsägningen försenats eller att den alls inte kommit fram, kan det inträffa att uppsägningen får verkan först vid en senare tidpunkt (se 7 kap. 5 §).

Försäkringsbolagets uppsägning skall ske utan oskäligt dröjsmål. Beskedet behöver alltså inte lämnas genast, utan försäkringsbolaget har rätt till en viss frist innan det behöver ta ställning till om avtalet skall sägas upp. Tidsfristen räknas från det att försäkringsbolaget har fått kännedom om det faktiska förhållande som uppsägningen grundas på, således inte från det att försäkringsbolaget tagit ställning till om det finns tillräckligt starka skäl för uppsägning. Om uppsägningen inte görs i rätt tid, förlorar försäkringsbolaget rätten att säga upp försäkringen. Undantag från denna regel gäller bara om försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

Uppsägningen kan också riktas till en mäklare som har fullmakt att företräda försäkringstagaren i det aktuella hänseendet eller till en annan behörig företrädare för honom.

Paragrafen ställer inte något krav på att uppsägningen skall vara försedd med motivering. På grund av bestämmelserna i 7 kap. 7 § om tidsfrist för att väcka talan kan försäkringstagaren dock räkna med att samtidigt få besked även på denna punkt.

Tredje stycket

Bestämmelserna i denna paragraf tar inte sikte på en uppsägning med stöd av 5 kap. 2 § första stycket på grund av premiedröjsmål. Uppsägningsförfarandet i sådana fall regleras i den paragrafen. Tredje stycket innehåller en erinran om detta.

Försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringen

7 § Vill försäkringsbolaget ändra en försäkring i samband med en förnyelse enligt 3 § första stycket, skall det skriftligen ange ändringen senast samtidigt med kravet på premie för den förnyade försäkringen. Den förnyade försäkringen gäller då för den tid och på de villkor som försäkringsbolaget har angett.

I 2 kap. 6 § finns bestämmelser om information i samband med en ändring enligt första stycket.

(Jfr 3 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Bestämmelsen anknyter till föregående paragraf men handlar inte om uppsägning av försäkringen utan om ändring av den. I denna paragraf regleras ändring i samband med förnyelse, medan ändring under försäkringstiden behandlas i 8 §. – Paragrafen har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. Vid personförsäkring har den viss motsvarighet i 11 kap. 9 § (se också 11 kap. 7 §). – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.5. – Paragrafen har en motsvarighet i 17 § andra stycket i 1980 års KFL.

Första stycket

Försäkringstidens längd för en förnyad försäkring kan skilja sig från den som har gällt för den ursprungliga försäkringen utan att detta behöver särskilt begäras av försäkringsbolaget. Försäkringstiden kan ändras så att den överensstämmer med vad som vanligen tillämpas för försäkringen.

Om försäkringsbolaget önskar att en försäkring skall ändras i andra avseenden vid förnyelse, och ändringen är till nackdel för försäkringstagaren eller den försäkrade, måste försäkringsbolaget däremot skriftligen ange ändringen senast i samband med att försäkringstagaren tillställs premiekrav för den nya försäkringen. Skulle försäkringsbolaget inte iaktta denna tid, gäller för försäkringen – utan att det sägs uttryckligen – samma villkor som har tillämpats tidigare.

Genom att försäkringsbolagets uppgift om villkorsändringen skall skickas senast i samband med premiekrav kommer försäkringstagaren normalt att vara införstådd med de nya villkoren redan då försäkringen förnyas. Om premiekravet, kanske av förbiseende, sänds först efter denna tidpunkt, får de äldre villkoren anses gälla tills försäkringstagaren har fått begäran om ändringen. Skulle ett försäkringsfall inträffa dessförinnan, är det dessa villkor som skall tillämpas.

Andra stycket

I andra stycket erinras om att det i 2 kap. 6 § finns bestämmelser om information om villkorsändring.

8 § Om försäkringstagaren eller den försäkrade grovt har åsidosatt sina förpliktelser mot försäkringsbolaget eller det annars finns synnerliga skäl, får bolaget ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden. Om en sådan ändring gäller det som sägs om uppsägning i 6 § andra stycket.

I 2 kap. 6 § finns bestämmelser om information i samband med en ändring enligt första stycket.

(Jfr 3 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

I paragrafen anges under vilka förutsättningar som försäkringsbolaget får ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden. Villkorsändringar i samband med att en försäkring förnyas behandlas i 7 §. Med ändring av villkoren avses även att tidigare gällande villkor kompletteras med ytterligare villkor. – Paragrafen har för företagsförsäkringens del viss motsvarighet i 8 kap. 6 § tredje stycket. Den har ingen motsvarighet vid personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.2 – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL men däremot i 19 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Utgångspunkten för bestämmelserna är att avtalet gäller och att avtalsvillkoren inte får ändras ensidigt av ena parten. Endast i undantagsfall kan sådana ändringar komma i fråga. Det förutsätter enligt *första meningen* att försäkringstagaren eller den försäkrade grovt har åsidosatt sina förpliktelser mot försäkringsbolaget eller det annars finns synnerliga skäl. Det är att märka att detta är samma krav som ställs för att försäkringsbolaget skall få säga upp avtalet i förtid (6 § första stycket).

Eftersom förutsättningarna för villkorsändring således är desamma som för förtida uppsägning, kan försäkringsbolaget i princip välja mellan dessa båda åtgärder vid ett grovt åsidosättande av förpliktelserna. Med hänsyn till att uppsägning typiskt är en betydligt mera ingripande påföljd än villkorsändring är emellertid tanken att uttrycket synnerliga skäl i förevarande paragraf under vissa omständigheter skall tolkas något mildare mot försäkringsbolaget än motsvarande rekvisit i 6 §. Det kan sålunda i ett enskilt fall framstå som rimligt att försäkringsbolaget får ändra försäkringsvillkoren men te sig alltför hårt mot försäkringstagaren att avtalet skulle upphöra. Om försäkringsbolaget åberopar mera speciella förhållanden, för vilka varken försäkringstagaren eller den försäkrade kan lastas, torde det finnas särskild anledning att bedöma rekvisitet synnerliga skäl i 6 och 8 §§ olika. Har exempelvis försäkringen fått en felaktig utformning, är det naturligt att man i allmänhet strävar efter att låta avtalsförhållandet bestå med något avvikande innehåll.

Andra meningen hänvisar till 6 § andra stycket. Av detta framgår att villkorsändringen skall anges skriftligen och att den får verkan efter fjorton dagar.

Andra stycket

I andra stycket erinras om att det i 2 kap. 6 § finns bestämmelser om information vid villkorsändring.

Försäkringens upphörande på grund av försäkringsbolagets konkurs, m.m.

9 § Om försäkringsbolaget försätts i konkurs, upphör försäkringen att gälla fjorton dagar därefter. Försäkringstagaren har rätt att säga upp försäkringen att upphöra omedelbart.

Upphör försäkringen att gälla enligt första stycket, har försäkringstagaren och andra som lider skada på grund av detta rätt till skadestånd.

(Jfr 3 kap. 8 § promemorian.)

Paragrafen handlar om vissa följder av att ett försäkringsbolag försätts i konkurs. För företagsförsäkringen har den sin motsvarighet i 8 kap. 7 § och för personförsäkring i 11 kap. 10 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1980 års KFL men däremot i viss mån i 26 § i 1927 års FAL.

Första stycket

Försätts försäkringsbolaget i konkurs, upphör försäkringen automatiskt att gälla två veckor efter konkursbeslutet, om inte försäkringstagaren säger upp försäkringen före dess. Försäkringstagaren har alltså rätt att säga upp försäkringen till upphörande så snart konkursen är ett faktum.

Andra stycket

Andra stycket innehåller en regel om att försäkringstagaren eller en annan person, t.ex. en panthavare, som lider ekonomisk skada på grund av att försäkringsbolaget försatts i konkurs har rätt till skadestånd. I fråga om skadeståndsansvaret är allmänna skadeståndsrättsliga principer tillämpliga, t.ex. beträffande kravet på adekvat kausalitet och om tredje mans rätt till skadestånd. Skyldigheten att betala skadestånd är något som ligger på konkursgäldenären, alltså försäkringsbolaget, och inte på konkursboet. Anspråket på ersättning kan således inte riktas mot konkursboet utan bara göras gällande genom bevakning i konkursen (jfr NJA II 1927 s. 401 f.). Bestämmelsen har förts vidare från 1927 års FAL.

10 § Försäkringstagaren har också rätt att säga upp försäkringen att upphöra omedelbart,

1. om försäkringsbolaget vid en utmätning saknar tillgångar till full betalning av utmätningssfordringen, förklarar sig ställa in sina betalningar eller annars kommer på obestånd, eller

2. om försäkringsbolagets rätt upphör att bedriva marknadsföring och att ingå nya försäkringsavtal om risker som är belägna i Sverige eller att alls driva försäkringsrörelse.

Kommer försäkringsbolaget på obestånd, har försäkringstagaren och andra som lider skada på grund av detta rätt till skadestånd.

(Jfr 3 kap. 8 § andra och tredje stycket samt 9 § första stycket promemorian.)

Paragrafen handlar om försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen om försäkringsbolaget annars kommer på obestånd eller inte längre får ingå nya försäkringsavtal liksom om rätten till skadestånd vid försäkringsbolagets obestånd. För företagsförsäkring har den sin motsvarighet i 8 kap. 7 §. För personförsäkring har andra stycket sin motsvarighet i 11 kap. 11 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.6. – Paragrafen har

ingen motsvarighet i 1980 års KFL men däremot i viss mån i 26 § andra och tredje mom. samt 27 § första stycket i 1927 års FAL.

I *första stycket* regleras två ytterligare situationer då en försäkringsstagare får säga upp en försäkring i förtid.

Punkt 1 tar upp fall då försäkringsbolaget vid utmätning saknar tillgångar till full betalning av utmätningsfordringen, ställer in sina betalningar eller annars kommer på obestånd.

Det som sägs i *punkt 2* gäller olika fall då ett försäkringsbolags möjligheter att driva verksamhet begränsas eller helt upphör på grund av myndighetsbeslut. En situation rör ett utländskt försäkringsbolag vars hemland hör till Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) och vars verksamhet inom EES står under finansiell tillsyn av den behöriga myndigheten i hemlandet. Ett sådant försäkringsbolag kan under vissa förutsättningar förbjudas av Finansinspektionen att fortsätta sin marknadsföring och att ingå nya försäkringsavtal om, såvitt gäller annan försäkring än livförsäkring, risker som är belägna här i landet (3 kap. 6 § lagen om utländska försäkringsgivares verksamhet i Sverige). Det kan också inträffa att ett sådant försäkringsbolag av den behöriga myndigheten i hemlandet med stöd av det landets lag förbjuds att driva fortsatt verksamhet i Sverige. Vidare kan ett försäkringsbolag med ett hemland utanför EES få sin koncession att bedriva verksamhet här förverkad av Finansinspektionen eller regeringen. *Punkt 2* är i och för sig enligt sin avfattning tillämplig också i sådana fall då ett svenskt försäkringsbolag får sin koncession förverkad av Finansinspektionen eller regeringen (med stöd av 19 kap. 11 § försäkringsrörelselagen). Eftersom ett sådant försäkringsbolag efter ett förverkande skall träda i likvidation (se 14 kap. 3 § 4 försäkringsrörelselagen), får förevarande paragraf dock i praktiken ingen eller begränsad betydelse i ett sådant fall. I stället blir 11 § tillämplig.

11 § Om försäkringsbolaget har trätt i likvidation, tillämpas 9 §. Försäkringen upphör dock att gälla först ett år efter likvidationens början, om inte försäkringstagaren har sagt upp den dessförinnan.

(Jfr 3 kap. 9 § andra stycket promemorian.)

Paragrafen uttalar vad som skall gälla för ett försäkringsavtal om försäkringsbolaget har trätt i likvidation. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 7 §. För personförsäkring har paragrafen sin motsvarighet i 11 kap. 12 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.2.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1980 års KFL men däremot i 27 § i 1927 års FAL.

Försäkringstagarens ställning när försäkringsbolaget har trätt i likvidation regleras på samma sätt som när ett försäkringsbolag har försatts i konkurs. En skillnad är dock att den tid efter vilken avtalet upphör att gälla om det inte sägs upp av försäkringstagaren har bestämts till ett år efter likvidationens början. Hänvisningen till 9 § innebär också att en försäkringstagare och andra personer kan ha rätt till skadestånd enligt vad som sägs i 9 § andra stycket.

4 kap. Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

I kapitlet regleras följderna av att försäkringstagaren eller den försäkrade bryter mot s.k. biförpliktelser. Kapitlet har vid personförsäkring sin motsvarighet i 12 kap. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 8–16 §§.

Kapitlet innehåller elva paragrafer. I 1–4 §§ behandlas upplysningsplikten, i 5 § framkallande av försäkringsfall, i 6 § säkerhetsföreskrifter och i 7 § räddningsplikt. Vidare finns i 8 § regler om identifikation, dvs. försäkringsbolagets möjligheter att sätta ned försäkringsersättningen om någon annan än den försäkrade t.ex. har framkallat försäkringsfallet. Vissa gemensamma undantag ges i 9 §. Kapitlet innehåller också i 10 § en bestämmelse om reklamationsplikt för försäkringsbolaget.

Slutligen finns i 11 § en bestämmelse som förebygger att reglerna om åsidosättande av biförpliktelser kringgås.

Upplysningsplikten

1 § Den som vill teckna en konsumentförsäkring är skyldig att på försäkringsbolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkringen skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Försäkringstagaren skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor.

En försäkringstagare som inser att försäkringsbolaget tidigare har fått oriktiga eller ofullständiga uppgifter om förhållanden av uppenbar betydelse för riskbedömningen är skyldig att utan oskäligt dröjsmål rätta uppgifterna.

(Jfr 4 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar försäkringsbolagets rätt att begära upplysningar av den tilltänkte försäkringstagaren samt dennes plikt att informera försäkringsbolaget. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 12 kap. 1 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 8 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.2. – Bestämmelsen har ingen uttrycklig motsvarighet i 1927 års FAL eller 1980 års KFL. – Paragrafen bör läsas tillsammans med 3 kap. 1 §.

Första stycket

Försäkringsbolaget får enligt *första meningen* inhämta upplysningar såväl när konsumenten inte tidigare har haft någon försäkring som när en försäkring skall förnyas, oavsett om förnyelse sker med stöd av 3 kap. 3 § eller på särskild begäran av försäkringstagaren. Detsamma gäller om försäkringen i något avseende skall utvidgas.

Upplysningsplikten tar sikte på sådana förhållanden som kan ligga till grund för försäkringsbolagets beslut. Försäkringsbolaget har alltså rätt att få besked om förhållanden som påverkar risken för försäkringsfall och omfattningen av en eventuell skada. Huruvida försäkringsbolagets begäran kan anses avse ett sådant förhållande eller inte får bedömas objektivt. Som princip spelar konsumentens egen uppfattning alltså här inte någon roll. En annan sak är att konsumentens insikt om uppgiftens betydelse kan påverka bedömningen om ersättningen efter ett försäkringsfall skall sättas ned med stöd av 2 §.

I *andra meningen* sägs att konsumenten skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor. Denna skyldighet är ett komplement till skyldigheten i första meningen. Det betyder att det inte finns någon plikt att svara på frågor om annat än sådant som har betydelse för frågan om en försäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Begär försäkringstagaren utvidgning på en viss punkt, behöver han inte ge upplysningar i ett helt annat avseende, även om försäkringsbolaget tar upp frågan i sammanhanget.

Upplysningsplikten åvilar endast konsumenten, alltså den blivande försäkringstagaren. Är det någon annan som skall vara försäkrad, kan försäkringsbolaget naturligtvis söka få uppgifter även av denne, men det sker då inte med stöd av reglerna i förevarande paragraf. Om det visar sig att den försäkrade i ett sådant fall inte har lämnat korrekta besked till försäkringsbolaget, kan det därför inte komma i fråga att tillämpa reglerna om ansvarsfrihet eller nedsättning av ersättningen i 2 §, utom när den försäkrades uppgifter kan anses lämnade på uppdrag av eller i samförstånd med försäkringstagaren.

En blivande försäkringstagare är vid konsumentförsäkring i princip endast skyldig att besvara de frågor som försäkringsbolaget ställer. Under mycket speciella förhållanden får dock en spontan upplysningsplikt anses gälla utan direkt lagstöd, närmast när försäkringstagaren annars skulle göra sig skyldig till svek eller liknande. Försäkringstagaren förstår t.ex. att försäkringsbolaget har misstagit sig om något förhållande av väsentlig betydelse för försäkringsavtalet. Som framgår av paragrafens andra stycke har försäkringstagaren dessutom en sådan upplysningsplikt i den meningen att han är skyldig att rätta vissa oriktiga eller ofullständiga uppgifter.

Andra stycket

Enligt detta stycke har försäkringstagaren i vissa fall en spontan upplysningsplikt, nämligen om han inser att försäkringsbolaget tidigare har fått en oriktig eller ofullständig upplysning som rör riskbedömningen. Då skall försäkringsbolaget underrättas om detta utan oskäligt dröjsmål, under förutsättning att det är fråga om något som har uppenbar betydelse för försäkringsbolagets riskbedömning.

Upplysningsplikten i denna del gäller inte bara i de situationer där försäkringstagaren tidigare har begått ett sådant fel som gör 2 § tillämplig – alltså vid vissa fall av uppsåt eller oaktsamhet. Även en felaktig uppgift som förut har lämnats i god tro skall alltså korrigeras. För försäkringsbolaget kan det vara av värde att få de rätta förhållandena klarlagda inte minst med tanke på en ändring av villkoren, framför allt då försäkringen skall förnyas. I detta sammanhang spelar det inte någon roll om de oriktiga eller ofullständiga upplysningarna har lämnats av försäkringstagaren eller av någon annan, t.ex. den försäkrade, och inte heller om de hänför sig till tiden då avtalet ingicks eller till en senare tidpunkt. Det saknar vidare betydelse om de oriktiga upplysningarna har grundats på frågor från försäkringsbolaget eller om de lämnats spontant. Däremot krävs det att försäkringstagaren verkligen inser att försäkringsbolaget inte har korrekt information. Det kan alltså i dessa fall aldrig bli tal om

att sätta ned ersättningen med stöd av 2 § om försäkringstagaren endast bort inse att försäkringsbolaget varit felunderrättat.

Liksom beträffande upplysningsplikten i samband med försäkringens tecknande är det försäkringstagaren som skall underrätta försäkringsbolaget om tidigare lämnade felaktiga uppgifter. Om en försäkrad som inte är försäkringstagare får klart för sig att försäkringsbolaget inte känner till det rätta förhållandet, har han alltså inte i detta avseende någon lagstadgad upplysningsplikt mot försäkringsbolaget. Visar det sig att försäkringstagaren inte har vetat om förhållandet, kan det därför inte komma i fråga att vid ett försäkringsfall sätta ned ersättningen till den försäkrade med stöd av 2 §, oavsett vad denne för sin del har känt till.

Rättelsen skall ske utan oskäligt dröjsmål. Vad som är ett oskäligt dröjsmål får bedömas med hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet, bl.a. försäkringens art och felets betydelse.

2 § Om försäkringstagaren vid fullgörande av sin upplysningsplikt enligt 1 § har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är avtalet ogiltigt enligt vad som sägs i lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område och försäkringsbolaget fritt från ansvar för försäkringsfall som inträffar därefter.

Har försäkringstagaren annars uppsåtligt eller av oaktsamhet lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter vid fullgörande av sin upplysningsplikt enligt 1 §, kan ersättningen sättas ned i fråga om varje försäkrad efter vad som är skäligt med hänsyn till den betydelse förhållandet skulle ha haft för försäkringsbolagets bedömning av risken, det uppsåt eller den oaktsamhet som har förekommit och övriga omständigheter.

(Jfr 4 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger vad som gäller om försäkringstagaren inte har fullgjort sin upplysningsplikt enligt 1 §. Den har vid personförsäkring en motsvarighet i 12 kap. 2 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 9 § första och andra styckena. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.2. – Första stycket har en motsvarighet i 4 § i 1927 års FAL. Andra stycket motsvarar i sak 30 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Stycket hänvisar till avtalslagen, närmast 30 och 33 §§, för fall då försäkringstagaren har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder. Avtalet blir då i allmänhet ogiltigt (jfr dock 39 § avtalslagen). Som uttryckligen framgår av 5 kap. 6 § andra stycket i förevarande lag behöver försäkringsbolaget inte betala tillbaka den del av premien som hänför sig till tiden fram till att avtalet förklaras ogiltigt. Skulle försäkringsbolaget ha utgett försäkringsersättning på grund av det ogiltiga avtalet, blir allmänna principer tillämpliga i fråga om rätten att återkräva ersättningen. Om sveket eller det ohederliga förfarandet har förekommit när försäkringen förnyades, är det bara detta förnyade avtal som blir ogiltigt.

Bestämmelsen behandlar bara sådant svek osv. som består i brott mot upplysningsplikten. Man kan tänka sig svikliga förfaranden av annat slag, liksom andra förfaranden som avses i 3 kap. avtalslagen, i samband med avtalets ingående. Någon tecknar t.ex. brandförsäkring på sin

fastighet med avsikt att senare sätta eld på den och få ut försäkringsbeloppet. Också i dessa fall är avtalslagen naturligtvis tillämplig.

Andra stycket

Bestämmelserna i andra stycket ger försäkringsbolaget rätt att sätta ned försäkringsersättningen om det framkommer att försäkringstagaren i annat fall uppsåtligt eller av oaktsamhet har brutit mot den upplysningsplikt som framgår av 1 §. I stycket nämns särskilt den felaktiga uppgiftens betydelse för försäkringsbolagets riskbedömning, vilket ansluter till den s.k. prorataregeln.

Försäkringsersättningen får inte sättas ned om försäkringstagaren har visat endast ringa oaktsamhet (se 9 §). Än mindre kan det leda till nedsättning om en felaktig uppgift har lämnats i god tro. Blir försäkringstagaren senare införstådd med att en tidigare uppgift inte är riktig och meddelar han inte förhållandet till försäkringsbolaget, kan emellertid ersättningen ibland reduceras (jfr 1 § andra stycket).

Nedsättning förutsätter att försäkringstagaren har brutit mot de förpliktelser som följer av 1 §. Det kan handla om att korrekta besked inte har lämnats till försäkringsbolaget i samband med avtalets ingående, men det kan också röra sig om sådana försummelser under själva försäkringstiden som omtalas i 1 § andra stycket.

Försäkringstagarens försummelse av upplysningsplikten går i princip ut över samtliga försäkrade. Det innebär dock inte att de försäkrade skall behandlas helt lika. Deras närmare förhållanden kan motivera att ersättningen sätts ned i olika omfattning. Om t.ex. en försäkrad har känt till att försäkringsbolaget på en väsentlig punkt varit felinformerad men inte brytt sig om att framföra saken till försäkringsbolaget, kan detta vara en särskild anledning att reducera ersättningen för den personens vidkommande. Samtidigt skall erinras om att bara en försäkrad som också är försäkringstagare har upplysningsplikt enligt 1 §.

Själva upplysningsplikten beror huvudsakligen av de objektiva förhållandena rörande riskbedömning m.m. Försäkringstagarens egen insikt om hur viktig upplysningen är spelar inte någon roll i detta sammanhang, utan det avgörande blir hur en försäkringstagare i allmänhet uppfattar situationen. Däremot kan försäkringstagarens vetskap om uppgiftens betydelse beaktas vid den skälighetsbedömning som skall göras enligt detta stycke. Det framgår av att det uppsåt eller den oaktsamhet som förekommit särskilt nämns i lagtexten. Typiskt sett får man anse situationen allvarligare om det visar sig att försäkringstagaren har varit medveten om att en oriktig uppgift har haft väsentlig betydelse för försäkringsbolagets riskbedömning än om ett felaktigt besked har lämnats utan att försäkringstagaren närmare har funderat på försäkringsbolagets fråga.

Det är inte bara försäkringstagarens subjektiva förhållanden som skall inverka då man överväger nedsättningens omfattning. Enligt paragrafen skall särskilt beaktas dels den betydelse förhållandet skulle ha haft för försäkringsbolagets bedömning av risken, dels övriga omständigheter. Sålunda får man ta hänsyn till om försäkringsbolaget inte skulle ha meddelat försäkring, ifall bolaget fått korrekta uppgifter, eller om försäkringen då skulle ha beviljats på andra villkor.

Om försäkringstagaren försummar att fullgöra en upplysningsplikt som kan anses ha uppkommit under försäkringstiden – t.ex. genom att inte rätta en felaktig uppgift som försäkringsbolaget tidigare har fått från någon annan, t.ex. den försäkrade – har det också betydelse för prövningen i vad mån försäkringsbolaget hade kunnat ändra villkoren om försäkringsbolaget fått de rätta förhållandena klarlagda. Förutsättningarna för villkorsändring under försäkringstiden framgår av 3 kap. 8 §.

Även om försäkringens art inte nämns uttryckligen i förevarande bestämmelse, är det naturligt att detta tillmäts betydelse. Vid försäkringar som avser att ge en grundläggande ekonomisk trygghet finns det anledning att ställa högre krav för att nedsättning skall ske. Ersättning som utgår på grund av t.ex. en hemförsäkring har i allmänhet större betydelse för den försäkrade än den ersättning som kan utgå från en urförsäkring eller liknande. Vid ansvarsförsäkring, som naturligtvis också omfattas av regeln, kan det någon gång vara motiverat att ta viss hänsyn även till den skadelidandes intresse om en långtgående reduktion skulle gå ut över honom.

En felaktig uppgift som inte har haft någon inverkan alls på avtalets innehåll skall inte medföra att ersättningen sätts ned (se 4 §).

Sedan försäkringsbolaget har fått kännedom om ett förhållande som kan medföra frihet från ansvar helt eller delvis på grund av brott mot upplysningsplikten, skall detta meddelas försäkringstagaren och eventuellt andra försäkrade som har framställt ersättningskrav mot försäkringsbolaget (se 10 §).

Det är tänkbart att en konsumentförsäkring förmedlas av en mäklare eller annan mellanman som lämnar upplysningar om risken. Om mäklaren har fullmakt av försäkringstagaren att göra detta, får enligt allmänna avtalsrättsliga principer mäklarens handlande tillräknas försäkringstagaren. Att inte försäkringstagaren utan bara ombudet har handlat svikligt eller mot tro och heder innebär alltså att avtalet blir ogiltigt. Likaså kan ombudets uppsåt eller oaktsamhet resultera i att försäkringsersättningen sätts ned. Vid skälighetsbedömningen enligt andra stycket är det dock möjligt att beakta att försäkringstagaren själv är fri från skuld. På liknande sätt får upplysningar från annan fullmäktig bedömas. I den mån försäkringstagaren på grund av en mäklarens fel går miste om försäkringsersättning eller får denna nedsatt, kan skadestånd utkrävas av mäklaren enligt 14 § lagen om försäkringsmäklare. En försäkringstagare som har varit företrädd av ett ombud av annat slag kan i motsvarande situation också ha rätt till ersättning av ombudet.

Fareökning

3 § Försäkringsbolaget får föreskriva i avtalsvillkoren att försäkringstagaren utan oskäligt uppehåll skall anmäla till bolaget om ett förhållande som har angivits i avtalet och som är av väsentlig betydelse för risken ändras. Om försäkringstagaren försummar att göra en sådan anmälan, kan ersättningen från försäkringen sättas ned i fråga om varje försäkrad enligt vad som sägs i 2 § andra stycket.

Av 2 kap. 8 § framgår att ett villkor om anmälningsskyldighet enligt första stycket i vissa fall inte får återopas av försäkringsbolaget om det inte särskilt har framhållits för försäkringstagaren. Ett sådant villkor får inte heller återopas om försäkringsbolaget i samband med krav på premien när försäkringen förnyas låter bli att upplysa försäkringstagaren om anmälningsskyldigheten och om följderna av att denna inte fullgörs.

(Jfr 4 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar underlåtenhet att göra föreskriven anmälan om fareökning. Den har vid personförsäkring viss motsvarighet i 12 kap. 6 och 7 §§. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 10 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.3. – Bestämmelsen har viss motsvarighet i 31 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Bestämmelserna i första stycket innebär att försäkringsbolaget i avtalet kan ange ett särskilt förhållande som har väsentlig betydelse för risken och ålägga försäkringstagaren att under försäkringstiden anmäla om detta förhållande ändras så att risken ökar. Reglerna tar i första hand sikte på sådant som har omedelbar betydelse för risken för försäkringsfall, t.ex. att man i en försäkrad byggnad sätter igång med en brandfarlig verksamhet av visst angivet slag. Under paragrafen faller också t.ex. ett villkor som ålägger försäkringstagaren att anmäla en ökad körsträcka med ett försäkrat motorfordon.

Försäkringsbolaget får alltså inte i generella termer ålägga försäkringstagaren att anmäla varje förhållande som påverkar risken utan måste ange någon mera konkret omständighet, t.ex. att försäkrad egendom används på ett visst sätt. Det måste vidare röra sig om ett förhållande som är av väsentlig betydelse för risken.

Försäkringstagaren har en efter omständigheterna anpassad tid på sig att anmäla förhållandet till försäkringsbolaget. Försäkringsbolaget skall sålunda utan oskäligt uppehåll meddelas om riskökningen. Vad som är tillräckligt snabbt beror på omständigheterna i det enskilda fallet. Vid en mera betydande riskökning kan det vara särskilt angeläget att anmälan sker utan uppskov.

Om försäkringstagaren uppsåtligen eller av oaktsamhet (som inte är ringa, jfr 9 §) låter bli att meddela försäkringsbolaget en riskökning, får ersättningen sättas ned efter en skälighetsbedömning enligt 2 § andra stycket. Av betydelse för nedsättningsfrågan är bl.a. hur pass allvarlig försummelsen är. Försäkringstagarens insikt om förhållandets betydelse för risken får betydelse då man bedömer frågan om nedsättningens storlek. Vidare kan sambandet mellan riskökningen och försäkringsfallet inverka. På samma sätt som vid andra brott mot upplysningsplikten bör ersättningen från konsumentförsäkringen i regel inte sättas ned om det saknas ett orsakssamband. För att nedsättning skall kunna komma i fråga bör rimligen krävas att den underlåtna upplysningen fått betydelse för premien eller andra villkor, i allmänhet genom att de skulle ha ändrats i samband med att försäkringen förnyats.

Det är utan betydelse för frågan om nedsättning kan ske om det är försäkringstagaren själv eller någon annan som är försäkrad. Liksom beträffande upplysningsplikten i övrigt kan varje försäkrad drabbas av nedsättning till följd av försäkringstagarens försummelse. På liknande sätt som då 2 § andra stycket är tillämpligt är det tänkbart att vid ansvarsförsäkring ta viss hänsyn också till den skadelidandes intresse vid skälighetsbedömningen.

Ofta bör man också beakta vem som har föranlett riskökningen. I allmänhet får man se allvarigare på situationen om det är försäkringsstagaren själv som är ansvarig för denna. Dessutom kan man fästa avseende vid hur snabbt riskökningen har anmälts.

Även när det gäller försummad anmälningsplikt enligt denna paragraf kan det inträffa att försäkringstagaren får svara för en befullmäktigad mäklares eller annan mellanmans oaktsamhet (jfr kommentaren till 2 §).

Andra stycket

I *första meningen* i andra stycket finns en erinran om 2 kap. 8 §. Av den paragrafen framgår att ett villkor om anmälningsskyldighet enligt första stycket i vissa fall inte får åberopas av försäkringsbolaget om det inte särskilt har framhållits för försäkringstagaren.

I *andra meningen* anges ytterligare en förutsättning för att ett villkor om anmälningsskyldighet skall få åberopas – alltså för att nedsättning av ersättningen skall få ske när en fareökning inte har anmälts av försäkringstagaren. Situationen är här den att nedsättningsfrågan aktualiseras efter förnyelse av försäkringen. Förutsättningen är att försäkringsbolaget i samband med krav på premien när försäkringen förnyas upplyser försäkringstagaren om anmälningsskyldigheten och konsekvenserna av att den inte fullgörs.

När ersättningen inte får sättas ned

4 § Ersättningen får inte sättas ned enligt 2 § andra stycket eller enligt 3 § första stycket, om försäkringsbolaget när avtalet träffades insåg eller borde ha insett att lämnade uppgifter var oriktiga eller ofullständiga. Detsamma gäller om de oriktiga eller ofullständiga upplysningarna saknade eller senare har upphört att ha betydelse för avtalets innehåll.

(Jfr 4 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen begränsar försäkringsbolagets möjligheter att åberopa brott mot upplysningsplikten. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 12 kap. 4 § första stycket. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 9 § tredje stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.2. – Paragrafen motsvarar i sak 9 § i 1927 års FAL. Den har ingen uttrycklig motsvarighet i 1980 års KFL.

Brott mot upplysningsplikten får enligt *första meningen* inte åberopas av ett försäkringsbolag som inser eller borde inse att de uppgifter som har lämnats var oriktiga eller ofullständiga.

Bestämmelsen tar sikte inte bara på upplysningsplikten då försäkringsavtalet ingås utan också på de fall då försäkringstagaren har en skyldighet att under försäkringstiden lämna korrigering till försäkringsbolaget, bl.a. då försäkringstagaren blir medveten om att försäkringsbolaget tidigare har fått fel besked om förhållanden som är viktiga för riskbedömningen. Under bestämmelsen ryms också det fallet att försäkringstagaren låter bli att meddela vissa riskändringar enligt 3 §. Om försäkringsbolaget genom någon annan än försäkringstagaren har fått kännedom om en riskökning, kan det inte komma i fråga att sätta ned

ersättningen, även om försäkringstagaren låter bli att meddela förhållandet till försäkringsbolaget.

Bestämmelsen är avsedd att motivera försäkringsbolaget att noga kontrollera de uppgifter som försäkringstagaren lämnar om de har betydelse för riskbedömningen. Ett oklart svar från försäkringstagaren på en fråga får leda till kompletterande frågor från försäkringsbolagets sida.

Det avgörande för om nedsättning skall få ske är om försäkringsbolaget insåg eller borde ha insett de rätta förhållandena vid avtalstidpunkten. Att försäkringsbolaget får kännedom om de rätta förhållandena efter att avtalet har träffats saknar betydelse, dvs. nedsättning av ersättningen får ändå ske.

Ett praktiskt viktigt fall där försäkringsbolaget torde i vart fall ha bort inse de rätta förhållandena är när bolaget på annat vis redan har tillgång till riktiga uppgifter. När uppgiften inte har kommit fram till den som fattar beslutet, bör i vart fall krävas att uppgiften finns på en plats där försäkringsbolaget rimligen bort söka efter den eller att den är känd för någon som har anledning att se till att den kan beaktas vid prövningen av ansökan. Här får man också ta hänsyn till storleken och arten av den försäkring det gäller samt i vilken mån försäkringstagarens uppgifter har gett försäkringsbolaget anledning till särskild vaksamhet. Vad angår fallet att den riktiga uppgiften finns i handlingarna rörande en tidigare försäkring torde man visserligen inte kunna begära att försäkringsbolaget rutinemässigt skall leta fram handlingarna till redan avslutade försäkringar, men äldre handlingar som finns bevarade bör tas fram åtminstone om den nya försäkringen skall avlösa en tidigare försäkring eller om försäkringstagaren annars nämner att han tidigare har varit försäkrad hos försäkringsbolaget. Försäkringstagaren kan då ha anledning att utgå från att försäkringsbolaget på nytt tar del av de gamla handlingarna och att alla uppgifter som lämnades där därför inte behöver upprepas.

Enligt *andra meningen* får ersättningen inte heller sättas ned när de oriktiga eller ofullständiga upplysningarna redan från början, vid avtalets ingående, saknade betydelse för avtalets innehåll. Bestämmelsen blir bl.a. vidare tillämplig i det fallet att försäkringsbolaget enligt sin praxis inte brukar tillmäta en kanske i och för sig viktig omständighet någon betydelse för premien eller villkoren i övrigt när försäkringen meddelas. Även om försäkringstagaren har lämnat en felaktig uppgift, kan detta vidare inte leda till nedsättning, om uppgiften sedermera kommit att stämma överens med det verkliga förhållandet eller annars har upphört att ha betydelse för avtalets innehåll. Försäkringsbolaget kan t.ex. vid avtalsslutet ha fått ett oriktigt besked om att det i en försäkrad byggnad finns ett brand- eller inbrottslarm. Om det visar sig att ett sådant har installerats efter att avtalet träffats men före försäkringsfallet, kan försäkring ersättningen inte sättas ned.

En ytterligare situation då försäkringsbolaget saknar möjlighet att åberopa att lämnade uppgifter är felaktiga eller ofullständiga är då försäkringsbolaget efter avtalets ingående får kännedom om förhållandet men låter bli att i tid underrätta försäkringstagaren om det (se 10 §).

Framkallande av försäkringsfall

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

Har den försäkrade genom grov vårdslöshet framkallat ett försäkringsfall eller förvärrat dess följder, kan ersättningen sättas ned såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till hans förhållanden och omständigheterna i övrigt. Detsamma gäller om den försäkrade annars måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om att detta innebar en betydande risk för att skadan skulle inträffa.

Om det finns särskilda skäl på grund av försäkringens art, får försäkringsbolaget göra förbehåll i villkoren om att ersättningen får sättas ned enligt andra stycket även vid sådan vårdslöshet som inte är grov.

(Jfr 4 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets ansvar när den försäkrade uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet har framkallat eller förvärrat följderna av ett försäkringsfall. – Paragrafen har för personförsäkring sin motsvarighet i 12 kap. 8 och 9 §§. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 11 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.4. – Paragrafen har en motsvarighet i 32 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Ersättning till den försäkrade skall inte betalas ur försäkringen, om den försäkrade uppsåtligen framkallar försäkringsfallet. Det gäller oavsett om det är fråga om en egendomsförsäkring eller en ansvarsförsäkring. Försäkringsbolaget kan dock vara skyldigt att utge ersättning till en annan försäkrad, om inte denne kan anses medskyldig eller identifikationsreglerna i 8 § blir tillämpliga.

Försäkringsbolaget kan också vägra ersättning med stöd av paragrafen i den mån den försäkrade uppsåtligen har förvärrat följderna av försäkringsfallet, normalt för att få ut en större ersättning än annars. Sedan brand har uppstått i en försäkrad fastighet öppnar t.ex. den försäkrade vissa dörrar för att få större spridning på branden. Till den del skadan har orsakats av den försäkrades förvärrande åtgärder utgår inte någon ersättning.

Att den försäkrade uppsåtligen har brutit mot en säkerhetsföreskrift behöver inte innebära att skadan har framkallats eller förvärrats med uppsåt (jfr 6 §). – Om det är fråga om ren underlåtenhet på den försäkrades sida, t.ex. att denne vid brand avstår från att tillkalla brandkåren, torde det i allmänhet röra sig om brott mot räddningsplikten, varvid nedsättningsfrågan avgörs med stöd av 7 §.

Av 9 § första stycket 3 följer att försäkringsersättningen inte får sättas ned i den mån skadan är en följd av att den försäkrade har handlat försvarligt i en nödsituation.

Andra stycket

I andra stycket ges bestämmelser om försäkringsbolagets möjligheter att sätta ned ersättningen till den försäkrade då denne har framkallat försäkringsfallet genom grov vårdslöshet eller jämförbart handlande.

Begreppet grov vårdslöshet preciseras inte i lagen. Avsikten är att det skall ges samma innehåll som annars på försäkringsrättens område.

Ersättningen kan i vissa fall sättas ned, även om den försäkrade inte kan anses ha varit grovt vårdslös i gängse mening. Det kan ske om den försäkrade måste anses ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om att förhållandet innebar en betydande risk för att skadan skulle inträffa. Ett sådant förfarande får ibland anses innefatta grov vårdslöshet, ibland inte.

Om det i och för sig finns förutsättningar att sätta ned ersättningen, får man pröva i vilken grad detta bör ske. Vid denna skälighetsbedömning får i första hand beaktas hur pass vårdslös den försäkrade har varit, försäkringens art samt följder som drabbar den försäkrade vid sidan av den nedsättning som försäkringsbolaget kan göra. Vid t.ex. omfattande bränder är det vanligt att den försäkrade råkar ut för betydande olägenheter som inte kan ersättas ens om försäkringen gäller fullt ut. Skulle den försäkrade träffas av en kännbar straffrättslig påföljd med anledning av händelsen, t.ex. genom att dömas för allmänfarlig vårdslöshet, kan också detta vara ett skäl att göra en mindre nedsättning än annars. Av betydelse vid bedömningen är även hur sannolik risken för skadefall var och hur stora värden som stod på spel, något som ju påverkar graden av den försäkrades skuld. Därvid spelar det en viktig roll om handlandet har medfört fara för personskada, något som i första hand blir aktuellt vid ansvarsförsäkring. I fråga om innebörden av begreppet omständigheterna i övrigt, däribland betydelsen av försäkringens art, kan också hänvisas till vad som har sagts i kommentaren till 2 § andra stycket. Här liksom annars innebär nedsättning av ersättningen att vid speciellt allvarliga överträdelser ersättningen kan bestämmas till noll.

Enligt 9 § första stycket 2 får nedsättning inte alls ske bl.a. om den som har framkallat försäkringsfallet var under tolv år. Även i övrigt kan det dock vara skäl att vid paragrafens tillämpning beakta den försäkrades ålder, liksom hans grad av mognad.

Rörande ansvarsförsäkring, se 9 § andra stycket.

Tredje stycket

I tredje stycket finns en bestämmelse om nedsättning av försäkringsersättningen vid sådan vårdslöshet som inte är grov och som inte heller kan jämföras därmed. Försäkringsbolaget får beträffande detta fall göra förbehåll i villkoren om nedsättning liksom enligt andra stycket, om särskilda skäl föreligger på grund av försäkringens art. Utan ett sådant förbehåll får ersättningen inte sättas ned.

Hänvisningen till försäkringens art tar i första hand sikte på s.k. allriskförsäkring (en försäkring som utan att vara heltäckande ändå ger ett mycket omfattande försäkringsskydd), men det är tänkbart att ett förbehåll kan godtas även vid vissa andra konsumentförsäkringar, t.ex. djurförsäkringar och andra specialförsäkringar av lösa saker av särskilt slag.

Enligt 9 § första stycket 1 kan nedsättning aldrig ske på grund av ringa oaktsamhet. Ett villkor som föreskriver sådan nedsättning saknar därför verkan.

Säkerhetsföreskrifter

6 § Om den försäkrade vid försäkringsfallet har försummat att följa en säkerhetsföreskrift som tydligt framgår av försäkringsvillkoren eller av en författning som villkoren hänvisar till, kan ersättningen från försäkringen sättas ned såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till förhållandets samband med den inträffade skadan, det uppsåt eller den vårdslöshet som har förekommit och omständigheterna i övrigt.

Med säkerhetsföreskrift avses en föreskrift om vissa bestämda handlingssätt eller anordningar som är ägnade att förebygga eller begränsa skada eller om vissa bestämda kvalifikationer hos den försäkrade eller dennes anställda eller andra medhjälpare.

(Jfr 4 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar rättsverkningarna av att den försäkrade har åsidosatt en s.k. säkerhetsföreskrift. Sådana föreskrifter har till syfte att hindra att försäkringsfall inträffar eller i varje fall inte får större omfattning än nödvändigt. – Paragrafen har ingen motsvarighet vid personförsäkring. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 12 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.5. – Första stycket motsvaras i sak väsentligen av 31 § första stycket i 1980 års KFL.

Första stycket

För att reglerna om nedsättning av försäkringsersättningen på grund av brott mot säkerhetsföreskrifter skall tillämpas skall säkerhetsföreskriften i fråga tydligt framgå av försäkringsvillkoren. Med försäkringsvillkor avses då alla bestämmelser i försäkringsavtalet, inte endast sådana standardformulär som betecknas villkor. Även sådana säkerhetsföreskrifter som intas i ett försäkringsbrev utgör alltså försäkringsvillkor i paragrafens mening.

Om den försäkrade har vissa mera preciserade skyldigheter enligt en författning och bestämmelserna stämmer överens med lagens definition på en säkerhetsföreskrift, kan försäkringsbolaget i villkoren direkt hänvisa till författningen. På detta vis blir reglerna om säkerhetsföreskrifter tillämpliga också i sådana fall. Brott mot författningssenliga säkerhetsföreskrifter medför alltså inte omedelbart att försäkringsbolaget har rätt att sätta ned ersättningen, det krävs liksom annars en hänvisning i villkoren. En säkerhetsföreskrift som anges i en författning behöver dock inte upprepas i villkoren, en tydlig hänvisning räcker. Om den försäkrade i ett sådant fall förbiser föreskriften, kan emellertid oaktsamheten ibland bedömas som ringa, vilket leder till att oreducerad ersättning skall utgå vid försäkringsfall (9 § första stycket 1). Särskilt gäller detta om säkerhetsföreskriften är svår att läsa ut av materialet. Även annars spelar det en roll för skälighetsbedömningen om försäkringsbolaget klart har markerat bestämmelsens vikt.

Den som drabbas av nedsättning kan vara någon annan än försäkringstagaren. På samma vis som då försäkringsfallet har framkallats eller förvärrats av den försäkrade är det i princip endast ersättningen till den direkt ansvarige som kan sättas ned då en säkerhetsföreskrift inte har efterlevts. En annan försäkrad som inte själv är ansvarig för att föreskriften har eftersatts behöver därför inte räkna med nedsättning.

Om det finns förutsättningar att sätta ned ersättningen, skall det alltså göras en skälighetsbedömning. Vid denna skall sambandet mellan

försummelsen och den inträffade skadan, graden av uppsåt eller vårdslöshet samt övriga omständigheter beaktas.

Samband mellan försummelsen och den inträffade skadan kan finnas på olika sätt. Ibland påverkar försummelsen själva försäkringsfallet, medan i andra situationer det inte finns något sådant samband men däremot en koppling mellan försummelsen och skadeverkningarna. Blixten kan slå ned och antända en byggnad utan inverkan av att den försäkrade har försummat att följa någon säkerhetsföreskrift. Om den försäkrade emellertid i strid mot meddelade villkor har förvarat brandfarligt material i byggnaden och det får till följd att skadan blir mera omfattande än eljest, kan det motivera nedsättning.

Särskilt när den försäkrade medvetet har brutit mot ett villkor finns det anledning att sätta ned ersättningen. Som försvårande måste anses om den försäkrade under en längre tid och kanske trots flera påpekanden inte brytt sig om att uppfylla villkoret.

Vad gäller försäkringens art och dess betydelse för en eventuell nedsättning kan man göra väsentligen samma bedömning som vid brott mot upplysningsplikten (se kommentaren till 2 § andra stycket). – Utan att det nämns särskilt i lagen är det naturligt att man också då det gäller säkerhetsföreskrifter beaktar de konsekvenser som försäkringsfallet i övrigt har för den försäkrade, t.ex. om försummelsen skulle resultera i en straffrättslig påföljd (jfr kommentaren till 5 §) eller om en nedsättning av ersättningen skulle drabba den försäkrade hårt.

Andra stycket

I detta stycke klargörs vad som avses med en säkerhetsföreskrift. Det är vid konsumentförsäkring normalt fråga om villkor om att den försäkrade iakttar vissa handlingssätt eller som ställer krav på att det finns vissa anordningar för att förebygga eller begränsa skada. Det kan gälla villkor om att en försäkrad bostad skall vara försedd med anordningar av visst slag, t.ex. lås av viss typ eller vissa brandsläckningsanordningar, eller att bostaden skall låsas under dagtid då man inte vistas i den.

Viktiga säkerhetsföreskrifter skall enligt 2 kap. 4 § andra stycket 4 framhållas särskilt i den information som skall lämnas snarast efter att försäkringsavtalet har ingåtts.

Den försäkrades räddningsplikt

7 § När ett försäkringsfall inträffar eller kan befaras vara omedelbart förestående, skall den försäkrade efter förmåga vidta åtgärder för att hindra eller minska skadan och, om någon annan är ersättningsskyldig, för att bevara den rätt försäkringsbolaget kan ha mot denne.

Har den försäkrade uppsåtligen åsidosatt sina skyldigheter enligt första stycket, kan ersättningen sättas ned såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till hans förhållanden och omständigheterna i övrigt. Detsamma gäller om den försäkrade har åsidosatt sina skyldigheter med vetskap om att det innebar en betydande risk för att skadan skulle inträffa eller annars genom grov vårdslöshet.

(Jfr 4 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen innehåller bestämmelser om den försäkrades räddningsplikt. Reglerna förutsätter inte att försäkringsbolaget har föreskrifter om

räddningsplikt i villkoren. Paragrafen har ingen motsvarighet vid personförsäkring. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 13 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.6. – Paragrafen har viss motsvarighet i 52 § 1927 års FAL men ingen motsvarighet i 1980 års KFL.

Första stycket

Det åligger den försäkrade att både försöka hindra att försäkringsfall alls inträffar och att begränsa skada som uppkommer. Dessutom gäller en skyldighet att bevara möjligheten för försäkringsbolaget att återkräva utbetald ersättning av en eventuell skadeståndsskyldig. I detta ligger att den försäkrade bör försöka få fram uppgifter om den ansvarige när detta inte möter särskilda hinder. Den försäkrade kan också vara skyldig att sakra bevisning så att försäkringsbolaget, om bolaget så önskar, kan framställa regresskrav. Vidare får den försäkrade inte utan försäkringsbolagets medgivande avtala bort sin rätt mot den ansvarige.

Omfattningen av räddningsplikten står i relation bl.a. till den försäkrades förmåga, vilket gör det möjligt att beakta dennes speciella förutsättningar att handla. En villabrand kan bli en sådan chock för den försäkrade att det inte rimligen kan begäras att denne omedelbart efter upptäckten tillkallar brandkåren. Och skulle den försäkrade skadas allvarligt i samband med branden, får man i regel acceptera att han över huvud taget inte vidtar några åtgärder för att branden skall släckas.

Andra stycket

Om den försäkrade åsidosätter räddningsplikten uppsåtligen, blir det aktuellt att sätta ned ersättningen. Detsamma gäller om den försäkrade bryter mot räddningsplikten genom grov vårdslöshet eller annars förstår att i det finns en betydande risk för att skadan skall inträffa om räddningsplikten åsidosätts. Ser den försäkrade exempelvis att hans hus börjar brinna och inte vidtar några åtgärder för att begränsa branden, får detta normalt anses innebära ett uppsåtligt brott mot räddningsplikten. Det gäller i vart fall om den försäkrade förstått att räddningsåtgärder från hans sida kunnat begränsa skadorna och därför inte gjorde vad han bort göra, trots att han borde ha haft förmåga att göra det. Föreligger inte sådant uppsåt, kan ersättningen ändå sättas ned, om den försäkrade förstod att passiviteten medförde betydande risk för en viss skada. Detta jämföras i bestämmelsen med grov vårdslöshet. Grov vårdslöshet kan dock ibland föreligga även i vissa andra fall, t.ex. när den försäkrade nonchalerar sina eventuella skyldigheter på ett sätt som visar att han är likgiltig för dem. Försummar den försäkrade av förbiseende en räddningsåtgärd – t.ex. genom att i uppståndelsen glömma att en släckningsapparat är tillgänglig – blir inte paragrafen tillämplig, även om förbiseendet inte kan anses ursäktligt. Vanlig vårdslöshet skall sålunda inte reducera ersättningen.

I vad mån ersättningen skall begränsas skall även vid brott mot räddningsplikten avgöras efter en skälighetsbedömning. Här kan till stor del hänvisas till vad som i denna del sägs i kommentaren till 5 §.

Om den försäkrade har åsidosatt sina förpliktelser men försummelsen inte fått någon betydelse för skadan – t. ex. därför att någon annan har ingripit – bör ersättningen inte reduceras.

Det är endast ersättningen till den ansvarige som kan sättas ned. En annan försäkrad, som inte själv har brutit mot några förpliktelser och som inte enligt 8 § skall identifieras med den försumlige, skall alltså få full ersättning.

En försäkrad, som drabbas av vissa kostnader i samband med att räddningsplikten fullgörs, kan ha rätt till ersättning av försäkringsbolaget med stöd av 6 kap. 5 §.

Ibland kan det vara svårt att hålla isär underlåtenhet att iaktta räddningsplikten från framkallande av försäkringsfallet (5 §). I allmänhet är det naturligt att bedömningen blir mindre sträng när det enbart är fråga om ett åsidosättande av räddningsplikten, men någon gång kan förfarandena framstå som likvärdiga. Som regel är det inte nödvändigt att bestämma vilken av de två paragraferna, 5 eller 7 §, som är tillämplig. Ersättningen skall sättas ned efter i stort sett samma kriterier. Emellanåt får det emellertid betydelse för resultatet vilken bestämmelse som är tillämplig. Enligt 5 § skall ingen ersättning alls betalas vid uppsåtligt framkallande av försäkringsfallet eller uppsåtligt förvärrande av dess följder. Vid uppsåtligt åsidosättande av räddningsplikten kan däremot viss ersättning utgå. Vidare kan vanlig vårdslöshet leda till nedsättning vid framkallande och förvärrande av försäkringsfall när det gäller vissa särskilda försäkringar, om det föreskrivits i villkoren. Vanligt vårdslöst åsidosättande av räddningsplikten får vid konsumentförsäkring aldrig leda till nedsättning av ersättningen.

Rörande ansvarsförsäkring, se 9 § andra stycket.

Identifikation med den försäkrade

8 § Om det anges i försäkringsvillkoren, skall i fall som avses i 5–7 §§ med den försäkrades handlande likställas handlande av

1. den som med den försäkrades samtycke har tillsyn över den försäkrade egendomen och
2. den försäkrades make och sambo och, i fall som avses i 6 §, även annan familjemedlem, när den försäkrade egendomen utgör gemensam årsbostad eller fritidsbostad eller bohag i en sådan bostad.

(Jfr 4 kap. 8 § promemorian och SkFL.)

Enligt paragrafen kan försäkringsbolaget med stöd av förbehåll i villkoren i vissa situationer sätta ned försäkringsersättningen om någon som står i viss relation till den försäkrade inte har iakttagit en förpliktelse som följer av försäkringen. Paragrafen har ingen motsvarighet vid personförsäkring. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 14 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.7. Den har viss motsvarighet i 31 § andra stycket i 1980 års KFL.

Huvudregeln är att det bara är den försäkrades eget handlande som kan leda till nedsättning av försäkringsersättning. Att någon annan handlar med den försäkrades samtycke (och alltså inte bara har tillsyn över egendom) får dock utan uttrycklig regel om detta jämnställas med hand-

lande av den försäkrade. Det förutsätts då att samtycket avser just den handling som utgör grund för nedsättning av försäkringsersättningen. Eftersom bestämmelserna är tvingande, får försäkringsbolaget vidare inte föreskriva identifikation med andra personer än dem som nämns i paragrafen.

Paragrafen tar sikte på förpliktelser som gäller för den försäkrade – alltså vid framkallande av försäkringsfall, brott mot säkerhetsföreskrifter och åsidosättande av räddningsplikt. Det finns inga motsvarande regler om identifikation när det gäller åsidosättande av upplysningsplikten, som ju gäller bara för försäkringstagaren (1–3 §§).

För att identifikation skall kunna ske krävs alltså ett förbehåll i villkoren. Ett sådant förbehåll skall vara så tydligt att det utan svårighet kan utläsas vilken kategori eller vilka kategorier av personer som åsyftas. Det innebär inte att några namn måste anges. Det räcker att det föreskrivs att exempelvis den som har tillsyn över egendomen skall iaktta en säkerhetsföreskrift samt att dennes handlande skall likställas med handlande av den försäkrade själv. I princip krävs det en uttrycklig föreskrift om identifikation, och det är således inte tillräckligt att föreskriften anger bara att vissa personer är skyldiga att handla på visst sätt.

Bestämmelsen i *punkt 1* innebär att identifikation skall ske med den som har tillsyn över den försäkrade egendomen med den försäkrades samtycke. Den försäkrade behöver inte ha lämnat ett uttryckligt medgivande till omhändertagandet vid varje enskilt tillfälle, utan det räcker att någon exempelvis tillåts att regelbundet utnyttja den försäkrades egendom (t.ex. en bil, något som är vanligt familjemedlemmar emellan).

Såvitt gäller makar och sambor ges i *punkt 2* identifikationsregler som rör bostad och bohag. Med make likställs registrerad partner (se 3 kap. 1 § första stycket lagen [1994:117] om registrerat partnerskap). Med sambo avses en person som stadigvarande bor tillsammans med den försäkrade i ett parförhållande och har gemensamt hushåll med denne (jfr 1 § i 2003 års sambolag).

Identifikationsreglerna i andra punkten kan tillämpas mellan makar även om det pågår ett mål om äktenskapsskillnad mellan dem. I allmänhet har bägge makarna då fortfarande intresse av att försäkringsersättning betalas ut om det inträffar ett försäkringsfall. Om någon av dem mer eller mindre medvetet försummar vården av den andra makens egendom eller kanske t.o.m. uppsåtligt skadar denna, kan detta beaktas vid den skälighetsbedömning som skall göras då ersättningen bestäms.

Uttrycket gemensam bostad definieras i äktenskapsbalken och i sambolagen och är avsett att ha samma innebörd som där. Det ställs i förevarande bestämmelse inte något krav på att bohaget skall vara gemensamt utan bara att det förekommer i en gemensam bostad.

Reglerna om identifikation är också tillämpliga i förhållande till andra familjemedlemmar, dock bara om en säkerhetsföreskrift har åsidosatts (därför hänvisningen till 6 §). Ett typiskt exempel är att ett barn i familjen glömmar att låsa bostaden, varefter det sker en stöld i denna. Reglerna om begränsning av försäkringsbolagets ansvar utgår dock från att varje försäkrad i princip skall svara endast för egen försummelse. Mot den bakgrunden är det meningen att begreppet annan familjemedlem i andra punkten skall tolkas restriktivt. Vad som i allmänhet kommer i

fråga är att med den försäkrade jämställa dennes barn, föräldrar och syskon.

Däremot får en makes, sambos eller annan familjemedlems handlande inte någon betydelse när det gäller försäkring av annan egendom, t.ex. av familjens båt (som alltså inte utgör bohag i lagens mening) eller djur. Det bör också framhållas att vid skada på bostad eller bohag identifikation i vissa fall kan förekomma även med stöd av reglerna i första punkten.

När det är någon annan som har åsidosatt en förpliktelse än den med vilken identifikation skall ske enligt försäkringsvillkoren, kan försummelsen gå ut över den försäkrade endast om den kan tillräknas denne som oaktsamhet att anlita vederbörande och oaktsamheten är sådan att den enligt 5–7 §§ kan medföra nedsättning av ersättningen.

Vid identifikation skall rätten till ersättning prövas med stöd av 5–7 §§. Om försäkringsersättning inte är helt utesluten exempelvis därför att någon har framkallat en skada uppsåtligen, kan ersättningen sättas ned efter vad som är skäligt. Man bör då ta hänsyn till bl.a. det förhållandet att det inte är den försäkrade själv har varit försumlig. Typiskt sett är det då identifikationsreglerna tillämpas motiverat att ersättningen inte sätts ned lika mycket som när skadan har orsakats av den försäkrade själv.

Av 9 § första stycket 2 framgår att ersättningen inte skall sättas ned på grund av handlande av den som var under inflytande av en allvarlig psykisk störning eller som var under tolv år. Detsamma gäller enligt 9 § första stycket 3 försvarliga handlingar i vissa nödlägen och enligt 9 § första stycket 1 vid ringa oaktsamhet. Dessa regler gäller även vid tillämpning av bestämmelserna om identifikation.

Undantag från bestämmelserna om begränsning av försäkringsbolagets ansvar

9 § Ersättning får inte sättas ned enligt detta kapitel på grund av

1. ringa oaktsamhet,
2. handlande av någon som var allvarligt psykiskt störd eller som var under tolv år eller
3. handlande som avsåg att förebygga skada på person eller egendom i sådant nödläge att handlandet var försvarligt.

Vid ansvarsförsäkring tillämpas inte bestämmelserna om nedsättning av ersättning i 5 § andra stycket, 6 och 7 §§ i förhållande till den skadelidande. Om den försäkrade inte enligt någon författning är skyldig att ha ansvarsförsäkring som omfattar skadan, är försäkringsbolaget skyldigt att lämna ersättning bara i den utsträckning denna inte kan utges av den försäkrade.

(Jfr 4 kap. 9 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver vissa undantag från de tidigare reglerna om att ersättning kan nedsättas. Första stycket 2 har viss motsvarighet i 12 kap. 8 § tredje stycket och 10 §, men paragrafen har i övrigt ingen motsvarighet vid personförsäkring. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 15 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.8. – Paragrafen har viss motsvarighet i 33 § första stycket i 1980 års KFL.

Enligt olika paragrafer i detta kapitel kan försäkringsbolaget under vissa förutsättningar sätta ned försäkring ersättningen – eventuellt till noll – om försäkringstagaren eller den försäkrade har åsidosatt sina förpliktelser.

Försäkringsbolaget får inte i något fall reducera ersättningen, om det endast är fråga om ringa oaktsamhet. Detta framgår av *punkt 1*. Regeln gäller också i förhållande till den som enligt 8 § skall identifieras med den försäkrade. Bestämmelsen om ringa oaktsamhet blir i praktiken tillämplig främst då någon har brutit mot 2, 3 och 6 §§.

Vid bedömningen av om ett visst beteende skall anses som ringa oaktsamhet skall situationen i dess helhet beaktas. Vid brott mot en säkerhetsföreskrift får hänsyn tas till bl.a. hur pass aktuell föreskriften kan ha varit för den försäkrade och under vilka förhållanden den har överträtts. Helt tillfälliga smärre förbiseenden och misstag är typiskt sett uttryck bara för ringa oaktsamhet, även om de råkar leda till skada. Har den försäkrade i strid mot villkoren t.ex. lämnat en försäkrad bostad olåst under en kortare stund, torde försummelsen i regel böra bedömas som ringa, i varje fall om det inte har funnits någon större risk för inbrott. Saken torde ses på samma sätt om den försäkrade tillfälligt har förvarat för mycket brandfarligt material i sin bostad, i varje fall om det inte har funnits någon särskild anledning att anta att förvaringen innebar en omedelbar risk för skada. Vid bedömningen är det dock lämpligt att man också fäster avseende vid bl.a. värdet av försäkrad egendom.

Vid motorfordonsförsäkring förekommer det villkor enligt vilka fordonet alltid skall vara låst då det lämnas. Att försumma ett sådant villkor kan sällan anses som ringa oaktsamhet.

Enligt *punkt 2* kan nedsättning inte heller ske då den som har åsidosatt förpliktelsen var allvarligt psykiskt störd eller var under tolv år. Det är förhållandena vid tidpunkten då den aktuella handlingen företogs eller skulle ha företagits, t.ex. när oriktiga upplysningar lämnades till försäkringsbolaget eller när försäkringsfallet framkallades, som är avgörande.

Som nyss har berörts avser paragrafen också handlande av den som enligt 8 § skall likställas med den försäkrade. Om den försäkrade själv har medverkat till att exempelvis en säkerhetsföreskrift satts åt sidan av ett barn – en dörr har t.ex. fått stå olåst – kan naturligtvis ersättningen ibland sättas ned på grund av den försäkrades eget förhållande.

Nedsättning tillåts enligt *punkt 3* inte heller när någon visserligen har brutit mot sina förpliktelser mot försäkringsbolaget på ett sätt som i allmänhet innebär att ersättningen begränsas men i ett sådant nödläge – då det gällt att hindra eller begränsa skada på person eller egendom – att handlandet var försvarligt. Den vidtagna åtgärden behöver inte nödvändigtvis ha varit den lämpligaste. Det är tillräckligt att den varit försvarlig i den uppkomna situationen. Man har alltså möjlighet att ta hänsyn till förhållandena i det enskilda fallet, t.ex. hur pass allvarlig skada som kunde antas uppkomma om den försäkrade handlade annorlunda. Har en händelse varit svårbedömbär eller pressande för den försäkrade, kan det motivera att man lättare bedömer förfarandet som försvarligt.

När det gäller bevisbördan för att ett nödläge har förelegat kan det finnas anledning att resonera på ungefär samma sätt som när den försäkrade påstår att ett försäkringsfall har inträffat (jfr rättsfallen NJA 1984 s. 501 I och II). En försäkrad som tydligen medvetet har brutit mot en säkerhetsföreskrift skulle t.ex. behöva visa att det skett i nöd för att hindra en skada. När det gäller kraven på bevisningen får det emellertid som regel anses tillräckligt att det görs mera troligt att det har förelegat en nödsituation än att så inte varit fallet.

Andra stycket

Det finns en skillnad mellan å ena sidan reglerna om framkallande av försäkringsfallet, säkerhetsföreskrifter och räddningsplikt (5–7 §§), och å andra sidan reglerna om upplysnings- och anmälningsplikt (2 och 3 §§). Är det fråga om en ansvarsförsäkring och den försäkrade (eller den som skall likställas med den försäkrade) åsidosätter sina förpliktelser enligt 5–7 §§, kan ersättningen i princip inte sättas ned. Den skadelidande kan alltså räkna med att genom försäkringen få ersättning för den skada som den försäkrade orsakar honom. Detta framgår av *första meningen*. Ett undantag gäller dock om den försäkrade uppsåtligen framkallar försäkringsfallet, då ersättning enligt 5 § första stycket är helt utesluten. Bryter försäkringstagaren mot förpliktelserna i 2 och 3 §§, går detta däremot ut också över den skadelidande.

Enligt *andra meningen* är emellertid försäkringsbolaget skyldigt att betala ersättning till den skadelidande bara i den mån skadestånd inte kan utges av den försäkrade. Försäkringsbolagets ansvar mot den skadelidande är alltså subsidiärt. Det innebär att den skadelidande i första hand måste få fastslaget om någon försäkrad är ansvarig för skadan. Eftersom förutsättningarna för att regeln skall gälla i allmänhet är grov oaktsamhet eller överträdelse av säkerhetsföreskrift, lär det i regel inte krävas någon rättegång för att en principiell skadeståndsskyldighet skall kunna konstateras. Om det står klart att den försäkrade är ansvarig, blir nästa fråga i vad mån denne kan betala skadeståndet. I varje fall om det har förekommit sådana klara indicier som misslyckade utmätningförsök, kan detta som regel godtas som tillräcklig bevisning på betalningsoförmåga. Betalningsförmågan skall prövas efter de aktuella förhållandena. Det är inte meningen att den skadelidande skall behöva vänta på ersättning därför att den försäkrade möjligen kan få en förbättrad ekonomi i framtiden. I sådana fall där den skadelidande enligt bestämmelsen har subsidiär rätt till ersättning får han föra talan om ersättningen direkt mot försäkringsbolaget (se 9 kap. 7 § andra stycket).

Som framgår av första meningen kan försäkringsbolaget åberopa de angivna bestämmelserna mot annan än den skadelidande. Bolaget har alltså rätt att kräva tillbaka den utbetalade ersättningen av den försäkrade, om denne i ett senare skede skulle få möjligheter att betala.

Undantag gäller vid obligatorisk ansvarsförsäkring, som ju normalt har som direkt syfte att garantera den skadelidande att få ut det skadestånd han har rätt till av den försäkrade. Den skadelidande kan då vända sig mot försäkringsbolaget direkt utan att först kräva den försäkrade (jfr 9 kap. 7 § första stycket 1).

Meddelande om att ansvarsbegränsning åberopas

10 § Vill försäkringsbolaget göra gällande att ersättningen skall sättas ned enligt detta kapitel, skall bolaget lämna ett skriftligt meddelande om detta till försäkringstagaren och till den som annars gör anspråk på försäkringsersättning. Meddelandet skall lämnas utan oskäligt dröjsmål från det att försäkringsbolaget fått kännedom om det förhållande som åberopas. Annars förlorar bolaget rätten att åberopa förhållandet mot den som skulle ha fått meddelandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

(Jfr 4 kap. 10 § promemorian och SkFL.)

Bestämmelsen rör försäkringsbolagets skyldighet att underrätta försäkringstagaren när någon omständighet enligt 4 kap. åberopas till stöd för nedsättning av försäkringsersättningen. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 12 kap. 11 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 16 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.8. – Vissa liknande regler förekommer i 1927 års FAL (8 och 48 §§), däremot inte i 1980 års KFL.

Om försäkringsbolaget har fått kännedom om ett förhållande som kan motivera nedsättning och vill åberopa förhållandet, skall försäkringsbolaget enligt *första meningen* skriftligen meddela detta till försäkringstagaren. Det gäller också innan ett försäkringsfall inträffat, t.ex. om bolaget upptäckt att en oriktig upplysning har lämnats i något viktigt avseende. Efter ett försäkringsfall skall jämte försäkringstagaren även varje annan försäkrad som har framställt ersättningsanspråk underrättas. Om ett meddelande av någon anledning inte skickas till försäkringstagaren utan endast till den försäkrade, hindrar inte detta att ersättningen sätts ned i fråga om den försäkrade. Skulle försäkringstagaren, t.ex. i egenskap av förmyndare, företräda den försäkrade, behöver inte någon särskild underrättelse skickas till den försäkrade personligen.

Meddelandet från försäkringsbolaget skall enligt *andra meningen* lämnas utan oskäligt uppehåll, vilket ger ett visst rådrum för försäkringsbolaget. Det innebär emellertid inte att försäkringsbolaget kan vänta med till dess att det utretts i vad mån nedsättning bör ske. Tidsfristen räknas från det att försäkringsbolaget har fått så säker kännedom om de faktiska förhållandena, t.ex. att en uppgift som tidigare har lämnats inte är riktig eller att en säkerhetsföreskrift inte har följts, att ett ställningstagande kan göras i ersättningsfrågan. I någon utsträckning kan man vid bedömning av tidsfristens längd i det enskilda fallet fästa vikt vid hur angeläget det är för försäkringstagaren resp. den försäkrade att få besked.

Om försäkringsbolaget inte lämnar meddelandet i rätt tid trots kännedom om ett förhållande som är relevant för att nedsättning skall kunna ske, kan bolaget inte senare göra gällande att ersättningen skall sättas ned på grund av det förhållandet. För att reglerna inte skall leda till stötande resultat får en sådan underlåtenhet enligt *tredje meningen* dock ingen effekt i det fallet att försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

Skulle försäkringsbolaget inte underrätta enligt paragrafen, har bolaget inte rätt att sätta ned ersättningen, även om försäkringstagaren eller den försäkrade på annat sätt blivit klar över att försäkringsbolaget fått kännedom exempelvis om att felaktiga upplysningar lämnats eller att en säkerhetsföreskrift inte har iakttagits. Det kan ju finnas anledning för den

försäkrade att tro att försäkringsbolaget, då förhållandena blivit klarlagda, beslutat att inte göra gällande någon rätt till nedsättning.

Vissa fall av s.k. omfattningsvillkor

11 § Bestämmelserna i detta kapitel tillämpas också om en försäkring innehåller försäkringsvillkor som enligt sin lydelse begränsar försäkringens omfattning, när begränsningen beror av

1. om någon på den försäkrades sida på förhand har känt till de förhållanden som har orsakat försäkringsfallet eller uppsåtligen eller genom vårdslöshet har medverkat till detta, eller

2. om vissa försiktighetsmått som är ägnade att förebygga eller begränsa skada inte har vidtagits.

(Jfr 4 kap. 11 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen tar sikte på villkor som enligt ordalagen avser försäkringens omfattning men som i verkligheten begränsar försäkringsbolagets ansvar i strid med grunderna för nedsättningsreglerna i 4 kap. Den har vid personförsäkring sin motsvarighet i 12 kap. 12 § men ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 6.3.9. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL eller 1980 års KFL.

Det gäller att undersöka om ett villkor som har utformats som en omfattningsbestämmelse i själva verket tar sikte på försäkringstagarens eller den försäkrades kunskaper om vissa omständigheter som har betydelse för tillämpningen av 1–3 §§ eller på deras förhållanden i sådana avseenden som behandlas i 5–7 §§. Paragrafens syfte är att hindra kringgående av reglerna i 4 kap. Om en omfattningsbestämmelse i realiteten inskränker försäkringstagarens rätt enligt dessa regler, skall den inte tillämpas. I stället blir reglerna i 4 kap. tillämpliga när man bestämmer i vilken utsträckning ersättningen kan sättas ned.

Under *punkt 1* faller i första hand sådana villkor om försäkringens omfattning som begränsar försäringen då försäkringstagaren på förhand har känt till de förhållanden som har orsakat försäkringsfallet. Ett sådant villkor kan innebära att bestämmelserna om upplysnings- eller anmälningsplikt i 1–3 §§ i praktiken skulle komma att kringgå. Vidare gäller första punkten sådana omfattningsvillkor som till sitt innehåll kan anses som regler om framkallande av försäkringsfall eller förvärrande av följderna av försäkringsfall enligt 5–7 §§, exempelvis om skador som beror av bristande omsorg undantas.

Punkt 2 tar sikte på villkor som till sitt innehåll är att bedöma som säkerhetsföreskrifter eller bestämmelser om räddningsplikt. Bestämmelsen hindrar försäkringsbolaget från att ha villkor som t.ex. utesluter ett skadefall från försäringen redan på den grund att en föreskriven släckningsutrustning inte har fungerat vid en brand.

Försäkringsbolaget kan utan vidare undanta skador till följd av exempelvis stöld av viss egendom. Men förevarande paragraf kan tänkas få betydelse om villkoren samtidigt begränsar försäkringsskydd till egendom som finns på ett mera svåråtkomligt ställe. Gäller exempelvis en reseförsäkring enligt sina villkor bara om medförd egendom förvaras i låst hotellrum, får en sådan klausul bedömas enligt reglerna om

säkerhetsföreskrifter. Skulle den försäkrade glömma att låsa dörren till hotellrummet, har ett aktsamhetskrav åsidosatts som – oavsett hur villkoret utformas – kan leda till att försäkringsersättningen sätts ned.

Vid hemförsäkring utgår ibland ersättning även vid stöld i gemensamhetsutrymmen, dvs. utrymmen till vilka inte bara den försäkrade har nyckel, men bara om gärningsmannen har brutit sig in med våld. Sådana villkor har Allmänna reklamationsnämnden vid flera tillfällen bedömt som ”tillåtna” omfattningsbestämmelser, dvs. villkor som inte träffas av de tvingande reglerna. Paragrafen innebär inte någon ändring i detta avseende. Den risk som undantas beror här väsentligen inte på försäkringstagarens förhållanden utan på att andra har tillträde till lokalen.

Reglerna hindrar inte heller att försäkringsbolaget helt eller delvis fritar sig från ansvar för vissa händelser som i och för sig knyter an till den försäkrades handlande. Ett undantag kan utan vidare gälla för viss typ av verksamhet eller viss typ av försäkrad egendom, om villkoret inte innebär några särskilda krav på den försäkrades uppträdande. Det är t.ex. möjligt att undanta skador som följer av farlig verksamhet, bl.a. sprängning. Även ett villkor vid vagnskadeförsäkring som utesluter ansvar för skada som har uppkommit då fordonet använts vid tävling får godtas. Självfallet kan försäkringsbolaget begränsa sitt ansvar i en hemförsäkring för stöld till att avse endast stöld i bostaden. Vidare möter det inte något hinder att försäkringsbolaget fritar sig från ansvar för exempelvis cykelstöld om den försäkrade cykeln har saknat lås. Däremot får försäkringsbolaget som regel inte förbehålla sig ansvarsfrihet bara därför att cykeln har varit olåst. Också ett villkor enligt vilket ersättning inte utgår vid stöld om gärningsmannen är närstående till den försäkrade får anses tillåtet, eftersom begränsningen inte har något att göra med den försäkrades uppträdande.

Paragrafen tillåter inte undantag i försäkringsvillkoren för ett fall där en bilförare har kört utan körkort eller i alkoholpåverkat tillstånd. Det förra undantaget kan anses gälla en säkerhetsföreskrift enligt 6 § andra stycket, men med tillämpning av första stycket samma paragraf kan man komma fram till en kraftig nedsättning av ersättningen, också ned till noll. Detsamma gäller det senare undantaget, vare sig det bedöms enligt punkt 1 eller uppfattas som en föreskrift enligt 6 § om ett bestämt handlingsätt ägnat att förebygga skada.

5 kap. Premien

Kapitlet behandlar olika frågor om betalning av premien. Det har vid personförsäkring sin motsvarighet i 13 kap. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 17 §.

Kapitlet innehåller sju paragrafer. I 1 och 2 §§ behandlas tiden för premiebetalningen och försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen på grund av premiedröjsmål. Försäkringsbolagets hantering av för sent betald premie regleras i 3 §. Frågor som gäller tilläggspremie tas upp i 4 §. I 5 § ges besked om när en premie skall anses betald då den förmedlas genom t.ex. bank eller ett girosystem, och i 6 § regleras

försäkringsbolagets rätt till premie då försäkringen upphör. Preskription av premiekrav behandlas i 7 §.

När premien skall betalas

1 § Den första premien för en konsumentförsäkring skall betalas inom fjorton dagar från den dag då försäkringsbolaget avsände ett krav på premien till försäkringstagaren. Detta gäller dock inte om försäkringen skall tecknas genom att försäkringstagaren betalar premien eller om försäkringen annars är giltig bara under förutsättning att premien betalas innan försäkringstiden börjar.

Premien för en senare premieperiod skall betalas inom en månad från den dag då försäkringsbolaget avsände krav på premien till försäkringstagaren. Om premieperioden är högst en månad, skall premien dock betalas på periodens första dag.

Bestämmelserna i andra stycket gäller också betalning av premien när en tidsbegränsad försäkring förnyas på grund av utebliven uppsägning.

(Jfr 5 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar tidpunkten när premien skall betalas. Den har vid personförsäkring sin motsvarighet i 13 kap. 1 §. Vid företagsförsäkring har bestämmelserna ingen motsvarighet. – Övervägandena finns i avsnitt 6.4. – Liknande regler finns i 21–23 §§ i 1980 års KFL.

Första stycket

Bestämmelserna om betalning av den första premien för en försäkring skiljer sig från vad som gäller beträffande premier för senare premieperioder och när försäkringen har förnyats. Som huvudregel gäller enligt *första meningen* att första premien skall betalas inom fjorton dagar från det att försäkringsbolaget skriftligen krävt premien. Eftersom betalningsfristen räknas från det att försäkringsbolaget har avsänt premiekravet, får försäkringstagaren regelmässigt en något kortare tid än fjorton dagar på sig att betala premien.

Även vid en mindre försening i postgången är betalningstiden tillräcklig för att försäkringstagaren skall hinna betala premien. Skulle kravet av någon anledning försenas en längre tid eller inte alls nå fram, upphör inte försäkringsskyddet omedelbart. Då skyddas försäkringstagaren av bestämmelserna om uppsägning i 2 § och om risken för befordran av vissa meddelanden i 7 kap. 5 §. Även om kravet försenas, förfaller emellertid premien till betalning på avsedd tid. Premiekravet går alltså på försäkringstagarens risk medan, som just har antytts, ett meddelande om uppsägning går på försäkringsbolagets.

Premiekravet skall skickas till försäkringstagaren, dvs. till försäkringstagaren själv eller till någon som är behörig att ta emot premiekrav för försäkringstagarens räkning.

Om premien höjs därför att försäkringen har ändrats i något avseende, behandlas den ytterligare premie som försäkringstagaren skall betala som en tilläggspremie, vilken regleras i 4 §. Tidpunkten för betalning av en sådan premie överensstämmer med vad som gäller för betalning av den första premien.

Som framgår av *andra meningen* kan försäkringsbolaget använda sig av en s.k. kontantklausul, vilket innebär att försäkringsbolaget gör sitt

ansvar beroende av att första premien betalas. Kontantklausuler kan förekomma bl.a. vid reseförsäkring, som kan gälla för så kort tid att försäkringen helt eller till större delen har löpt ut innan fjortondagarsfristen för betalning gått till ända. Också vid vissa hemförsäkringar kan försäkringsbolaget för att förenkla förfarandet ordna så att försäkringstagaren tecknar försäkring genom att betala in den första premien på t.ex. postgiro.

Andra stycket

Premien för en senare premieperiod skall betalas inom en månad från den dag då försäkringsbolaget avsände krav på premien till försäkringstagaren. Är den senare premieperioden högst en månad, skall premien dock betalas senast på periodens första dag.

Tredje stycket

Försäkringen förnyas vid försäkringstidens slut om inte annat framgår av avtalet eller omständigheterna. På samma sätt som när flera premieperioder avtalats har försäkringstagaren alltid minst en månad på sig att betala premien, räknat från det att ett försäkringsbolaget avsände ett krav på premien. Om premiekravet avsänds senare än en månad före den dag då den nya försäkringstiden börjar, förskjuts förfallodagen i motsvarande mån, oberoende av anledningen till att premiekravet inte sänts ut tidigare.

När en försäkring förnyas på särskild begäran av försäkringstagaren gäller i fråga om premiebetalningen reglerna i första stycket. Premien för den nya försäkringen skall således betalas inom fjorton dagar från det att försäkringsbolaget har sänt ett skriftligt premiekrav.

Uppsägning på grund av dröjsmål med premien

2 § Betalas inte premien i rätt tid, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen, om inte dröjsmålet är av ringa betydelse. Uppsägningen skall sändas till försäkringstagaren.

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

Om försäkringstagaren inte har kunnat betala premien inom den i andra stycket angivna fristen på grund av svår sjukdom, frihetsberövande, utebliven pension eller utebliven lön från sin huvudsakliga anställning eller liknande oväntat hinder, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter det att hindret fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.

(Jfr 5 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen gäller försäkringsbolagets uppsägningsrätt vid dröjsmål med premiebetalningen. Bestämmelserna har för personförsäkring sin motsvarighet i 13 kap. 2 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 17 § första stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 6.4. – Bestämmelserna överensstämmer i stort sett med 25 § i 1980 års KFL.

Första stycket

I första stycket regleras försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen vid försäkringstagarens dröjsmål med premiebetalningen. Av 1 § (och för vissa fall 5 §) framgår när försäkringstagaren kan anses komma i sådant dröjsmål. Det kan vara fråga om försening med hela premien eller en del av den. Är bara en obetydlig del av premien obetald, finns det dock i allmänhet inte tillräcklig grund för att säga upp försäkringen. Att dröjsmålet kan bero på att premieavin inte har nått försäkringstagaren på grund av missöde med posten e.d. hindrar inte i sig att försäkringen sägs upp.

På samma vis som premiekravet skall uppsägningen sändas till försäkringstagaren eller någon annan som är behörig att ta emot den för försäkringstagarens räkning.

När försäkringen förmedlas av en mäklare eller ombesörjs av annan mellanman är det tänkbart att denne också åtar sig att sköta om betalningen av premien. Försummelser av mellanmannen får här liksom i andra situationer tillräknas försäkringstagaren. Uppsägning på grund av premiedröjsmål kan tillställas mellanmannen, om denne har fullmakt att företräda försäkringstagaren i detta hänseende. Låter ombudet bli att inom den föreskrivna fristen betala in premien, går det ut över de försäkrade. En mäklare som på detta vis brister i sina skyldigheter enligt uppdraget, kan bli skadeståndsskyldig enligt 14 § lagen om försäkringsmäklare under de förutsättningar som anges där.

Andra stycket

Uppsägningstiden är fjorton dagar. Det finns naturligtvis inget hinder mot att försäkringsbolaget använder sig av en längre uppsägningsfrist. Tiden räknas från den dag då ett meddelande avsändes om uppsägningen, vilket medför att försäkringstagaren får en något kortare tid än fjorton dagar på sig att betala för att undvika att försäkringen upphör. Uppsägningen befordras emellertid på försäkringsbolagets risk, vilket innebär att uppsägningstiden förskjuts om försäkringstagaren gör sannolikt att meddelandet försenats eller kommit bort på grund av omständigheter som försäkringstagaren inte har kunnat råda över (se 7 kap. 5 §).

Försäkringsbolaget skall i uppsägning erinra försäkringstagaren om att försäkringen inte upphör om premien (eller resterande premie) betalas inom uppsägningstiden. Denna information är så viktig för försäkringstagaren att en uppsägning utan sådan information är utan verkan. Om försäkringsbolaget först säger upp försäkringen utan att informera försäkringstagaren om möjligheten att rädda försäkringen genom att betala premien, kan dock försäkringsbolaget senare skicka information i särskild ordning. I så fall får detta senare meddelande betraktas som den egentliga uppsägningen, som får verkan fjorton dagar efter avsändandet.

Uppsägningen skall enligt 2 kap. 7 § förenas med information om försäkringstagarens möjligheter att begära omprövning av försäkringsbolagets beslut. Detta utgör dock ingen förutsättning för uppsägningens giltighet.

Tredje stycket

I tredje stycket anges att uppsägningen blir utan verkan om försäkringstagaren på grund av särskilda hinder inte har kunnat betala premien i rätt tid.

Betalningshindret kan vara svårare sjukdom eller ett olycksfall som har medfört att försäkringstagaren blivit förd till sjukhus. Som hinder kan också räknas att försäkringstagaren berövats friheten, t.ex. genom anhållande eller häktning. I båda fallen gäller dock att, om försäkringstagaren i god tid har vetat om att hindret skulle uppkomma, t.ex. när avtal har träffats om en operation på ett sjukhus, eller känt till när ett frihetsstraff skulle verkställas, man kan begära att han vidtar åtgärder för att betala premien dessförinnan. Det är bara oväntade hinder som kan åberopas i sammanhanget.

När det gäller ekonomiska hinder blir det framför allt fråga om lön som uteblir från försäkringstagarens huvudsakliga anställning, t.ex. när arbetsgivaren går i konkurs och utbetalning enligt den statliga lönegarantin av någon anledning försenas. Man kan inte begära att de medel som försäkringstagaren då har till sitt förfogande används till att betala försäkringspremier, så länge de behövs till nödvändigt uppehälle för försäkringstagaren och hans familj. Om andra inkomster uteblir, t.ex. från ett extrauppdrag, torde man endast i undantagsfall kunna tala om hinder enligt bestämmelsen. Det kan även hända att en plötslig inkallelse till pliktjänstgöring någon gång ursäktar en för sen premiebetalning.

Det räcker inte med att försäkringstagaren visar att någon sådan händelse som här har berörts har inträffat i anslutning till premiens förfallodag, utan det fordras också att händelsen verkligen har hindrat försäkringstagaren att betala i tid. Ju allvarigare och mera överraskande hindret är, desto mera antagligt är att detta är fallet.

För att hindret skall kunna åberopas krävs inte att försäkringstagaren anmäler det för försäkringsbolaget. Om försäkringsbolaget i premieavin anger att den som är hindrad att betala premien i rätt tid snarast bör anmäla detta, får detta bara ses som en rekommendation.

Om ett hinder uppkommer, förlängs uppsägningen så länge hindret pågår, dock längst tre månader.

Tredje stycket blir i allmänhet inte aktuellt då försäkringstagaren uppdragit åt exempelvis en bank att ombesörja premiebetalningen. En eventuell försummelse på bankens sida kan antas ha sin grund i andra förhållanden än sådana som avses i bestämmelsen. Men någon gång kan reglerna få betydelse även då försäkringstagaren inte själv har omedelbar hand om betalningen. Det kan t.ex. tänkas att försäkringsbolaget har utgått från att få sin lön insatt på sitt bankkonto, från vilket premien brukar dras, men att arbetsgivaren har låtit bli att betala ut lönen utan att detta berott på försäkringstagaren. Tredje stycket kan också tillämpas om en försäkringstagare, som på grund av eget förhinder har uppdragit åt någon enskild person att sköta premiebetalningen, men denne t.ex. genom ett olycksfall hindras från att ombesörja betalningen.

3 § Om försäkringstagaren betalar en premie efter det att försäkringen har upphört enligt 2 §, skall detta anses som en begäran om en ny försäkring på samma villkor från och med dagen efter den då premien betalades. Vill försäkringsbolaget inte meddela försäkring enligt försäkringstagarens begäran, skall en underrättelse om detta avsändas till försäkrings-

tagaren inom fjorton dagar från den dag då premien betalades. Annars anses en ny försäkring ha tecknats i enlighet med försäkringstagarens begäran.

(Jfr 5 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen rör verkan av försenad premiebetalning. Den har vid personförsäkring viss motsvarighet i 13 kap. 3 §. För företagsförsäkring finns inga motsvarande regler. – Övervägandena finns i avsnitt 6.4. – Paragrafen överensstämmer i sak med 26 § i 1980 års KFL.

Genom den försenade betalningen skall försäkringstagaren enligt *första meningen* anses ha begärt en ny försäkring med samma villkor som gällt för den försäkring som har upphört. Skulle försäkringstagaren i samband med premiebetalningen meddela att han vill ha andra försäkringsvillkor än tidigare, är paragrafen inte tillämplig. I ett sådant fall behöver därför inte försäkringsbolaget underrätta försäkringstagaren under fjortondagarsperioden för att undgå bundenhet.

Om försäkringsbolaget inte vill låta betalningen avse en ny försäkring men önskar avräkna beloppet mot en obetald premie eller disponera över betalningen på annat sätt, måste försäkringsbolaget träffa en särskild överenskommelse med försäkringstagaren. Det kan ske på så sätt att premien räknas som om den betalats i tid. Försäkringsbolaget kan också efter avräkning erbjuda den nya försäkringen på villkor att ytterligare premie betalas. Rörande försäkringsbolagets möjlighet att avböja en ny försäkring i den aktuella situationen kan hänvisas till 3 kap. 1 §.

Vill försäkringsbolaget inte meddela försäkring i enlighet med försäkringstagarens begäran, skall enligt *andra meningen* en underrättelse sändas inom fjorton dagar från den dag då premien betalades. Att en underrättelse försenas eller inte kommer fram hindrar inte att försäkringsbolaget har uppfyllt vad som krävs för att avslå begäran om en ny försäkring. Underrättelsen går alltså på försäkringstagarens risk.

Reagerar inte försäkringsbolaget, anses enligt *tredje meningen* en ny försäkring ha tecknats i enlighet med den begäran betalningen innebär. Försäkringsbolagets ansvar enligt försäkringen gäller från och med dagen efter betalning (jfr 3 kap. 2 §). Försäkringsbolaget har självfallet rätt att få den obetalda premien för den försäkring som har upphört. Fortsatt underlåtenhet att betala den premien kan emellertid inte leda till att den nya försäkring som har kommit till stånd sägs upp.

Tilläggspremie

4 § Höjs den avtalade premien under försäkringstiden, skall tilläggspremien betalas inom fjorton dagar från den dag då försäkringsbolaget avsände ett krav på tilläggspremien till försäkringstagaren.

Om en tilläggspremie inte betalas i rätt tid, får försäkringsbolaget räkna om försäkringstiden för den ändrade försäkringen med hänsyn till den premie som har betalats. En sådan ändring får verkan tidigast fjorton dagar efter det att en underrättelse om omräkningen har avsänts till försäkringstagaren.

(Jfr 5 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

I paragrafen föreskrivs hur lång tid försäkringstagaren har på sig att betala en tilläggspremie och vilken påföljd som inträder vid betalningsförsummelse. Den har ingen motsvarighet vid personförsäkring eller företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 6.4. – Bestämmelserna motsvarar 27 och 28 §§ i 1980 års KFL.

Första stycket

Paragrafen behandlar inte under vilka förutsättningar som försäkringsbolaget får ta ut en tilläggspremie. I allmänhet torde anledningen vara att försäkringstagaren i något avseende vill ha ett ökat försäkringsskydd. Det kan röra sig om en premiehöjning som föranleds av att försäkringen utökats med ett nytt försäkringsmoment, t.ex. då en motorfordonsförsäkring som har avsett enbart den obligatoriska trafikförsäkringen utvidgas till att omfatta också vagnskadeförsäkring eller då en villaförsäkring kompletteras med maskinskadeförsäkring. Premiehöjningen kan också vara en följd av att försäkringstagaren har begärt att försäkringsbeloppet skall höjas eller vid en motorfordonsförsäkring anmäler längre körsträcka. Andra exempel på att en tilläggspremie kan komma att tas ut är att försäkringstagaren begär lägre självrisk eller anmäler fareökning vid exempelvis en brandförsäkring. Det kan också undantagsvis vara fråga om att försäkringsbolaget med stöd av 3 kap. 8 § ensidigt har beslutat att ändra premien.

Reglerna om när en tilläggspremie skall betalas överensstämmer med vad som enligt 1 § första stycket gäller för betalningen av den första premien.

Andra stycket

Påföljden av att försäkringstagaren inte betalar tilläggspremien i tid är enligt *första stycket* att försäkringsbolaget får anpassa försäkringstiden i förhållande till den premie som tidigare har erlagts, dvs. innan den avtalade premien höjdes. Skulle någon gång tilläggspremien betalas bara till viss del, får försäkringsbolaget räkna om försäkringstiden med hänsyn till tidigare erlagd premie och vad som har betalats ytterligare.

En betalningsförsummelse som avser en tilläggspremie får inte medföra andra påföljder än att försäkringstiden förkortas. Försäkringsbolaget kan alltså inte säga upp försäkringen såvitt gäller t.ex. ett ytterligare försäkringsmoment och kan inte, sedan t.ex. en begäran om sänkt självrisk har bifallits, ändra försäkringsvillkoren genom att åter höja självrisken därför att tilläggspremien inte betalas. I detta hänseende tar alltså reglerna i denna paragraf över bestämmelserna om villkorsändring i 3 kap. 7 §.

Det kan hända att den tidigare betalda premien efter omräkning täcker endast en kortare försäkringstid. I den försäkrades intresse föreskrivs emellertid i *andra meningen* att ändringen får verkan tidigast fjorton dagar efter att försäkringsbolaget har sänt en underrättelse till försäkringstagaren angående omräkningen.

Betalning genom post, bank eller girosystem

5 § Om försäkringstagaren betalar premien på ett post- eller bankkontor, anses beloppet komma försäkringsbolaget till handa omedelbart vid betalningen. Lämnar försäkringstagaren ett betalningsuppdrag avseende premien till en bank eller ett girosystem, anses beloppet komma försäkringsbolaget till handa när uppdraget tas emot av förmedlaren.

(Jfr 5 kap 5 § promemorian och SkFL.)

Bestämmelserna handlar om premiebetalning som sker via posten, en bank eller annan förmedlare. De är utformade huvudsakligen i linje med motsvarande regler i hyreslagstiftningen (se 12 kap. 20 § tredje stycket jordabalken, prop. 1983/84:137 s. 126). De har vid personförsäkring sin motsvarighet i 13 kap. 5 §. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 17 § tredje stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 6.4.1. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1980 års KFL.

Premien skall enligt *första meningen* anses betald när försäkringstagaren på post eller bank mot kontant betalning uppdrar åt posten eller banken att överföra pengarna till försäkringsbolaget.

Vid betalning över något girosystem (post-, bank-, privat- eller sparbanksgiro) skall betalning enligt *andra meningen* anses ha skett när en betalningsorder avseende premien tas emot av det kontor som skall förmedla betalningen (jfr även rättsfallet NJA 1992 s. 782). Vid avtal om fasta överföringar (autogiro eller motsvarande) får premien anses betald den dag som följer av överföringsuppdraget, även om betalningen någon gång skulle försenas på grund av slarv från bankens eller postens sida eller tekniska fel hos banken eller försäkringsbolaget. Om inget sådant avtal föreligger och försäkringstagaren uppdrar t.ex. åt en bank att vid ett närmare angivet tillfälle verkställa en betalning, skall beloppet anses komma försäkringsbolaget till handa först den dag som avses i uppdraget, under förutsättning att förmedlaren då tagit emot betalningsuppdraget

Andra meningen kan tillämpas även i sådana fall då en försäkringstagare på annat sätt än genom girering, t.ex. per telefon eller över Internet, ger en bank i uppdrag att betala en försäkringspremie. Även i dessa fall anses beloppet komma försäkringsbolaget till handa den dag som avses i betalningsuppdraget, under förutsättning att banken då tagit emot uppdraget. Det elektroniska meddelande som innehåller betalningsuppdraget går på avsändarens (försäkringstagarens) risk.

Om det inte finns täckning för betalningen på det konto från vilket en premie skall dras, och detta inte beror på det kontoförande företaget, kan det självfallet inte anses att försäkringstagaren har fullgjort sin betalningsskyldighet.

Återbetalning av premie

6 § Upphör försäkringen i förtid, har försäkringsbolaget rätt bara till den premie som skulle ha betalats om avtal hade slutits för den tid under vilken bolaget har varit ansvarigt. Har högre premie betalats, skall försäkringsbolaget betala tillbaka det överskjutande beloppet.

Återgår försäkringsavtalet enligt 4 kap. 2 § första stycket, får försäkringsbolaget behålla erlagd premie för förfluten tid.

(Jfr 5 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar främst försäkringsbolagets rätt till premie när försäkringen upphör i förtid (jfr 3 kap. 3–7 §§ och 5 kap. 2 §). Första stycket har ingen direkt motsvarighet vid personförsäkring (se dock 11 kap. 13 §), och andra stycket motsvaras av 13 kap. 6 §. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 17 § tredje stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 6.4. – Paragrafen har viss motsvarighet i 29 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Första stycket är tillämpligt oavsett anledningen till att försäkringen upphör, alltså också när försäkringen upphör efter en överenskommelse i avtalet. Det skall tillämpas oavsett om premien har betalats eller inte.

När den avtalade premien skall räknas om till den kortare tid försäkringen har gällt, får man utgå från försäkringsbolagets sedvanliga tariffer för en premie av det slag som det är fråga om. Saknas tariffer, får beräkningen göras mera skönsmässigt. Om försäkringstagaren har betalat en högre premie än som svarar mot den tid för vilken försäkringen har gällt, skall försäkringsbolaget betala tillbaka överskjutande belopp. Försäkringstagaren behöver inte framställa någon särskild begäran om att få tillbaka det överskjutande beloppet.

Andra stycket

Försäkringsbolaget behöver inte betala tillbaka premie för förfluten tid ifall ett försäkringsavtal förklaras ogiltigt enligt 4 kap. 2 § första stycket. Regeln tar alltså sikte på det speciella fallet att avtalet återgår på grund av svek eller ohederligt förfarande från försäkringstagarens sida. Den erlagda premien är då förverkad och får behållas av försäkringsbolaget.

Preskription av rätt till premie

7 § Försäkringsbolaget förlorar rätten till en obetald premie när sex månader har förflutit från det att premien skulle ha betalats, om försäkringen inte dessförinnan har sagts upp av bolaget eller av någon annan anledning har upphört att gälla.

(Jfr 5 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om när försäkringsbolagets rätt till en obetald premie preskriberas. Den gäller alla typer av premier. Paragrafen har vid personförsäkring sin motsvarighet i 13 kap. 7 §. För företagsförsäkringen finns ingen motsvarande bestämmelse. – Övervägandena finns i avsnitt 6.4. – Paragrafen stämmer i sak överens med 40 § i 1980 års KFL.

Preskriptionen avbryts bara genom att försäkringsbolaget säger upp försäkringen eller denna upphör att gälla av något annat skäl, inte genom t.ex. att talan väcks eller någon annan påminnelse sker om att premien skall betalas. Försäkringen kan upphöra att gälla genom att försäkrings-

tagaren säger upp den eller genom att försäkringstagaren tecknar en ny försäkring hos en annan försäkringsgivare liksom i vissa andra situationer (se 3 kap. 3–6 §§).

Om försäkringstagaren inte betalar premien i tid men preskriptionsavbrott sker genom att försäkringen upphör att gälla inom sex månader från förfallodagen, tillämpas därefter reglerna i preskriptionslagen (1981:130) på premiekravet. Det innebär att premiekravet normalt, eftersom det här är fråga om konsumentförsäkring, preskriberas efter tre år. Ett undantag gäller dock när ett dödsbo tecknar en skadeförsäkring för huvudsakligen enskilt ändamål. En sådan försäkring hänförs till konsumentförsäkring, trots att dödsboet inte skall anses som konsument (jfr 1 kap. 3 §). I detta fall kvarstår premiekravet i tio år från preskriptionsavbrottet. Mot dödsboet gäller alltså en preskriptionstid på tio år.

När preskriptionsreglerna i preskriptionslagen har kommit att bli tillämpliga kan avbrott i preskriptionen ske bl.a. genom att försäkringsbolaget framställer krav på att premien skall betalas.

6 kap. Försäkringsersättningen

Kapitlet behandlar olika frågor om i första hand beräkningen av försäkringsersättningens storlek. Det har ingen direkt motsvarighet vid personförsäkring. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 18 §.

Kapitlet omfattar fem paragrafer. I 1 och 2 §§ ges allmänna regler om ersättningen, bl.a. att sådan skall utgå efter återanskaffningsvärdet om inte annat har avtalats. Underförsäkring behandlas i 3 § och dubbel-försäkring i 4 §. Den försäkrades rätt till ersättning för räddningskostnader regleras i 5 §.

Allmänt om ersättningen

1 § Ersättning kan betalas för varje lagligt intresse som omfattas av försäkringen.

Om inte annat framgår av försäkringsavtalet, betalas vid försäkring av viss egendom ersättning bara för att själva värdet av egendomen har minskats eller gått förlorat.

(Jfr 6 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen innehåller tillsammans med 2 § några allmänna regler om beräkningen av försäkringsersättningens storlek. Vid personförsäkring har den ingen motsvarighet. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 18 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.5. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1980 års KFL men däremot i viss mån i 35, 36 och 39 §§ i 1927 års FAL.

Första stycket

Bestämmelsen i första stycket att endast ett lagligt intresse kan ersättas är att tolka på samma sätt som 35 § i 1927 års FAL. Regeln är tvingande på det sättet att avtal om försäkring av ett olagligt intresse över huvud taget

inte är bindande, något som ligger i linje med allmänna civilrättsliga principer.

Andra stycket

Andra stycket innehåller en bestämmelse om vilken förlust eller kostnad som omfattas av försäkringen, om inte försäkringsavtalet ger besked om detta. Om inte annat framgår av försäkringsavtalet och försäkringen avser viss egendom, skall ersättning betalas bara för värdet av den försäkrade egendomen men inte för följdkostnader av olika slag (t.ex. för förlorad arbetsinkomst, transportkostnader osv.). Bestämmelsen är alltså inte tillämplig på t.ex. ansvarsförsäkring.

2 § Avser försäkringen värdet av egendom, skall, om inte annat framgår av försäkringsavtalet, det anses motsvara återanskaffningspriset omedelbart före försäkringsfallet med avdrag för ålder och bruk samt, när skadan inte avser en byggnad, för nedsatt användbarhet och annan omständighet. Om återanskaffning inte kan ske, skall värdet i stället anses motsvara vad som vid denna tidpunkt kunnat fås vid en ändamålsenlig försäljning.

(Jfr 6 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen innehåller vissa dispositiva bestämmelser om hur skadad eller förstörd egendom skall beräknas. I fråga om vad som gäller vid företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 18 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.5. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1980 års KFL men däremot däremot i 37 § i 1927 års FAL.

Bestämmelserna är tillämpliga om försäkringen avser värdet av försäkrad egendom men villkoren inte innehåller något om hur ersättningen för detta värde skall beräknas.

Värderingen skall i princip ha en objektiv karaktär, så till vida som att den försäkrade inte skall kunna åberopa speciella omständigheter som i hans hand ger egendomen ett särskilt värde. Man får här också godta att det objektiva värdet bestäms efter vissa schematiska antaganden om vad som skulle ha hänt ifall ingen skada hade inträffat.

Huvudregel är enligt *första meningen* att återanskaffningsvärdet – i villkoren ofta kallat dagsvärdet – blir avgörande. Här kan i sort sett hänvisas till 37 § i 1927 års FAL. På en punkt medför emellertid lagens uppbyggnad en viss avvikelse från 1927 års FAL. Förevarande bestämmelse ger inte uttryck för läran om det objektiva kapitalintresset. Att exempelvis den skadade egendomen belastas med en hyresrätt med låg hyra medför inte automatiskt att ersättning utgår till nyttjanderätts-havaren i stället för till ägaren. I stället får ett sådant förhållande betraktas som en sådan annan omständighet som reducerar återanskaffningsvärdet för den händelse rätten har upphört på grund av försäkringsfallet. Också andra liknande belastningar som minskar egendomens värde kan beaktas, t.ex. ett betungande servitut.

Regleringen om dagsvärde är i första hand tillämplig vid total skada på den försäkrade egendomen men gäller också när det bara är fråga om en delskada. I stället för återanskaffning kan det då bli fråga om att egendomen återställs genom reparation. I så fall torde skadan i princip få

värderas till reparationskostnaden. Ett avdrag på ersättningen kan då komma i fråga om reparationen innebär en förbättring, t.ex. därför att gamla och uttjänta delar ersätts med nya, eller omvänt, ytterligare ersättning betalas ut ifall trots reparationen skadan medför en varaktig värdeminskning.

I vissa fall är det tänkbart att återanskaffning inte är praktiskt möjlig, en situation som *andra meningen* tar sikte på (den är alltså inte tillämplig när återanskaffning kan ske men av någon anledning inte kommer till stånd). Som exempel kan nämnas skada på unika konstföremål och på egendom anskaffad för ett mera tillfälligt ändamål, t.ex. för en utställning. För sådana situationer skall ersättning utgå med vad som omedelbart före försäkringsfallet kunnat fås vid en ändamålsenlig försäljning.

På samma sätt som den försäkrade har en viss bevisbörda när det gäller försäkringsfallets inträffande måste han ombesörja bevisning om skadans storlek. I vissa fall kan det vara naturligt att tillämpa den särskilda bevisregeln i 35 kap. 5 § rättegångsbalken under de förutsättningar som gäller för detta.

Underförsäkring

3 § Skall försäkringsbeloppet enligt försäkringsvillkoren motsvara värdet av försäkrad egendom eller annat försäkrat intresse och understiger försäkringsbeloppet i betydande mån detta värde, kan ersättning från försäkringen sättas ned i förhållande till underförsäkringen.

(Jfr 6 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen tar sikte på det fallet när försäkringsbeloppet är lägre än det faktiska värdet och försäkringstagaren alltså betalar en för låg premie, underförsäkring. I fråga om vad som gäller vid företagsförsäkring, se 8 kap. 18 § andra stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 6.5. – Paragrafen motsvarar i sak 35 § i 1980 års KFL.

Nedsättning av försäkring ersättningen blir aktuell bara om skillnaden mellan försäkringsbeloppet och den försäkrade egendomens värde är betydande. Vid bedömningen av om det föreligger en sådan skillnad får hänsyn tas till såväl absoluta som relativa tal. En avvikelse på 20 000 kr kan betraktas som betydande vid en försäkring på 50 000 kr men inte vid en på 1 miljon kr. En avvikelse på tio procent kan betraktas som mindre betydande vid en försäkring på 50 000 kr men som betydande vid en försäkring på 1 miljon kr. Det är likgiltigt om underförsäkringen fanns redan när försäkringen tecknades eller om den beror på att egendom därefter har tillkommit (t.ex. genom att försäkringstagaren har gjort betydande nyanskaffningar till sitt hem) eller på att värdet av försäkrad egendom har ändrats (konstverk av en särskild konstnär har exempelvis ökat starkt i värde efter det att försäkringen tecknades). Det är också utan betydelse om försäkringstagaren kan anses vara i god tro.

Rättsföljden av att underförsäkring föreligger är att försäkringsersättningen får sättas ned i förhållande till underförsäkringen, dvs. efter förhållandet mellan försäkringsbeloppet och det försäkrade intressets värde. Detta förutsätter en värdering av egendom som finns kvar oskadad efter ett försäkringsfall.

I många fall då premien beräknas på grundval av ett angivet försäkringsbelopp täcker försäkringen även skador för vilka varken risken eller premien står i direkt proportion till värdet av den försäkrade egendomen. Exempel på detta är att hemförsäkring, vars premie beräknas efter värdet av försäkrad lös egendom, också omfattar skadeståndsansvar, rättsskydd och reseskydd. Ersättning som avser sådana moment skall inte reduceras på grund av underförsäkring beträffande den lösa egendomen.

Dubbelförsäkring

4 § Om samma intresse har försäkrats mot samma risk hos flera försäkringsbolag, är varje försäkringsbolag ansvarigt mot den försäkrade som om det bolaget ensamt hade meddelat försäkring. Den försäkrade har dock inte rätt till högre ersättning från bolaget än som sammanlagt svarar mot skadan. Överstiger summan av ansvarsbeloppen skadan, fördelas ansvaret mellan försäkringsbolagen efter förhållandet mellan ansvarsbeloppen.

(Jfr 6 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Bestämmelsen handlar om den situationen när samma intresse är försäkrat mot samma risk hos flera försäkringsbolag, dubbelförsäkring. I fråga om vad som gäller vid företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 18 § tredje stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 6.5. – Paragrafen stämmer överens med 36 § i 1980 års KFL.

Ett exempel på dubbelförsäkring är när en hemförsäkring och en reseförsäkring båda täcker skada på egendom som medförs på resa, ett annat när en hemförsäkring täcker skada på lös egendom som den försäkrade har i sitt fritidshus samtidigt som han har en särskild fritidshusförsäkring som täcker även lös egendom. Försäkringarna kan också vara tecknade av olika försäkringstagare, t.ex. när egendom förvarad hos en hantverkare täcks både av ägarens hemförsäkring och av hantverkarens försäkring. Att den senare försäkringen är en företagsförsäkring där kanske avvikande villkor gäller hindrar inte att konsumentens rätt till ersättning ur hemförsäkringen bedöms enligt denna bestämmelse. Däremot är det inte fråga om dubbelförsäkring när en egendomsförsäkring och en ansvarsförsäkring täcker samma skada, eftersom det inte är samma intresse som försäkras. Det är också fråga om en annan situation om en försäkring är subsidiär och gäller bara under förutsättning att en annan försäkring inte finns. Ett exempel är att en hemförsäkring inte täcker skador på egendom som tillhör försäkringstagarens familjemedlemmar om dessa har en egen försäkring på egendomen. Själva formuleringen är inte avgörande för om villkoret skall anses utgöra ett förbehåll om ansvarsfrihet som inte är förenligt med reglerna om dubbelförsäkring eller om det innebär att försäkringen gäller bara subsidiärt. Hänsyn får också tas till andra omständigheter.

När dubbelförsäkring föreligger kan enligt *första meningen* den försäkrade kräva ersättning av vilket som helst av försäkringsbolagen upp till det belopp för vilket bolaget svarar. Regeln om försäkringsbolagens solidariska ansvar är tvingande, vilket innebär att ett försäkringsbolag inte kan friskriva sig från ansvar för det fallet att intresset är försäkrat hos ett annat försäkringsbolag.

Av *andra meningen* framgår att den försäkrade vid dubbelförsäkring inte har rätt till högre ersättning än som sammanlagt svarar mot skadan. Om någon tvekan kan uppstå om vad som svarar mot skadan, får man utgå från vad som kan ersättas enligt villkoren för den försäkring som medger den högsta ersättningen. Om exempelvis en skada enligt villkoren för en av två försäkringar kan ersättas enligt "nyvärdesprincipen" (dvs. utan avdrag för ålder och bruk) men enligt villkoren för den andra bara enligt "dagsvärdesprincipen" (dvs. med sådant avdrag), har den försäkrade rätt till ersättning för nyvärdet (men inte till högre ersättning). Däremot har en försäkrad inte rätt att ur två försäkringar, som båda för en viss situation ger ersättning bara med dagsvärdet, få ersättning upp till nyvärdet ens om han styrker att det på marknaden finns försäkringar som ger ersättning upp till nyvärdet i en situation som motsvarar den inträffade.

Bestämmelsen i *tredje meningen* om ansvarighetens fördelning rör inte direkt den försäkrade utan förhållandet mellan flera försäkringsbolag. Den är dispositiv. Försäkringsbolagen kan alltså avtala om en annan fördelning än den som lagen anvisar. Avtalet kan som antytts gå ut på att en viss försäkring skall svara efter en annan. Med ansvarsbelopp avses det belopp med vilket ett försäkringsbolag som ensamt meddelat försäkring skulle ha svarat, med hänsyn till försäkringsavtalet och lagens regler om försäkringsersättningsberäkning.

Ersättning för räddningskostnader

5 § Även om ett avtalat försäkringsbelopp överskrids, ansvarar försäkringsbolaget för en kostnad som den försäkrade har till följd av åtgärder som avses i 4 kap. 7 §, i den mån dessa kan anses försvarliga och går utöver sådana skyddsåtgärder som en försäkrad normalt får räkna med.

(Jfr 6 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Bestämmelsen reglerar försäkringsbolagets skyldighet att ersätta kostnader som den försäkrade har haft för att hindra eller minska en skada. I fråga om vad som gäller vid företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 18 § tredje stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 6.5. – Paragrafen har i stort sett sin motsvarighet i 53 § första stycket i 1927 års FAL.

En försäkrad som har kostnader för att fullgöra sin räddningsplikt enligt 4 kap. 7 § har han rätt att få dessa kostnader ersatta, under förutsättning att de är försvarliga och går utöver det normala. Det senare innebär att det måste vara fråga om handlingar som skiljer sig från det normala sättet att ta hand om den försäkrade egendomen. Den principiella skyldigheten att ersätta kostnader av detta slag bygger på liknande tankegångar som allmänna grundsatser om rätt till ersättning för handlingar i annans intresse i nödsituationer. Det är självfallet angeläget från försäkringsbolagets synpunkt att den försäkrade inte av ekonomiska skäl låter bli att vidta rimliga skadehindrande åtgärder. Den försäkrade riskerar ju att försäkringsersättningen sätts ned bara vid mera allvarlig vårdslöshet (jfr 4 kap. 7 § andra stycket).

Paragrafen innebär att avtalad självrisk inte får begränsa den försäkrades rätt till ersättning för räddningskostnader. En självrisk kan vid exempelvis egendomsförsäkring avräknas bara från det värde som den skadade egendomen skall anses ha. Om den försäkrades insatser har inneburit att en skada kunnat undvikas, skall sålunda hela räddningskostnaden betalas av försäkringsbolaget, allt under förutsättning att det har rört sig om åtgärder som varit försvarliga och gått utöver vad som normalt kan fordras av den försäkrade.

7 kap. Skaderegleringen m.m.

Kapitlet behandlar försäkringsbolagets skyldigheter i samband med skaderegleringen samt vissa andra frågor med sikte på tiden efter att ett försäkringsfall har inträffat. Det har vid personförsäkring sin motsvarighet i 16 kap. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningarna i 8 kap. 19 §. Bestämmelserna bygger till stor del på reglerna i 1980 års KFL.

Kapitlet innehåller nio paragrafer och inleds med bestämmelser om försäkringsbolagets skyldighet att skyndsamt reglera ett försäkringsfall och om tidpunkten då försäkringsersättning senast skall betalas ut (1 §). I de två följande paragraferna finns bestämmelser om följderna av att den ersättningsberättigade försummar att följa försäkringsvillkor som tar sikte på regleringen av försäkringsfall eller lämnar oriktiga uppgifter till försäkringsbolaget av betydelse för skaderegleringen (2 och 3 §§). De följs av bestämmelser om preskription av rätten till försäkringsersättning (4 §) och om risken för att olika meddelanden från försäkringsbolaget försenas eller inte alls kommer fram (5 §). I kapitlet har det befunnits lämpligt att också samla bestämmelserna om domstolsprövning av vissa beslut av försäkringsbolaget (6–8 §§), vilka rör inte bara rätten att teckna och behålla försäkringen utan också försäkringsbolagets uppsägning i förtid. Den avslutande paragrafen innehåller en bestämmelse om försäkringsbolagets regressrätt mot skadevällaren om försäkringsbolaget har ersatt en skada (9 §).

Tiden för utbetalning av försäkringsersättning

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

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

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

(Jfr 8 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets skyldigheter vid skaderegleringen. Den har vid personförsäkring en motsvarighet i 16 kap. 1 §. I

fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.1. – Paragrafen motsvarar i stora drag 37 § första stycket och 38 § i 1980 års KFL.

Första stycket

För att tillgodose den ersättningsberättigades intresse åläggs här försäkringsbolaget att utan uppskov vidta de åtgärder som behövs för att försäkringsfallet skall kunna regleras samt att handlägga försäkringsärendet så skyndsamt som möjligt. Försäkringsbolagets skyldigheter inträder vid underrättelse om försäkringsfallet, vanligen genom en anmälan från någon som påstår sig ha rätt till ersättning. Det kan också förekomma att underrättelsen kommer från annat håll, t.ex. från polisen om en inträffad trafikolycka. Tänkbart är också att anmälan görs av en anhörig eller bekant till den försäkrade. I dessa fall skall skaderegleringen inledas och genomföras utan uppskov. Att försäkringsbolaget t.ex. genom massmedia får reda på att en skada inträffat där en viss försäkringen kan tas i anspråk medför däremot inte att försäkringsbolaget blir skyldigt att vidta åtgärder för en skadereglering.

Det är inte nödvändigt att ersättningsanspråken preciseras i en skadeanmälan. Försäkringsbolaget måste ändå börja utredningen så att ersättning kan betalas så snart som möjligt. Skaderegleringen skall göras så snabbt som omständigheterna tillåter. Försäkringsbolaget skall verka för att den försäkrade och andra, exempelvis den skadelidande vid ansvarsförsäkring, får den ersättning de är berättigade till och inte bara överlåta åt den som begär ersättning att utreda saken själv. Att en försäkrad kan ha bevisbördan i en domstolsprocess om ett förhållande innebär inte att det är hans sak att skaffa fram all behövlig utredning på detta stadium. Däremot ankommer det på den som begär ersättning att bidra till utredningen, något som uttrycks i andra stycket. Men det är försäkringsbolagets ansvar att tala om för den potentiellt ersättningsberättigade vilket underlag försäkringsbolaget behöver för att reglera skadan.

Det är bara de ersättningsberättigades behöriga intresse som skall beaktas. Det skulle stå i strid med kollektivets intresse om försäkringsbolaget av ena eller andra anledningen skulle infria ogrundade krav. Försäkringstagarna har berättigade anspråk på likabehandling. Detta måste anses rymmas i kravet på att skaderegleringen, liksom försäkringsverksamheten i övrigt, skall uppfylla god försäkringsstandard (1 a § tredje stycket försäkringsrörelselagen; jfr prop. 1998/99:87 s. 182). I en korrekt skadereglering ligger också att försäkringsbolaget motverkar försäkringsbedrägerier och andra ohederliga förfaranden vilka kan drabba lojala försäkringstagare genom höjda premier.

Andra stycket

Här anges den tid inom vilken försäkringsersättningen skall betalas till den ersättningsberättigade, dvs. fordringens förfallodag.

Utgångspunkten för enmånadsfristen är enligt *första meningen* att dels försäkringsfallet anmälts, dels den utredning som behövs från den försäkrades sida har lagts fram. Har utredningen redovisats först senare, är

det denna tidpunkt som är avgörande. Fordras särskild utredning för en viss post, t.ex. för reparationskostnader, kan förfallotiden för den förskjutas i motsvarande mån, trots att det från början stått klart att ersättningsskyldighet i princip föreligger. I det läget kan dock en tillämpning av tredje stycket bli aktuell.

I paragrafens *andra mening* har beaktats att försäkringsbolaget i vissa fall kan vara förhindrat att betala inom månadsfristen. Vid periodiska utbetalningar, t.ex. livränta, skall betalningen per definition ske fortlöpande. På grund av bestämmelserna i 9 kap. 9 § kan försäkringsbolaget vara tvunget att hålla inne viss betalning. Vid vissa försäkringar kan det förekomma (exempelvis vid s.k. nyvärdesförsäkring) att rätten till den del av försäkringsersättningen som överstiger dagsvärdet förutsätter att en byggnad återuppförs eller skadad egendom återanskaffas. I sådana fall är det också tänkbart att man får avvakta ett myndighetsbeslut, t.ex. bygglov för det nya bygget.

Det som sägs i andra stycket innebär att försäkringsersättningens förfallodag skall anses bestämd i förväg (jfr prop. 1975:102 s. 117 och 125, prop. 1979/80:9 s. 163 f. och prop. 1983/84:138 s. 6). Om försäkringsbolaget inte gör en utbetalning inom den föreskrivna tiden, t.ex. för att göra en närmare granskning av den utredning som framlagts, blir bolaget därför skyldigt att betala ränta enligt 3 § första stycket och 6 § räntelagen (1975:635). Även om försäkringsbolaget har fog för att ta längre tid på sig att ta ställning till det anspråk som framställs och den utredning som presenteras, kan det inte därigenom undgå skyldighet att betala ränta. Att försäkringsbolaget med hänsyn till 9 kap. 9 § vid ansvarsförsäkring anser sig vara skyldigt att avvakta med utbetalningen längre än annars befriar det inte heller från att utge ränta. – Eftersom räntelagen är dispositiv, kan försäkringsvillkoren dock innehålla särskilda regler om dröjsmålsränta.

Försäkringsbolaget bör självfallet sträva efter att ha sådana rutiner att betalning sker i god tid innan en månadsfrist går ut. Denna frist är att se som en yttersta gräns. Även om ett ärende inte är fullständigt utrett, torde försäkringsbolaget ofta ha möjlighet att betala ut ett belopp à conto (jfr tredje stycket) och därigenom minska det belopp som dröjsmålsräntan beräknas på.

Stycket är tillämpligt också vid rättsskyddsförsäkring, när den försäkrade undan för undan redovisar räkningar från sitt ombud.

Tredje stycket

Detta stycke innehåller en regel om förskottsbetalning. Det kan uppkomma situationer då det är motiverat att försäkringsbolaget betalar viss ersättning i förskott. Ersättningsanspråket kan tänkas omfatta vissa delbelopp som det är alldeles klart att försäkringsbolaget skall betala. I ett sådant fall skall det beloppet betalas ut genast.

Försäkringsbolaget kan alltså inte passivt vänta på att den berättigade begär utbetalning. I synnerhet när det gäller större icke tvistiga belopp faller det sig naturligt att försäkringsbolaget är aktivt för att få klarlagt om den försäkrade önskar utnyttja rätten till förskottsbetalning. Även om det inte anges uttryckligen, får ett ersättningsyrkande ibland tolkas så att det avser också krav på förskottsbetalning.

Försummelse att anmäla försäkringsfall, m.m.

2 § Om den ersättningsberättigade har försummat att följa försäkringsvillkor om skyldighet att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget inom viss tid eller villkor eller anvisningar enligt dessa om skyldighet att medverka till utredningen av försäkringsfallet eller av bolagets ansvar, och försummelsen har medfört skada för bolaget, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till honom sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna. Om den försäkrade vid ansvarsförsäkring har gjort sig skyldig till sådan försummelse som sägs i första meningen, har försäkringsbolaget i stället rätt att återkräva en skälig del av vad bolaget har utgett till den skadelidande.

Första stycket tillämpas inte om oaktsamheten har varit ringa.

(Jfr 8 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om det fallet då försäkringsvillkoren anger att ett försäkringsfall skall anmälas inom viss tid eller villkor eller anvisningar att den ersättningsberättigade skall medverka på visst sätt i utredningen av försäkringsfallet eller i frågan om försäkringsbolagets ansvar men den ersättningsberättigade försummar att göra detta. Den har vid personförsäkring en motsvarighet i 16 kap. 3 §. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.2. – Paragrafen har delvis sin motsvarighet i 21 § i 1927 års FAL och 31 § i 1980 års KFL.

Första stycket

Det har inte ansetts motiverat med några lagregler om vad den ersättningsberättigade skall iaktta för att få försäkringsersättningen utbetald. Det är två faktorer som gör sig gällande här. Den ena är att försäkringsfallet skall anmälas i tid. Den andra är att den ersättningsberättigade, som kan vara såväl en försäkringstagare som en skadelidande tredje man som har rätt att ställa direktkrav med stöd av 9 kap. 7 §, skall medverka i utredningen av försäkringsfallet eller av försäkringsbolagets ansvar. Dessa frågor får regleras i försäkringsvillkoren. Lagen ger bara besked om följderna av att villkoren eller, när det gäller medverkan i sådana utredningar som just har nämnts, anvisningar som bygger på villkoren, försummas i denna del. Det är alltså möjligt för försäkringsbolaget att med stöd av villkoren ange vad som skall iakttagas för att rätten till ersättning skall inträda men också att i det enskilda fallet komplettera detta med närmare anvisningar. Om den ersättningsberättigade försummar att följa dessa villkor eller anvisningar, kan enligt *första meningen* försäkringsersättningen sättas ned. Men nedsättning kan komma i fråga bara om försummelsen verkligen lett till skada för försäkringsbolaget. Försäkringsbolaget kan alltså normalt inte åberopa reglerna om bolaget t.ex. har fått nödvändig information om ett försäkringsfall men av någon annan än den försäkrade.

Avseende får inte fästas vid hur någon annan än den ersättningsberättigade har handlat. Har en försäkrad t.ex. försummat att i enlighet med villkoren inkomma med viss nödvändig utredning till försäkringsbolaget, skall detta alltså inte drabba andra försäkrade.

Vid ansvarsförsäkring får försäkringsbolaget inte sätta ned ersättningen på grund av försummelse från den försäkrades sida. I detta fall får bolaget i stället enligt *andra meningen* återkräva ett skäligt belopp av

denne, vilket kan motsvara den nedsättning som skulle ha skett i fall det varit fråga om en annan typ av försäkring.

Bedömningen i nedsättningsfrågan skall ske på ett nyanserat sätt, varvid samtliga omständigheter får beaktas. Nedsättning skall göras efter vad som är skäligt med hänsyn till dessa omständigheter. Detta innebär att hänsyn kan tas bl.a. till graden av försummelse hos den ersättningsberättigade och försäkringsbolagets ökade kostnader på grund av att villkoren inte följts. Också rimligheten i ett åsidosatt försäkringsvillkor kan beaktas.

Andra stycket

Vid bara ringa oaktsamhet får ersättningen inte sättas ned, i överensstämmelse med vad som gäller vid åtskilliga andra fall av åsidosatt biförpliktelse (jfr 4 kap. 9 § första stycket 1). Ett exempel är att försäkringstagaren har dröjt med att anmäla försäkringsfallet bara en kort tid.

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

(Jfr 8 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om att försäkringsersättningen i vissa fall kan sättas ned som en följd av vad som förekommit efter ett försäkringsfall. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 16 kap. 4 §. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.2. – Paragrafen motsvarar 34 § i 1980 års KFL.

Innebörden av bestämmelsen är att ersättning som någon i och för sig har rätt till på grund av ett försäkringsfall kan sättas ned på grund av att personen i fråga med uppsåt eller av grov vårdslöshet har lämnat oriktiga uppgifter som har betydelse för bedömningen av rätten till ersättning från försäkringen. Detsamma gäller förtigande eller döljande av något som har betydelse för bedömningen av rätten till ersättning. Nedsättningen skall ske efter vad som är skäligt.

De oriktiga uppgifterna, förtigandet eller hemlighållandet kan gälla t.ex. huruvida viss egendom har förstörts, skadats eller stulits. Det kan också gälla den skadade eller förlorade egendomens beskaffenhet eller värde. Till döljande av en omständighet får räknas undertryckande av bevismedel och obehörig påverkan på vittnen eller andra upplysningspersoner. Nedsättning kan komma i fråga då grunden för nedsättning uppmärksammas innan försäkringsersättningen betalas ut. Försäkringsbolaget kan också göra gällande felaktiga uppgifter som upptäcks senare och får då helt eller delvis återkräva det belopp som har betalats ut. Här kan det få viss betydelse för skälighetsprövningen hur lång tid som förflutit efter skaderegleringen. Nedsättningsreglerna är tillämpliga då de oriktiga uppgifterna osv. kunnat leda till att försäkringsbolaget fått betala en ersättning som över huvud taget inte skulle ha utgetts. Men det

är också möjligt att tillämpa dem om uppgifterna har eller skulle ha medfört en större ersättning än den riktiga eller om den försäkrade – eller en skadelidande tredje man som med stöd av 9 kap. 7 § om direktkrav vänder sig till försäkringsbolaget – försöker att lura till sig ett belopp som rätteligen skall tillfalla någon annan. Ett exempel är att den försäkrade uppger att han ensam äger den försäkrade egendomen med vetskap om att det finns ytterligare en ägare. – De felaktiga uppgifterna etc. kan också tänkas avse att gynna inte den försäkrade själv utan någon annan som när han i samband med sin egen skadeanmälan lämnar oriktiga uppgifter för att hjälpa också en annan försäkrad till ersättning. Om den personen uppbär ersättning med insikt om förhållandet, kan också dennes ersättning komma att reduceras.

De oriktiga uppgifterna etc. skall ha lämnats uppsåtligen eller av grov vårdslöshet för att nedsättning skall komma i fråga. Om den försäkrade har förfarit uppsåtligen, utgör förfarandet typiskt sett försäkringsbedrägeri eller försök till sådant. Paragrafen är emellertid tillämplig även om det inte är fråga om något brottsligt förfarande. Det ligger i sakens natur att en mildare bedömning är motiverad när den som begär ersättning inte handlat uppsåtligen. Över huvud taget torde det sällan bli fråga om nedsättning på grund av grov vårdslöshet i andra fall än när det mesta talar för att den ersättningsberättigade har varit medveten om oriktigheten i lämnade uppgifter men tillräcklig bevisning inte kan anses föreligga om uppsåt.

Nedsättning kan komma i fråga bara vid skuld hos den som begär ersättning. Om någon annan, t.ex. försäkringstagaren, utan att själv vara berättigad till försäkringsersättning, lämnar felaktiga uppgifter till försäkringsbolaget, kan det alltså inte bli fråga om att sätta ned försäkringsersättningen. Om den berättigade är omyndig, är det emellertid i regel förmyndarens agerande som är av betydelse. Det kan dock ibland vara oskäligt att låta detta gå ut över den omyndige.

Frågan om nedsättning skall avgöras efter vad som är skäligt i det enskilda fallet, och hänsyn skall då tas till samtliga omständigheter. Det blir alltså fråga om nedsättning främst då de oriktiga uppgifterna, hemlighållandet eller förtigandet verkligen medfört ersättning som rätteligen inte borde ha utgått. Men också om uppgifterna etc. bara har inneburit en risk att försäkringsbolaget skulle få betala ut för hög ersättning, kan det vara motiverat med en reduktion.

Det kan tänkas förekomma att en mäklare med fullmakt eller annat ombud utan den försäkrades inblandning lämnat oriktiga uppgifter till försäkringsbolaget i samband med skaderegleringen. På motsvarande sätt som i andra sammanhang går sådana försummelser i princip ut över den försäkrade. Det kan dock vara orimligt att sätta ned ersättningen till en godtroende konsument. För att nedsättning skall vara skälig i ett sådant fall torde det normalt krävas att den försäkrade själv gjort sig skyldig åtminstone till betydande vårdslöshet. – I den mån den försäkrade går miste om ersättning på grund av mäklarens uppsåtliga eller vårdslösa förfarande, har han normalt möjlighet att vända sig mot denne med krav på skadestånd.

Paragrafen är inte tillämplig då det är fråga om att felaktiga uppgifter som lämnats redan då försäkringen tecknades upprepas i samband med

skaderegleringen. Den nedsättning som då kan komma i fråga behandlas i 4 kap.

Det kan anmärkas att, när den försäkrade på grund av bedrägliga uppgifter vållat försäkringsbolaget särskilda kostnader i ärendet, han kan bli ersättningsskyldig också enligt allmänna skadestandsregler, närmast 2 kap. 4 § skadeståndslagen (se rättsfallet NJA 1994 s. 709).

Preskription av rätt till försäkringsersättning

4 § Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning måste väcka talan mot försäkringsbolaget inom tre år efter att ha fått kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från det att anspråket tidigast kunde göras gällande. Annars går rätten till ersättning förlorad. Om anspråk har framställts till försäkringsbolaget inom denna tid, är fristen enligt första meningen alltid minst sex månader från det att bolaget har förklarat att det har tagit slutlig ställning till anspråket.

(Jfr 8 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om vad som måste göras av den som har anspråk på försäkringsersättning för att hans fordran inte skall bli föremål för preskription, dvs. förlora sin verkan. Den har vid personförsäkring sin motsvarighet i 16 kap. 5 §. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.3. – Paragrafen motsvarar i sak 39 § i 1980 års KFL.

Paragrafen förutsätter att det är fråga om ett krav på sådan ersättning som grundas direkt på ett försäkringsavtal, alltså försäkringsersättning. Om någon framställer ett anspråk på skadestånd mot ett försäkringsbolag, t.ex. på grund av att detta inte utan uppskov har vidtagit de åtgärder som behövs för att reglera försäkringsfallet eller inte har handlagt ärendet tillräckligt skyndsamt (jfr 1 §), är bestämmelsen inte tillämplig. På ett sådant krav skall i stället preskriptionslagen (1981:130) tillämpas. Paragrafen tar inte heller sikte på den tid inom vilken den ersättningsberättigade har att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget. Beträffande denna skyldighet gäller särskilda regler i villkoren. Följderna av en försenad anmälan till försäkringsbolaget behandlas i 2 §.

Av *första meningen* framgår hur ett preskriptionsavbrott kan åstadkommas, nämligen genom att den som vill göra anspråk på försäkringsersättning väcker talan mot försäkringsbolaget. Med att väcka talan avses i första hand att den som vill ha ersättning ansöker om stämning eller om betalningsföreläggande mot försäkringsbolaget. Uttrycket inbegriper också att en fordran på ersättning ur en båtförsäkring kommer under behandling av dispassör, att en fordran bevakas i försäkringsbolagets konkurs liksom att saken hänskjuts till skiljeman. Utan att det framgår av lagtexten gäller att ett preskriptionsavbrott sker om försäkringsbolaget erkänner kravet på ersättning, vilket kan ske genom ett muntligt eller skriftligt besked till den som begär ersättning men också konkludent genom att viss ersättning betalas ut. Krav utom rätta eller anmälan till Allmänna reklamationsnämnden eller till någon av försäkringsbranschens nämnder är däremot inte tillräckligt för att bryta preskriptionen. Det är en skillnad mot vad som gäller enligt preskriptionslagen.

Huvudregeln är att talan skall väckas inom tre år från det att den som begär ersättning fått kännedom om att anspråket kunde göras gällande. Kravet på kännedom innebär att han skall ha fått ett objektivt sett någorlunda säkert underlag i fråga om alla de faktiska förhållanden som grundar rätten till ersättning. Oavsett om och när den som vill ha ersättning fick kännedom om att ett anspråk kunde göras gällande, måste talan emellertid väckas innan det har gått tio år från det att anspråket tidigast kunde göras gällande.

Av *andra meningen* framgår att ett anspråk mot försäkringsbolaget preskriberas om inte talan väcks mot bolaget inom de angivna fristerna. Sedan preskription inträtt kan en tidigare ersättningsberättigad inte längre få försäkringsbolaget förpliktat att betala något försäkringsbelopp.

Syftet med bestämmelsen i *tredje meningen* är att hindra rättsförlust när skadan väl har anmälts till försäkringsbolaget men ärendet regleras först sedan treårs- eller tioårsfristen har gått ut eller kort tid dessförinnan. Den som begär ersättning kan givetvis hålla sig till den frist han har enligt första meningen, om denna löper ut senare än sexmånadersfristen enligt förevarande mening.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 16 kap. 5 §.

Risken för vissa meddelanden

5 § Gör försäkringstagaren sannolikt att ett meddelande som avses i 3 kap. 3, 6 eller 8 § eller 5 kap. 2 § har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte har kunnat råda över, får meddelandet verkan tidigast en vecka efter den dag då det kom fram och senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsånde det. Meddelandet får dock aldrig verkan tidigare än som anges i handlingen.

(Jfr 8 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen ger besked om vem som står risken, den s.k. postrisken, för att vissa sådana meddelanden som försäkringsbolaget enligt lagen har att tillställa försäkringstagaren försenas eller inte alls kommer fram. Bestämmelsen tar sikte på dels rena uppsägningar, dels ändringar av försäkringsvillkoren. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 16 kap. 6 §. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.4. – Bestämmelsen överensstämmer väsentligen till sin innebörd med 15 § andra stycket och 25 § första stycket i 1980 års KFL.

I 3 kap. 3 § andra stycket regleras formkrav och uppsägningstid för försäkringsbolagets uppsägning av en försäkring till försäkringstidens utgång. Bestämmelserna i 3 kap. 6 § andra stycket handlar om motsvarande frågor när försäkringsbolaget säger upp försäkringen före försäkringstidens utgång. I 3 kap. 8 § anges vad som gäller för försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden. I 5 kap. 2 § behandlas försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen vid premiedröjsmål. Av bestämmelserna framgår att uppsägningen eller ändringen skall ske skriftligen.

Förevarande paragraf innebär att risken för att ett meddelande av detta slag försenas eller inte alls kommer fram ligger på försäkringsbolaget, om händelsen beror av omständigheter som försäkringstagaren inte har

kunnat råda över – t.ex. när meddelandet har kommit bort i posten eller lämnats till fel adressat som inte genast skickar det vidare. Om däremot orsaken är att försäkringstagaren har flyttat och inte anmält den nya adressen till försäkringsbolaget, får han däremot typiskt sett själv få stå för konsekvenserna. Att försäkringstagaren är bortrest och därför inte får uppsägningen faller inte alls under regeln.

Det fordras att försäkringstagaren gör sannolikt dels att meddelandet har försenats eller inte kommit fram, dels att detta beror på andra omständigheter än sådana som han kunnat råda över. Ett naket påstående att han inte har mottagit meddelandet är inte tillräckligt (jfr rättsfallet NJA 1973 s. 8). Har meddelandet försenats, åligger det också försäkringstagaren att visa när det kom fram, eftersom meddelandet får verkan tidigast en vecka efter denna tidpunkt. Meddelandet får dock verkan senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände det.

Tvist om rätten att teckna eller behålla en försäkring

6 § Har ett försäkringsbolag i strid mot 3 kap. 1 § vägrat någon att teckna eller förnya en försäkring, skall domstol på yrkande av denne förklara att han har rätt att teckna eller förnya försäkringen.

Talan om förklaring enligt första stycket skall väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget till sökanden har avsänt meddelande om sitt beslut, uppgift om skälen för detta och upplysning om vad sökanden skall göra för att få beslutet prövat av domstol. Väcks inte talan inom denna tid, är rätten att föra talan förlorad.

Domstolen får bestämma att försäkringstiden skall räknas från den tidpunkt som skulle ha gällt om försäkringsbolaget hade bifallit ansökan.

(Jfr 8 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar vad som gäller när en konsument har vägrats försäkringsskydd och därför vill föra talan mot försäkringsbolaget i denna fråga. Den har vid personförsäkring sin motsvarighet i 16 kap. 7 §. Vid företagsförsäkring har den ingen motsvarighet, eftersom det där inte finns någon kontraheringsplikt. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.5. – Paragrafen motsvarar 41 § i 1980 års KFL.

I fråga om förutsättningarna för en talan av det slag som behandlas i paragrafen hänvisas till 3 kap. 1 §.

Ett försäkringsbolag som inte vill förnya försäkringen, måste iaktta en uppsägningstid på en månad (3 kap. 3 § andra stycket). I och för sig är försäkringsbolaget inte skyldigt att i uppsägningen ange skälen för denna utan kan göra detta senare. I det fallet räknas dock fristen i andra stycket i förevarande paragraf först från den senare tidpunkten. Av praktiska skäl börjar fristen löpa redan när försäkringsbolaget avsänder meddelandet. Som ett visst skydd för sökanden har fristen satts till sex månader.

I övrigt hänvisas till motiven till motsvarande bestämmelser i 1980 års KFL (prop. 1979/80:9 s. 167 f.).

7 § Har ett försäkringsbolag sagt upp en försäkring i förtid i strid mot denna lag eller mot försäkringsavtalet, skall domstol på yrkande av försäkringstagaren förklara att uppsägningen är ogiltig.

Talan om förklaring enligt första stycket skall väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget till försäkringstagaren har avsänt uppsägningen, uppgift om skälen för denna och upplysning om vad försäkringstagaren skall göra för att få beslutet prövat av

domstol. Talan behöver dock aldrig väckas före den tidpunkt när uppsägningen skulle få verkan. Väcks inte talan inom denna tid, är rätten att föra talan förlorad.

(Jfr 8 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar vad som gäller när försäkringsbolaget har beslutat att säga upp försäkringen i förtid och försäkringstagaren därför vill föra talan mot försäkringsbolaget i denna fråga. Den har vid personförsäkring sin motsvarighet i 16 kap. 8 §. Vid företagsförsäkring har den ingen motsvarighet. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.5. – Paragrafen motsvarar i sak 42 § i 1980 års KFL.

För att bestämmelserna i *andra stycket* om att talan måste väckas inom viss tid skall bli tillämpliga måste de formella reglerna kring uppsägningen ha iakttagits. Exempelvis måste försäkringsbolaget vid premiedröjsmål ha erinrat försäkringstagaren om möjligheten att undgå uppsägning genom att betala premien inom viss tid. Om försäkringsbolaget har åsidosatt dessa regler, finns det över huvud taget inte någon korrekt uppsägning. Fristen om sex månader räknas från det att uppsägningen har avsänts samt försäkringsbolaget har avsänt uppgift om skälen för uppsägningsbeslutet och upplysning om vad försäkringstagaren skall göra för att få beslutet prövat av domstol.

Bestämmelsen i *andra stycket sista meningen* innebär att en uppsägning från försäkringsbolagets sida gäller om försäkringstagaren låter bli att begära domstolsprövning av försäkringsbolagets beslut inom föreskriven tid. Detta innebär att försäkringsbolaget i princip inte kan förpliktas utge någon försäkringsersättning med anledning av en händelse som inträffar efter det att uppsägningen fått verkan. Huruvida det funnits skäl för uppsägningen saknar i det fallet betydelse.

I övrigt hänvisas till motsvarande bestämmelser i 1980 års KFL (1979/80:9 s. 168).

8 § Domstolen kan på yrkande meddela förklaring som avses i 6 eller 7 § att gälla för tiden intill dess att det finns ett avgörande som har vunnit laga kraft. En sådan förklaring får inte meddelas utan att försäkringsbolaget har beretts tillfälle att yttra sig över yrkandet.

(Jfr 8 kap. 8 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar domstolens möjlighet att meddela interimistiskt beslut i en fråga enligt 6 eller 7 §. Den har vid personförsäkring sin motsvarighet i 16 kap. 9 §. Den har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.5. – Paragrafen motsvarar i sak 43 § i 1980 års KFL.

Innan domstolen fattar ett interimistiskt beslut enligt denna bestämmelse kan det vara ändamålsenligt att den håller sammanträde för muntlig förberedelse i målet, även om inget hindrar att frågan avgörs på handlingarna.

Även om domstolen vid den slutliga prövningen av målet skulle ogilla försäkringstagarens talan, kan den givetvis inte häva det interimistiska beslutet för förfluten tid. Syftet med det beslutet är ju att garantera försäkringstagaren skydd mot skador under den tid målet är anhängigt

vid domstolen. Försäkringstagaren är i enlighet härmed skyldig att betala premie för den tid som försäkringsbolaget stått ansvar enligt det interimistiska beslutet.

Regressrätt

9 § Försäkringsbolaget inträder i den försäkrades rätt till skadestånd med anledning av skadan, i den mån denna omfattas av försäkringen och ersätts av bolaget.

(Jfr 8 kap. 9 § promemorian och 8 kap. 9 § SkFL.)

Paragrafen anger i vad mån försäkringsbolaget har rätt att rikta återkrav mot den som har orsakat en skada som har ersatts av bolaget. Den har för personförsäkring sin motsvarighet i 11 kap. 10 §. I fråga om företagsförsäkring, se hänvisningen i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns i avsnitt 6.6.6. – Paragrafen har viss motsvarighet i 25 § i 1927 års FAL (se också hänvisningen i 4 § i 1980 års KFL).

Enligt paragrafen har ett försäkringsbolag som betalat ut ersättning för att täcka den skada som dess försäkringstagare har drabbats av rätt att kräva tillbaka det utbetalade beloppet av den som är ansvarig för skadan enligt skadestandsregler. Skadan skall omfattas av försäkringen och ha ersatts av försäkringsbolaget. För att ett återkrav skall vara möjligt krävs inte att skadan har orsakats med uppsåt eller av grov oaktsamhet.

Tredje avdelningen

8 kap. Företagsförsäkring

I kapitlet har samlats bestämmelser som bara reglerar den individuella företagsförsäkringen, dvs. sådan skadeförsäkring som avser näringsverksamhet, offentlig verksamhet eller i övrigt inte är konsumentförsäkring (se om definitionerna i 1 kap. 3 §). Bestämmelserna reglerar i allt väsentligt sådana förhållanden som för konsumentförsäkringens del behandlas i 2–7 kap. I flera av dem hänvisas också till de kapitlen.

Kapitlet innehåller 20 paragrafer. I 1–3 §§ behandlas försäkringsbolagens information till kunderna och i 4–7 §§ ansvarstidens inträde, parternas rätt att säga upp försäkringen i förtid, försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringen och situationen vid försäkringsbolagets konkurs m.m. I 8–13 §§ behandlas frågor som har med försäkringstagarens s.k. biförpliktelser att göra. Till det avsnittet hör också bestämmelserna om s.k. identifikation (14 §), om undantag från begränsningar av försäkringsbolagets ansvar vid brott mot biförpliktelserna (15 §) och om reklamation från försäkringsbolagets sida när det vill göra gällande en ansvarsbegränsning (16 §). Vidare finns bestämmelser om premien i 17 § och om försäkringsersättningen i 18 §. Kapitlet avslutas med regler om skaderegleringen m.m. i 19 och 20 §§.

Försäkringsbolagets skyldighet att lämna information, m.m.

1 § Det som sägs i 2 kap. 1–7 §§ om information tillämpas också vid företagsförsäkring, om det inte kan antas att kunden saknar behov av informationen.

(Jfr 2 kap. 1 § promemorian och 2 kap. 1 § SkFL)

Paragrafen reglerar försäkringsbolagets informationsplikt vid företagsförsäkring. Den hänvisar till de paragrafer som anger vilken information som skall lämnas vid konsumentförsäkring. Av bestämmelsen framgår att försäkringsbolagen i vissa fall skall lämna en näringsidkare som är eller står i begrepp att bli försäkringstagare information i samma utsträckning och på samma sätt som vid konsumentförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 7.1. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Hänvisningen innebär att information om sådana förhållanden som nämns i 2 kap. 2 § skall lämnas innan ett försäkringsavtal ingås. Vidare skall efterköpsinformation av det slag som anges i 2 kap. 4 § lämnas snarast efter att ett avtal har träffats. Sådan information som anges i 2 kap. 5 § skall också lämnas under försäkringstiden och vid förnyelse, och information enligt 2 kap. 6 § skall lämnas vid villkorsändring. Den information som enligt 2 kap. 7 § skall lämnas vid skaderegleringen i vissa fall – när det råder tvist mellan parterna eller finns en risk för preskription – skall också lämnas vid företagsförsäkring.

Att det som föreskrivs om information till konsument i vissa fall också skall tillämpas vid företagsförsäkring avser inte bara informationens innehåll. Det gäller även det som sägs i 2 kap. 2–7 §§ om tidpunkten när informationen skall lämnas, om informationens syfte och omfattning och om förutsättningarna i övrigt för att information skall lämnas. Detsamma gäller föreskriften i 2 kap. 1 § om formen för informationen.

Av förevarande bestämmelse framgår emellertid att informationen inte alltid behöver ges. Försäkringsbolaget kan låta bli att lämna information, om det kan antas att företaget inte behöver den. Försäkringstagarnas behov av information vid företagsförsäkring varierar betydligt. Detta gäller både dess innehåll och form. Det finns företag som har anställda med särskild uppgift att bevaka företagets försäkringsbehov och att se till att företaget får ett tillfredsställande skydd. Ett sådant företag torde visserligen, liksom andra försäkringstagare, behöva information om hur olika försäkringar är utformade eller bör utformas om andra försäkringsförhållanden. Men detta informationsbehov är inte något som behöver återspeglas i lag. Företaget kan bedöma sitt försäkringsbehov och på eget initiativ diskutera detta med försäkringsbolagen. Försäkringar för stora eller mera svårbedömbara risker utformas vanligtvis i en dialog mellan försäkringsbolaget och försäkringstagaren, där försäkringens omfattning, säkerhetsföreskrifter och andra försäkringsvillkor går igenom i detalj. Långt ifrån alla företag har emellertid sådan kompetens som har berörts nu. Också förhållandevis stora företag kan emellanåt sakna insikter om sitt verkliga försäkringsbehov och om vilken upphandling av försäkringar som är den bästa från säkerhets- och finansiell synpunkt. När det gäller de mindre företagen kan man många gånger utgå från att de inte har bättre insikter i försäkringsförhållanden än den genomsnittlige konsumenten.

I den åtskillnad i behandlingen av olika försäkringstagare som uttrycks i bestämmelsen ligger att försäkringsbolaget i det enskilda fallet skall överväga om kunden har behov av information. När det är fråga om en kund som försäkringsbolaget redan förut har haft en affärsförbindelse med kan försäkringsbolaget bygga sin bedömning på de tidigare erfarenheterna. I andra fall kan försäkringsbolaget dra slutsatser om företagets behov av information utifrån sina kunskaper om företaget, t.ex. därför att detta har informerat försäkringsbolaget om sin kompetens på området. Typiskt sett torde information inte vara erforderlig när det handlar om stora eller medelstora företag som kan antas ha kunnande på försäkringsområdet, medan förhållandet är annorlunda i fråga om mindre företag. Om försäkringsbolaget tror att information är onödig, bör situationen normalt kunna klargöras genom att bolaget i samband med att avtal ingås frågar kunden om detta.

Det som har sagts nu innebär att ett försäkringsbolag inte i försäkringsvillkoren kan generellt friskriva sig från att lämna information under försäkringstiden. En friskrivning kan göras bara i förhållande till sådana försäkringstagare som har eller kan förväntas ha kompetens av det slag som har berörts och som därför kan antas sakna behov av information. I det enskilda fallet kan försäkringsbolaget och näringsidkaren i fråga också komma överens om att information inte behöver lämnas. Det framgår av hänvisningen till 2 kap. 3 §. Den bestämmelsen innebär också att kravet på förköpsinformation kan efterges om näringsidkaren t.ex. vill att försäkringen omedelbart skall träda i kraft.

2 § Om ett försäkringsbolag inte lämnar information enligt 1 §, får det åläggas att lämna informationen.

Ett åläggande att lämna information får innehålla att informationen skall ges i en handling eller i någon annan läsbar och varaktig form som är tillgänglig för mottagaren.

(Paragrafen har ingen motsvarighet i promemorian eller SkFL)

Paragrafen reglerar möjligheten att ålägga ett försäkringsbolag att lämna information. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 2 kap. 9 § jämförd med 15 § marknadsföringslagen. – Övervägandena finns i avsnitt 7.1. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Ett åläggande enligt marknadsföringslagen (1995:450) för en näringsidkare att lämna information i marknadsföringen kan meddelas om näringsidkaren låter bli att lämna information som är av särskild betydelse från konsumentsynpunkt. Tanken med paragrafen är att ett försäkringsbolag som marknadsför försäkringar till näringsidkare skall kunna åläggas att lämna motsvarande information.

Föreskriften i första stycket utgör den grund på vilken ett åläggande om information kan meddelas. Ett åläggande enligt 15 § marknadsföringslagen grundas på att ett försäkringsbolag har låtit bli att lämna sådan information som i princip alltid skall ges. Ett åläggande med stöd av förevarande paragraf är däremot kopplat till en bestämmelse som ger ett försäkringsbolag ett visst utrymme att avstå från att lämna information. Denna skillnad kan få betydelse för både om ett åläggande skall meddelas i det enskilda fallet och för det närmare innehållet i åläggandet.

Utformningen av paragrafen innebär alltså att, när en talan om åläggande har tagits upp till prövning, domstolen inte bara måste fastställa om försäkringsbolaget har låtit bli att lämna föreskriven information. Om detta visar sig ha varit fallet, måste domstolen också pröva om bristen kan ha varit försvarlig, dvs. om försäkringsbolaget hade grund för sitt antagande att kunden inte behövde information.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 2 kap. 9 §.

3 § Talan om åläggande enligt 2 § väcks vid Marknadsdomstolen.

En sådan talan får väckas

1. i fråga om information som avses i 2 kap. 2 §, av en näringsidkare som berörs av marknadsföringen, och

2. i fråga om information som avses i 2 kap. 4–7 §§, av en enskild näringsidkare som har ingått avtal om försäkring med försäkringsbolaget.

En talan om åläggande enligt 2 § får väckas också av en sammanslutning av näringsidkare.

I mål om åläggande enligt 2 § gäller i övrigt de bestämmelser i marknadsföringslagen (1995:450) som reglerar förfarandet i mål om åläggande att lämna information enligt 15 § den lagen.

(Paragrafen har ingen motsvarighet i promemorian eller SkFL)

Paragrafen innehåller bestämmelser om forum och talerätt. Den är uppbyggd efter mönster av 38 § marknadsföringslagen. – Övervägandena finns i avsnitt 7.1. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Talan om åläggande förs enligt *första stycket* vid Marknadsdomstolen som exklusivt forum. Av *andra stycket* framgår att talan kan väckas dels av näringsidkare som berörs av marknadsföringen (punkt 1), dels av andra näringsidkare som står eller har stått i avtalsförhållande med försäkringsbolaget i fråga (punkt 2). Enligt *tredje stycket* har även en sammanslutning av näringsidkare rätt att föra talan. Bestämmelsen har viss motsvarighet i fråga om vad som gäller om talerätten enligt lagen (1984:292) om avtalsvillkor mellan näringsidkare. Det krävs inte att sammanslutningen eller någon av dess medlemmar berörs av att försäkringsbolaget inte har lämnat föreskriven information (jfr prop. 1983/84:92 s. 22).

Av *fjärde stycket* framgår vilka bestämmelser som i övrigt skall tillämpas i mål vid Marknadsdomstolen om åläggande enligt 2 §.

När försäkringsbolagets ansvar inträder

4 § Försäkringsbolagets ansvar enligt försäkringsavtalet inträder när avtalet ingås. Saknas utredning om vilken tid på dygnet som avtalet har ingåtts, skall den anses vara klockan tolv på dagen. Ansvaret gäller till och med försäkringstidens sista dag.

Om försäkringen skall tecknas genom att försäkringstagaren betalar premien, inträder försäkringsbolagets ansvar dagen efter den dag då premien betalades. Det gäller också om försäkringen i annat fall är giltig bara om premien betalas innan försäkringstiden börjar.

Det som sägs i första och andra styckena gäller inte om något annat har avtalats eller framgår av omständigheterna.

(Jfr 3 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen talar om vid vilken tidpunkt försäkringsbolagets ansvar börjar och hur länge det varar. Den avviker i vissa hänseenden från motsvarande regel vid konsumentförsäkring i 3 kap. 2 §. Den är bl.a. i sin helhet dispositiv och saknar motsvarighet till bestämmelsen i 3 kap. 2 § första stycket om längsta försäkringstid. – Övervägandena finns i avsnitt 7.2. – Paragrafen har en motsvarighet i 11 § i 1927 års FAL.

I *första stycket* anges den tid under vilken försäkringsbolaget bär ett ansvar för inträffade försäkringsfall (ansvarstiden). Parterna kan fritt överenskomma både om denna tid och om försäkringstiden – alltså den tid för vilken avtal om försäkring träffas och för vilken försäkringsbolaget har rätt till premie. Den dispositiva regeln skiljer sig från bestämmelsen om konsumentförsäkring genom att den anger för ansvarstidens början tidpunkten när avtalet ingås, inte dagen efter det att försäkringstagaren avgav ansökningsen om försäkring. Skillnaden sammanhänger med att någon rätt till försäkring motsvarande den som föreskrivs i 3 kap. 1 § inte föreligger vid företagsförsäkring. Annan tid för ansvarets början kan emellertid avtalas eller framgå av omständigheterna.

I fråga om avtalets ingående tillämpas allmänna avtalsrättsliga regler om verkan av anbud och accept. Det gäller alltså att konstatera när antagande svar gavs på den andra partens anbud. I andra meningen ges en utfyllande regel, som gäller när avtalet inte ger klarhet om ansvarstidens början.

Liksom vid konsumentförsäkring gäller ansvaret till försäkringstidens sista dag.

Utgångspunkten för bestämningen av ansvarstiden enligt paragrafens första stycke är att inträdet av försäkringsbolagets ansvar inte beror av att premien betalas. Det är emellertid inget som hindrar att bolaget genom förbehåll i avtalet gör sitt ansvar beroende av premiebetalningen. *Andra stycket* ger en dispositiv regel om vad som gäller om ansvarstid i detta fall.

Av *tredje stycket* framgår att bestämmelserna i paragrafen alltså är dispositiva.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 3 kap. 2 §.

Försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringen

5 § Om inte något annat har avtalats, får försäkringstagaren säga upp försäkringen att omedelbart upphöra före försäkringstidens utgång,

1. om försäkringsbolaget väsentligt åsidosätter sina skyldigheter enligt denna lag eller enligt försäkringsavtalet,
2. om försäkringsbehovet faller bort eller det inträffar någon annan liknande omständighet av väsentlig betydelse för försäkringsförhållandet, eller
3. om försäkringsbolaget har ändrat försäkringsvillkoren med stöd av 6 § tredje stycket.

(Jfr 3 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

I paragrafen behandlas försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringsavtalet under försäkringstiden, alltså i förtid. Den avviker i vissa hänseenden från motsvarande bestämmelse vid konsumentförsäkring i 3 kap. 5 § första stycket bl.a. genom att den är dispositiv och saknar två uppsägningsgrunder i konsumentförsäkringsparagrafen (3 kap. 5 § första

stycket 4 och 5). – Övervägandena finns i avsnitt 7.2. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Punkt 1 nämner till en början fallet när försäkringsbolaget åsidosätter sina skyldigheter enligt denna lag, framför allt då informations-skyldigheten. Eftersom skyldigheten att lämna information inte behöver följa av avtalet, kan man inte tala om kontraktsbrott i detta fall. Det betyder att försäkringstagaren kan ha rätt att säga upp försäkringen om försäkringsbolaget innan försäkringsavtalet slöts eller därefter har låtit bli att lämna föreskriven information. Vidare föreskrivs i samma punkt en rätt till förtida uppsägning också vid kontraktsbrott. Därmed avses främst olika avtalsstridiga missförhållanden i samband med skaderegleringen, t.ex. dröjsmål att betala ut försäkringsersättning eller oberättigade invändningar mot försäkringstagarens krav.

En gemensam förutsättning för uppsägning enligt denna punkt är emellertid att brottet mot lagens eller avtalets bestämmelser skall vara väsentligt. Några exempel är när försäkringsbolaget försummar att ge föreskriven information på en viktig punkt, när det förekommit långvariga och omotiverade dröjsmål att betala ut ersättning eller när försäkringsbolagets invändningar mot den försäkrades anspråk uppenbarligen saknar fog. I sådana fall kan försäkringsbolagets uppträdande vara ägnat att i sådan grad rubba försäkringstagarens förtroende eller så allvarligt avvika från god försäkringssed att man inte rimligen kan begära att denne står fast vid avtalet. Försäkringstagaren har då rätt att säga upp avtalet och skaffa sig försäkringsskydd på annat håll. Man får alltså se överträdelsen från försäkringstagarens synpunkt, vare sig det gäller ett kontraktsbrott eller ej.

Punkterna 2 och 3 motsvarar i huvudsak 3 kap. 5 § första stycket punkterna 2 och 3. Här kan hänvisas till kommentarerna till dessa bestämmelser. Allmänt sett får man ställa något större krav på en vägande uppsägningsgrund i affärsmässiga förhållanden än när en konsument vill frigöra sig från avtalet. Till skillnad från vad som gäller för konsumentförsäkringens del förutsätter således uppsägning enligt punkt 2 att den aktuella omständigheten skall vara av väsentlig betydelse för försäkringsförhållandet.

Paragrafen är dispositiv. Parterna kan genom villkoren utesluta uppsägningsrätt i ett eller flera av de nämnda fallen. Ett sådant förbehåll kan naturligtvis, liksom andra klausuler av samma typ, prövas enligt 36 § avtalslagen och någon gång jämkas med stöd av denna bestämmelse.

Försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringen eller säga upp den i förtid

6 § Försäkringsbolaget får säga upp försäkringen att upphöra före försäkringstidens utgång,

1. om försäkringstagaren eller den försäkrade har väsentligt åsidosatt sina förpliktelser mot bolaget, eller

2. om ett i villkoren angivet förhållande av väsentlig betydelse för risken har ändrats på ett sätt som bolaget inte kan antas ha tagit i beräkning.

Uppsägningen skall göras skriftligen och med fjorton dagars uppsägningstid, räknat från det att försäkringsbolaget avsände den. Uppsägningen skall ske utan oskäligt dröjsmål från det att försäkringsbolaget fick kännedom om det förhållande som den grundas på. Annars förlorar försäkringsbolaget rätten att säga upp försäkringen på grund av förhållandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

I fall som avses i första stycket får försäkringsbolaget i stället ändra försäkringsvillkoren under försäkringstiden. Om en sådan ändring gäller det som sägs om uppsägning i andra stycket.

I 17 § finns bestämmelser om uppsägning på grund av premiedröjsmål.

(Jfr 3 kap. 4 och 5 §§ promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets möjligheter att säga upp försäkringen eller ändra villkoren på grund av kontraktsbrott från försäkringstagarens sida eller ändrade förhållanden. Första och andra styckena har för konsumentförsäkringens del sin motsvarighet i 3 kap. 6 §. Tredje stycket har sin motsvarighet i 3 kap. 8 §. – Övervägandena finns i avsnitt 7.2. – I motsats till regeln om försäkringstagarens uppsägningsrätt är paragrafen tvingande (jfr 1 kap. 5). – Paragrafen motsvarar i sak 47 och 51 §§ i 1927 års FAL.

Första stycket

Bestämmelsen innebär en något utvidgad rätt att säga upp försäkringen eller ändra villkoren för den i jämförelse med vad som gäller vid konsumentförsäkring. Den behandlar inte uppsägning på grund av premiedröjsmål, som regleras särskilt i 17 §.

Punkt 1 förutsätter för uppsägning i förtid att försäkringstagaren har gjort sig skyldig till väsentligt kontraktsbrott. Paragrafen kan bli aktuell att tillämpa t.ex. vid sådana brott mot upplysningsplikten som inte innebär svek eller ohederligt förfarande, vid avsiktligt förtigande av en väsentlig fareökning, vid ett förfarande som väsentligt ökar risken, vid uppsåtligt eller grovt vårdslöst framkallande av försäkringsfallet, vid brott mot säkerhetsföreskrifter eller mot räddningsplikten eller vid vilseledande uppgifter vid skaderegleringen.

Vid bedömningen om ett sådant kontraktsbrott är så allvarligt att det skall medföra uppsägningsrätt bör man, liksom annars i kommersiella förhållanden, se dess betydelse främst från den uppsägande partens sida. Frågan blir om försäkringstagarens eller den försäkrades handlande visar en sådan brist på vilja eller förmåga att fullgöra skyldigheterna enligt försäkringsavtalet att försäkringsbolaget har fog att frigöra sig från detta. En engångsföreteelse måste betraktas som mindre allvarlig än en händelse som ger anledning till misstanke att den kommer att upprepas. Man får här ta hänsyn bl.a. till vem i ett företag som har brustit. Det avgörande är inte om den ansvarige formellt företräder företaget utan att han intar en sådan ställning att förfarandet måste spela en viktig roll för försäkringsbolagets bedömning av sin medkontrahent. Frågan blir också hur pass stor betydelse handlandet har för den försäkrade risken. Om exempelvis en tillfälligt anställd bryter mot en säkerhetsföreskrift, måste det självfallet ses som mindre allvarligt än om överträdelsen beror på företagsledningen, även om den anställde i något hänseende skyddas av försäkringen. På liknande sätt kan man fästa större vikt vid en oriktig uppgift vid skaderegleringen om den har lämnats av försäkringstagaren, som ju är försäkringsbolagets egentliga motpart, än om den har getts av någon annan försäkrad.

Att märka är att lagen inte som vid konsumentförsäkring kräver att kontraktsbrottet varit grovt i vanlig mening. Försäkringstagaren behöver inte ha åsidosatt sina skyldigheter uppsåtligen eller ens vårdslöst, utan det räcker att kontraktsbrottet framstår som väsentligt för att bolaget skall ha skäl att frigöra sig från avtalet. Försäkringstagaren kan t.ex., trots god vilja, visa sig helt sakna ekonomiska möjligheter att installera sådana skadehindrande anordningar som försäkringsbolaget har rätt att kräva enligt avtalet eller han kan i god tro ha lämnat helt felaktiga uppgifter om risken.

Punkt 2 rör fall av fareökning som inte innefattar ett sådant kontraktsbrott som avses i föregående punkt. För uppsägning krävs här dels att fareökningen rör ett i avtalsvillkoren angivet förhållande, dels att detta förhållande har väsentlig betydelse för risken, dels att det har ändrats på ett sätt som inte försäkringsbolaget kan antas ha tagit i beräkning. Det spelar på detta sätt ingen roll om ändringen beror av försäkringstagaren eller av helt andra förhållanden. Av avgörande betydelse blir, fränsett det formella kravet på omnämnande i villkoren, försäkringsbolagets riskbedömning. Det måste här anses vara bolagets sak att visa vilken betydelse förhållandet har för premien och hur ändringen påverkar denna.

Självfallet är avtalslagens regler om ogiltighet över huvud taget tillämpliga på försäkringsavtalet. På detta vis kan försäkringsbolaget uppnå att avtalet upphör utan att åberopa 6 §. Paragrafen utesluter inte heller att under alldeles speciella förhållanden avtalet blir ogiltigt med stöd av icke lagfästa avtalsrättsliga principer, t.ex. när avtalet har ingåtts under förutsättningar som varit oriktiga redan vid avtalsslutet; försäkringen kan t.ex. ha fått ett helt felaktigt innehåll.

Andra stycket

Det hänvisas till kommentaren till 3 kap. 6 § andra stycket.

Tredje stycket

I tredje stycket anges särskilt försäkringsbolagets möjlighet att ändra villkoren under försäkringstiden. Vid företagsförsäkring, där ofta försäkringstiden är betydligt längre än ett år, kan den antas få större praktisk betydelse än motsvarande bestämmelse för konsumentförsäkring. Risken kan på grund av försäkringstagarens uppträdande eller utvecklingen under försäkringstiden visa sig betydligt större än det funnits skäl att tro, vilket kan vara ett skäl för försäkringsbolaget att t.ex. höja premien, utesluta en viss typ av skada från försäkringsskyddet eller ge nya och strängare säkerhetsföreskrifter.

Som framgår av lagtexten ("ändra") är det här fråga om en ensidig åtgärd av försäkringsbolaget, av samma typ som en uppsägning. Här kan hänvisas till kommentaren till 3 kap. 8 §.

Även om förutsättningarna för villkorsändring är desamma som för uppsägning, är det naturligt också vid företagsförsäkring att de inte tillämpas helt på samma sätt. En ändring av villkoren är ju sällan en lika ingripande åtgärd som en uppsägning, och den kan motiveras även av mindre missförhållanden än vad som krävs för en uppsägning.

Fjärde stycket

Det erinras här om rätten att säga upp försäkringen också på grund av dröjsmål med premien.

Försäkringens upphörande på grund av försäkringsbolagets konkurs, m.m.

7 § Det som sägs i 3 kap. 9–11 §§ om konkurs m.m. tillämpas också vid företagsförsäkring.

(Jfr 3 kap. 8 och 9 §§ promemorian. Paragrafen saknar motsvarighet i SkFL.)

Paragrafen reglerar följderna av försäkringsbolagets konkurs eller förlust av rätten att driva försäkringsrörelse m.m. på samma sätt som vid konsumentförsäkring. Det hänvisas till 3 kap. 9–11 §§.

Försäkringstagarens upplysningsplikt

8 § En näringsidkare som vill teckna en försäkring är skyldig att på försäkringsbolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om försäkringen skall meddelas. Detsamma gäller en näringsidkare som vill få försäkringen utvidgad eller förnyad. Näringsidkaren skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor. Även utan förfrågan skall näringsidkaren lämna uppgift om förhållanden av uppenbar betydelse för riskbedömningen och under försäkringstiden på begäran ge försäkringsbolaget upplysningar om sådana förhållanden.

En försäkringstagare som inser att försäkringsbolaget tidigare har fått oriktiga eller ofullständiga uppgifter om förhållanden av uppenbar betydelse för riskbedömningen är skyldig att utan oskäligt dröjsmål rätta uppgifterna.

(Jfr 4 kap. 1 § i promemorian och SkFL.)

I paragrafen regleras innebörden av försäkringstagarens upplysningsplikt vid företagsförsäkring. Innehållet är detsamma som motsvarande reglering för konsumentförsäkring i 4 kap. 1 §, fränsett att första stycket fjärde meningen om spontan upplysningsplikt inte har någon motsvarighet där. Paragrafen är tvingande. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Paragrafen har ingen uttrycklig motsvarighet i 1927 års FAL.

Fjärde meningen i första stycket innebär alltså en utvidgning av försäkringstagarens skyldigheter vid företagsförsäkring jämfört med vad som gäller för konsumentförsäkring. Även om försäkringsbolaget inte ställer några frågor i ämnet, är försäkringstagaren skyldig att i samband med att försäkringen tecknas ge upplysningar om vad som har uppenbar betydelse för riskbedömningen. Också under försäkringstiden skall försäkringstagaren ge upplysningar om sådana förhållanden, om det särskilt begärs.

Avgörande för den utvidgade upplysningsplikten är vad som har uppenbar betydelse för försäkringsbolagets premiesättning och villkor. Vad försäkringstagaren i det enskilda fallet haft för uppfattning om förhållandets inverkan på riskbedömningen spelar mindre roll. Frågan blir i stället om omständigheten för försäkringstagare i allmänhet måste framstå som uppenbart betydelsefull för denna bedömning. En annan sak

är att vid tillämpningen av 9 § försäkringstagarens faktiska insikt får betydelse både när första stycket i den paragrafen åberopas och vid aktsamhetsprövningen enligt paragrafens andra stycke.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 4 kap. 1 §.

9 § Om försäkringstagaren vid fullgörande av sin upplysningsplikt enligt 8 § har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är avtalet ogiltigt enligt vad som sägs i lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område och försäkringsbolaget fritt från ansvar för försäkringsfall som inträffar därefter.

Har försäkringstagaren annars uppsåtligen eller av oaktsamhet eftersatt sin upplysningsplikt enligt 8 § och försäkringsbolaget inte skulle ha meddelat försäkring om upplysningsplikten hade fullgjorts, är bolaget fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall. Skulle försäkringsbolaget ha meddelat försäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, är dess ansvar begränsat till vad som svarar mot den premie som har avtalats eller de villkor i övrigt som bolaget skulle ha godtagit eller den återförsäkring som bolaget annars skulle ha tecknat. I försäkringsvillkoren kan dock föreskrivas att försäkringsbolaget i stället ansvarar bara i den utsträckning som det visas att det oriktigt uppgivna förhållandet varit utan betydelse för försäkringsfallets inträffande eller för skadans omfattning.

Ansvaret kan inte falla bort eller begränsas enligt andra stycket, om försäkringsbolaget när avtalet träffades insåg eller borde ha insett att lämnade uppgifter var oriktiga eller ofullständiga eller när bolagets insikt annars hade kunnat få betydelse för avtalets innehåll. Detsamma gäller om de oriktiga eller ofullständiga upplysningarna saknade eller senare har upphört att ha betydelse för avtalets innehåll.

(Jfr 4 kap. 2 och 4 §§ promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger vad som gäller om försäkringstagaren inte har fullgjort sin upplysningsplikt enligt 8 §. Första stycket har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 4 kap. 2 § första stycket. Andra stycket har med vissa avvikelser sin motsvarighet i 4 kap. 2 § andra stycket. Tredje stycket har där sin huvudsakliga motsvarighet i 4 kap. 4 §. För företagsförsäkringens del gäller inte som vid konsumentförsäkring någon regel om nedsättning efter skälighet utan en prorataregel eller, om villkoren föreskriver detta, en kausalitetsregel. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Bestämmelserna är tvingande till försäkringstagarens förmån, fränsett att försäkringsbolaget som sagt kan välja mellan två påföljder av att upplysningsplikten åsidosatts, enligt prorataregeln eller enligt kausalitetsregeln. – Paragrafen har motsvarighet i 4, 6 och 9 §§ i 1927 års FAL.

Bestämmelsen i *första stycket* behandlar påföljden av att upplysningsplikten har åsidosatts svikligen eller i strid mot tro och heder. I detta fall är avtalet ogiltigt enligt 30 respektive 33 § avtalslagen. Bestämmelsen är liksom 4 kap. 2 § första stycket tillämplig också när förfarandet har påverkat förnyelse av avtalet. Det blir då det förnyade avtalet som är ogiltigt.

Andra stycket tar sikte på fall då första stycket inte är tillämpligt men upplysningsplikten dock har åsidosatts uppsåtligen eller oaktsamt, vare sig detta skett när försäkringen tecknades eller senare under försäkringstiden. I denna situation skall tillämpas en prorataregel, om avtalet inte föreskriver annat. Försäkringsbolaget går alltså fritt från ansvar om det med kännedom om rätta förhållandet inte skulle ha meddelat försäkring alls. Skulle försäkringsbolaget i stället ha begärt högre premie eller föreskrivit andra villkor än vad som avtalats, begränsas dess ansvar i proportion till premieskillnaden respektive i enlighet med de villkor

som bolaget skulle ha godtagit. Det gäller alltså att bedöma hur försäkringsbolaget skulle ha beslutat i ett tänkt fall. När man skall göra det får man söka ledning i dess praxis eller, om detta inte går, i hur ett försäkringsbolag i allmänhet handlar i en sådan situation. Har återförsäkring underlåtit, får man bedöma i vilken omfattning försäkringsbolagets behållna ansvarighet ökat på grund av underlåtenheten. Någon ändring i rättspraxis enligt 6 § i 1927 års FAL är inte avsedd.

I villkoren kan föreskrivas att en kausalitetsregel skall tillämpas i stället för prorataregeln. Det innebär att det avgörande blir om det oriktigt uppgivna förhållandet haft orsakssamband med den inträffade skadan. I detta läge ligger bevisbördan på den som begär ersättning, som får visa att sådant samband saknas. Villkor av detta slag förekommer framför allt vid sjö- och annan transportförsäkring.

Liksom annars gäller att försäkringstagaren svarar för upplysningar som lämnas av en mäklare eller annan mellanman som har fått fullmakt att avtala om försäkringen på försäkringstagarens vägnar. Också brister i sådana upplysningar kan medföra att avtalet blir ogiltigt eller att försäkringsersättningen sätts ned.

Tredje stycket innehåller bestämmelser i huvudsak motsvarande 4 kap. 4 §. Med tanke särskilt på fall där försäkringsbolaget förbehållit sig att ändra villkoren under försäkringstiden har gjorts ett tillägg rörande bolagets insikt vid senare tidpunkt än avtalsslutet.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 4 kap. 2 och 4 §§.

Fareökning

10 § Har faran med den försäkrades vilja ökats genom att ett sådant förhållande som angivits i försäkringsavtalet eller som försäkringstagaren uppgivit för försäkringsbolaget i samband med avtalsslutet, är bolaget helt eller delvis fritt från ansvar enligt vad som sägs i 9 § andra och tredje styckena. Detsamma gäller om en sådan fareökning har förekommit utan den försäkrades vilja och försäkringstagaren har försummat att anmäla detta enligt föreskrift i avtalet.

(Jfr 4 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar rättsverkningarna av fareökning. Den har för konsumentförsäkring viss motsvarighet i 4 kap. 6 och 7 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Paragrafen motsvarar i sak 45 och 46 §§ i 1927 års FAL. Avsikten är inte att ändra den praxis som vuxit fram beträffande dessa paragrafer. När första meningen hänvisar till 9 § andra stycket, innebär det att försäkringsbolaget kan välja mellan prorata- och kausalitetsreglerna på samma sätt som beträffande upplysningsplikten. I övrigt är paragrafen tvingande.

Framkallande av försäkringsfall

11 § Försäkringsbolaget är fritt från ansvar mot en försäkrad som har framkallat ett försäkringsfall uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet. Detsamma gäller om den försäkrade annars måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om att detta innebar en betydande risk för att skadan skulle inträffa.

Har en försäkrad förvärrat följderna av ett försäkringsfall på sätt som sägs i första stycket, är försäkringsbolaget fritt från ansvar mot den försäkrade i den utsträckning förhållandet har påverkat skadan.

I försäkringsavtalet får föreskrivas att första och andra styckena skall tillämpas också vid annan vårdslöshet än som anges där.

(Jfr 4 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets ansvar när den försäkrade uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet har framkallat eller förvärrat följderna av ett försäkringsfall. Den har för konsumentförsäkring sin sakliga motsvarighet i 4 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Bestämmelsen är dispositiv, frånsett att den kräver ett vållande hos den försäkrade (eller någon som denne svarar för, jfr 8 kap. 14 §). – Paragrafen motsvarar i sak 18 och 20 §§ i 1927 års FAL.

Påföljden av att försäkringsfallet har framkallats uppsåtligen är enligt *första stycket*, liksom enligt 4 kap. 5 §, att försäkringsbolaget är fritt från ansvar. I motsats till vad den paragrafen föreskriver gäller samma påföljd också när den försäkrade gjort sig skyldig till sådan vårdslöshet som paragrafen anger.

På samma sätt som enligt 4 kap. 5 § jämföras med grov vårdslöshet att en försäkrad i annat fall har framkallat ett försäkringsfall i vetskap om att handlandet innebar en betydande risk för skada. Allmänt sett kan strängare krav ställas på företag än på privatpersoner i fråga om erfarenhet, omdöme och förtänksamhet. Samtidigt får beaktas att påföljden är strängare enligt den aktuella paragrafen än vid konsumentförsäkring, där det finns möjlighet att nedsätta ersättningen.

Det uppsåt eller den vårdslöshet som läggs den försäkrade till last kan ibland bestå i brott mot en säkerhetsföreskrift. Som framgår av 12 § ändrar detta bevisläget i fråga om orsakssambandet: den försäkrade får göra antagligt att samband saknas mellan brottet mot säkerhetsföreskrift och skadan. Något motsvarande gäller inte vid vårdslöshet av annat slag ens när vårdslösheten varit grov.

I *andra stycket* likställs förvärrande av skadan med att försäkringsfallet framkallats, och påföljden är här att försäkringsbolaget är fritt från ansvar i den utsträckning handlandet påverkat skadeförloppet. Det är alltså tänkbart att skadan ersätts delvis, exempelvis då den uppkommit utan något sådant handlande som avses i första stycket men den försäkrade sedan påverkat skadeförloppet för att få ut högre försäkringsersättning. I så fall utgår bara ersättning motsvarande den skada som förelegat vid den tidpunkt då den försäkrade ingripit.

Som framgår av *tredje stycket* krävs en särskild föreskrift i villkoren om försäkringsbolaget vill utesluta försäkringsfall som den försäkrade framkallat med icke grov oaktsamhet.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 4 kap. 5 §.

Säkerhetsföreskrifter

12 § Om den försäkrade vid försäkringsfallet har försummat att följa en säkerhetsföreskrift som anges i försäkringsvillkoren eller i en författning som villkoren hänvisar till, utgår ersättning från försäkringen endast i den utsträckning skadan får antas ha inträffat även om föreskriften hade iakttagits. Med den försäkrade likställs annan som har haft att tillse att föreskriften följdes.

Vad som avses med säkerhetsföreskrift anges i 4 kap. 6 § andra stycket.

(Jfr 4 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar åsidosättande av en s.k. säkerhetsföreskrift. Sådana föreskrifter har till syfte att hindra att försäkringsfall inträffar eller i varje fall begränsa dess omfattning. Möjligheten att meddela sådana föreskrifter är ofta av avgörande betydelse för att försäkringsbolaget skall kunna kontrollera risken. – Paragrafen har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 4 kap. 6 §. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Bestämmelsen är tvingande. – Bestämmelsen motsvarar i sak 51 § första stycket i 1927 års FAL.

Bevisbördan för den aktuella försummelsen ligger enligt *första stycket* på försäkringsbolaget. Med den försäkrade likställs emellertid andra som haft att tillse att föreskriften följdes. Om någon annan anställd har handlat i strid med föreskriften, medför det inte i och för sig att paragrafen blir tillämplig. Om man kan konstatera att en säkerhetsföreskrift har åsidosatts, kan det dock i de flesta fall anses styrkt att oaktsamhet förekommit hos någon som den försäkrade svarar för.

Påföljden när en säkerhetsföreskrift försummats är att försäkringsbolaget är fritt från ansvar, såvitt inte försummelsen kan antas ha saknat betydelse för skadan. Kan den försäkrade göra antagligt att skadan delvis skulle ha inträffat oavsett om säkerhetsföreskriften iakttagits, utgår ersättning i denna del. Det blir däremot inte fråga om någon sådan nedsättning efter skälighet som kan göras vid konsumentförsäkring enligt 4 kap. 6 §.

Säkerhetsföreskrifter lär ha betydligt större praktisk betydelse vid företagsförsäkring än vid konsumentförsäkring. I *andra stycket* hänvisas till den definition av begreppet som ges i 4 kap. 6 § andra stycket. En föreskrift kan innebära inte bara att den försäkrade iakttar vissa förfaranden eller att det finns vissa anordningar för att hindra eller begränsa skador utan också att den försäkrade eller dennes anställda skall ha vissa kvalifikationer. I villkoren kan t.ex. ha föreskrivits att ömtåligt eller farligt material skall handhas bara av personer som gått igenom viss utbildning för detta. – Villkor som tar sikte på skyldigheten att bevara vissa dokument, t.ex. konstruktionsritningar, kan däremot inte anses som säkerhetsföreskrifter i lagens bemärkelse.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 4 kap. 6 §.

Den försäkrades räddningsplikt

13 § Det som sägs i 4 kap. 7 § om räddningsplikt tillämpas också vid företagsförsäkring.

(Jfr 4 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar den försäkrades räddningsplikt. Denna plikt innebär att det åligger den försäkrade att omedelbart vidta aktiva åtgärder för att avvärja eller minska en hotande skada. I paragrafen hänvisas till vad som gäller vid konsumentförsäkring enligt 4 kap. 7 §. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Bestämmelsen är tvingande. – Regleringen stämmer i sak överens med 52 § i 1927 års FAL.

Liksom när det gäller framkallande av försäkringsfallet får man vid räddningsplikten göra en viss skillnad mellan kraven på en yrkesman och på en privatperson när det gäller erfarenhet och omdöme. Ofta får man begära mer av ett företag när det gäller att handla i en besvärlig situation. Detta kan få betydelse både vid bedömningen av vad som är grov vårdslöshet och vid prövningen av vilken nedsättning som får anses skälig.

Enligt 14 § är det möjligt för försäkringsbolaget att i villkoren föreskriva identifikation även med anställda i lägre ställning och med andra medhjälpare, bl.a. när det gäller brott mot räddningsplikten. När uppsåt eller grov vårdslöshet ligger någon sådan person till last, torde detta inverka på skälighetsbedömningen. Det kan framstå som föga rimligt att kraftigt reducera ersättningen i ett sådant fall.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 4 kap. 7 §.

Identifikation med den försäkrade

14 § Om inte något annat har avtalats, skall i fall som avses i 11 och 13 §§ med den försäkrades handlande likställas handlande av den försäkrades anställda i ledande ställning inom företaget eller på platsen.

(Jfr 4 kap. 8 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om att den försäkrade i vissa fall kan få svara för andra personers handlande eller underlåtenhet att handla, s.k. identifikation. Identifikation kan ske vid framkallande av försäkringsfallet och brott mot räddningsplikten. Paragrafen har vid konsumentförsäkring en motsvarighet i 4 kap. 8 §, men där gäller identifikationen andra kategorier av personer. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Bestämmelsen är dispositiv. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Bestämmelsens innebörd är alltså att uppsåtliga eller (grovt) vårdslösa handlingar från den anställdes sida bedöms som om handlingen hade företagits av den försäkrade själv. Bestämmelsen nämner inte särskilt personer i organställning i det försäkrade företaget, t.ex. firmatecknare i ett aktiebolag. Att identifikation sker med personer av denna kategori framgår redan av allmänna rättsgrundsatser.

Med anställda i ledande ställning inom företaget avses framför allt verkställande direktör, vare sig denne är firmatecknare eller ej. Med anställda i ledande ställning på platsen menas platschef eller den som fullgör en platschefs funktioner. Eftersom regeln är dispositiv, kan försäkringsbolaget också förbehålla sig rätt till identifikation med andra medhjälpare, t.ex. anställda i lägre ställning eller uppdragstagare av olika slag.

Paragrafen behandlar inte brott mot säkerhetsföreskrift. Här gäller en särskild identifikationsregel enligt 12 § första stycket andra meningen.

Undantag från bestämmelserna om begränsning av försäkringsbolagets ansvar

15 § Försäkringsbolagets ansvar begränsas inte enligt 11–13 §§ på grund av

1. handlande av någon som var allvarligt psykiskt störd eller som var under tolv år eller
2. handlande som avsåg att förebygga skada på person eller egendom i sådant nödläge att handlandet var försvarligt.

Det som sägs i första stycket gäller inte om något annat har avtalats.

(Jfr 4 kap. 9 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver i första stycket vissa undantag från de tidigare reglerna om att ersättning skall nedsättas eller inte utgå. Den har för konsumentförsäkring en motsvarighet i 4 kap. 9 §. I den paragrafen görs, till skillnad från här, ett tredje undantag, nämligen för ringa oaktsamhet. Eftersom ersättning sker efter delvis andra principer, har inledningen av paragrafen fått en annan utformning än i 4 kap. 9 §. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – Som anges i andra stycket är bestämmelsen dispositiv liksom sin motsvarighet i 19 § i 1927 års FAL. – Det hänvisas i övrigt till kommentaren till 4 kap. 9 §.

Meddelande om att ansvarsbegränsning åberopas

16 § Vill försäkringsbolaget göra gällande att dess ansvar skall begränsas enligt 9–13 §§, skall bolaget lämna ett meddelande om detta till försäkringstagaren och till den som annars gör anspråk på ersättning. Meddelandet skall lämnas utan oskäligt uppehåll från det att försäkringsbolaget fått kännedom om det förhållande som åberopas. Annars förlorar bolaget rätten att åberopa förhållandet mot den som skulle ha fått meddelandet, om inte försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder.

(Jfr 4 kap. 10 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver en reklamationskyldighet för försäkringsbolaget när det vill åberopa reglerna om upplysningsplikt, fareökning, framkallande av försäkringsfall, säkerhetsföreskrifter eller räddningsplikt för att begränsa sitt ansvar. Skyldigheten gäller inte när bolaget gör gällande att försäkringsavtalet är ogiltigt enligt 9 § första stycket; det är då inte fråga om begränsning av ansvaret. Paragrafen stämmer i sak överens med regeln om konsumentförsäkring i 4 kap. 10 §, fränsett att kravet på skriftlig form har ansetts onödigt vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 7.3. – I övrigt hänvisas till kommentaren till 4 kap. 10 §.

Premien

17 § Betalas inte premien i rätt tid enligt avtalet, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen, om inte dröjsmålet är av ringa betydelse. Uppsägningen skall sändas till försäkringstagaren och får verkan tre dagar efter den dag då den avsändes. Vid dröjsmål att betala premie för en senare premieperiod än den första upphör dock försäkringen att gälla först sju dagar efter det att försäkringsbolaget har avsänt en påminnelse om premiens förfallodag till försäkringstagaren.

I försäkringsavtalet får föreskrivas att inträdet av försäkringsbolagets ansvar är beroende av att premien betalas. Förbehållet får dock åberopas bara om dröjsmål som inte är av ringa betydelse förekommit vid betalningen.

Det som sägs i 5 kap. 5 § om betalning genom post, bank eller girosystem tillämpas också vid företagsförsäkring. Om inte något annat har avtalats, tillämpas det som sägs i 5 kap. 6 § om återbetalning av premie.

(Jfr 5 kap. 2, 3, 5 och 6 §§ promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar olika frågor om betalning av premien. Första stycket har vid konsumentförsäkring en motsvarighet i 5 kap. 2 § och andra stycket en viss motsvarighet i 5 kap. 1 § första stycket andra meningen. – Övervägandena finns i avsnitt 7.4. – Paragrafen är till större delen tvingande, utom tredje stycket andra meningen. – I sak motsvarar den väsentligen 12–15 §§ i 1927 års FAL.

Om tiden för betalning av premien gäller avtalsfrihet. Betalas inte premien i rätt tid enligt avtalet, har försäkringsbolaget enligt *första stycket* rätt att genast säga upp försäkringen med tre dagars uppsägningstid. Vid dröjsmål beträffande senare premie upphör försäkringen dock först sju dagar efter påminnelse.

Paragrafen gör undantag för fall där dröjsmålet är av ringa betydelse. Undantaget kan tillämpas vid mycket kortvariga dröjsmål – premien har t.ex. visserligen betalats för sent men har kommit in redan innan försäkringsbolaget beslutat sig för uppsägning – eller när ett för lågt belopp inbetalats på grund av felskrivning eller liknande misstag. Eftersom det vid företagsförsäkring brukar vara av vikt för försäkringsbolaget att de ofta betydande premierna betalas punktligt, är undantaget avsett att tillämpas restriktivt. – Någon sådan särregel om oväntade betalningshinder (svår sjukdom, frihetsberövande etc.), som för konsumentförsäkringens del har getts i 5 kap. 2 § tredje stycket, förekommer inte vid företagsförsäkring. Undantagsvis kan dock ursäkter som anges där tyda på att premiedröjsmål inte kan befaras i fortsättningen och därför tala för en mild bedömning av dröjsmålet.

Försäkringsbolaget har anledning att gardera sig mot att mindre seriösa företag skaffar sig tillfälligt försäkringsskydd på kredit. Detta kan ske genom att bolaget gör försäkringsskyddet beroende av att premien verkligen betalas. Ett sådant villkor är enligt *andra stycket* giltigt men kan inte åberopas när försäkringstagaren betalat premien vid den tidpunkt som avtalats. Det krävs alltså ett dröjsmål som inte får vara alltför obetydligt. Även i detta fall får undantaget för dröjsmål av ringa betydelse tolkas restriktivt (jfr rättsfallet NJA 1992 s. 782). Också om försäkringsbolaget har frihet att göra ett sådant förbehåll, kan bolaget inte komma ifrån undantaget för oväsentliga dröjsmål.

Reglerna vid konsumentförsäkring om tidpunkten när betalning anses komma försäkringsbolaget till handa och om uppgörelsen när försäkringen upphör i förtid gäller enligt *tredje stycket* också i vid företagsförsäkring. I det senare avseendet är bestämmelsen dispositiv. Uppgörelsen kan alltså ske efter andra beräkningsgrunder, om avtalet föreskriver detta.

Försäkringsersättningen

18 § Det som sägs i 6 kap. 1 och 2 §§ om försäkringsersättningen tillämpas också vid företagsförsäkring.

Skall försäkringsbeloppet enligt försäkringsvillkoren motsvara värdet av försäkrad egendom eller annat försäkrat intresse och understiger beloppet detta värde, kan ersättning från försäkringen sättas ned i förhållande till underförsäkringen, om inte något annat har avtalats.

Vid dubbelförsäkring tillämpas 6 kap. 4 § och i fråga om ersättning för räddningskostnader 6 kap. 5 §, om inte något annat har avtalats.

(Jfr 6 kap. 1–5 §§ i promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar olika frågor om försäkringsersättningen. Den hänvisar här till 6 kap. utom i fråga om underförsäkring, där enligt andra stycket en särskild regel gäller som avviker från 6 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 7.5. – Bestämmelserna är dispositiva. – Paragrafen har viss motsvarighet i 40 § i 1927 års FAL.

Av *första stycket* framgår att de allmänna reglerna om försäkringsersättningen i 6 kap. 1 § gäller också vid företagsförsäkring. Det innebär att den dispositiva regeln i 6 kap. 1 § andra stycket om ersättningens storlek vid försäkring av viss egendom skall tillämpas också vid företagsförsäkring. Vidare gäller den dispositiva bestämmelsen i 6 kap. 2 § om värdet av egendom.

Enligt *andra stycket* regleras ersättningen vid underförsäkring på annat sätt än vid konsumentförsäkring. Vid företagsförsäkring kan försäkringsersättningen alltid nedsättas i proportion till underförsäkringen, även om bara en mindre betydande skillnad mot värdet kan konstateras. Bestämmelsen, som motsvarar 40 § i 1927 års FAL, är som nämnts dispositiv. Det finns alltså möjlighet att i avtalet föreskriva en annan beräkning av nedsättningen.

Tredje stycket hänvisar beträffande dubbelförsäkring och räddningskostnader till 6 kap. 4 § respektive 5 §.

I övrigt kan hänvisas till kommentaren till 6 kap.

Skaderegleringen m.m.

19 § Det som sägs i 7 kap. 1 § om tiden för utbetalning av försäkringsersättning och i 7 kap. 9 § om regressrätt tillämpas också vid företagsförsäkring. Det som sägs i 7 kap. 5 § om risken för vissa meddelanden tillämpas vid företagsförsäkring när det gäller meddelanden enligt 8 kap. 6 och 17 §§.

Vid företagsförsäkring tillämpas också det som sägs i 7 kap. 2 § första stycket och 3 § om försummelse att anmäla försäkringsfall m.m.

Bestämmelserna i första stycket gäller inte om något annat har avtalats.

(Jfr 8 kap. 1–5 och 9 §§ promemorian och SkFL.)

Paragrafen hänvisar rörande en rad frågor – skadereglering, risken för vissa meddelanden och regressrätt – till reglerna om konsumentförsäkring i 7 kap. När det gäller risken för vissa meddelanden blir reglerna tillämpliga på uppsägning och förklaring om ändrade försäkringsvillkor vid företagsförsäkring. Liksom då det rör vissa regler i 4 kap. gäller det särskilda undantaget för ringa vårdslöshet i 7 kap. 2 § andra stycket vid försummelse att anmäla försäkringsfall inte vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 7.5. – Av paragrafen framgår att vissa bestämmelser är dispositiva vid företagsförsäkring.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 7 kap.

20 § Det som sägs i 7 kap. 4 § om preskription av rätt till försäkringsersättning tillämpas också vid företagsförsäkring. Försäkringsbolaget får dock skriftligen förelägga den försäkrade att anhängiggöra sin talan inom en kortare tid än som anges där. Fristen får inte understiga sex månader från det att den försäkrade har fått del av föreläggandet.

Försäkringsbolaget får vidare skriftligen förelägga den försäkrade att anmäla anspråk på försäkringsersättning inom viss tid, som dock inte får understiga sex månader från det att den försäkrade har fått kännedom om sin fordran.

(Jfr 8 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar vad som gäller om preskription och preklusion av en fordran på försäkringsersättning vid företagsförsäkring.

Hänvisningen i *första stycket första meningen* till 7 kap. 4 § innebär att i princip samma regler gäller om preskription som vid konsumentförsäkring. På den punkten motsvarar paragrafen i sak 29 § i 1927 års FAL. Bestämmelsen i första meningen är tvingande i den mån inte annat framgår av återstoden av paragrafen.

Första stycket andra och tredje meningarna reglerar det fallet att försäkringsbolaget vill förkorta den preskriptionstid som anges i 7 kap. 4 §. De meningarna motsvarar 30 § första stycket i 1927 års FAL.

Andra stycket, som är en preklusionsbestämmelse och motsvarar 30 § andra stycket i 1927 års FAL, reglerar det fallet att försäkringsbolaget vill att den ersättningsberättigade skall anmäla anspråk på försäkringsersättning inom viss tid.

I fråga om den närmare innebörden av 7 kap. 4 § hänvisas till kommentaren till den paragrafen. För innebörden av första stycket andra och tredje meningarna och andra stycket hänvisas till NJA II 1927 s. 407 f.

Fjärde avdelningen

9 kap. Tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet

Kapitlet behandlar i huvudsak fall när en försäkring gäller till förmån för annan än den som har tecknat försäkringen. Det har ingen direkt motsvarighet vid personförsäkring (jfr dock reglerna om förmånstagarförordnande och överlåtelse m.m. i 14 kap.). Det är tillämpligt både vid konsument- och företagsförsäkring.

Kapitlet omfattar nio paragrafer. I 1–6 §§ finns bestämmelser om vem som skyddas av försäkringen och deras rätt till försäkringsersättning från försäkringsbolaget. Enligt 7 § kan den skadelidande vid ansvarsförsäkring i vissa fall vända sig direkt mot försäkringsbolaget med sitt krav. I 8 § finns regler som skall garantera att ersättning vid ansvarsförsäkring verkligen utgår till den skadelidande. I den avslutande 9 § har tagits med regler om hur försäkringsersättningen från en ansvarsförsäkring skall fördelas mellan flera skadelidande när försäkringsbeloppet inte räcker till alla skadelidande.

Försäkring av tredje mans intresse

1 § En försäkring som avser värdet av en fastighet eller värdet av en fast eller lös sak gäller till förmån för

1. försäkringstagaren,
2. någon annan som är ägare till egendomen eller, vid kreditköp, har förvärvat egendomen under förbehåll om återtaganderätt,
3. en borgenär som i egendomen har förmånsrätt enligt 4 § 2–4, 8 eller 11 § förmånsrättslagen (1970:979),
4. en borgenär som i egendomen har förmånsrätt enligt 6 eller 7 § förmånsrättslagen,
5. någon annan som på grund av avtal har säkerhetsrätt i egendomen och
6. den som annars bär risken för egendomen vid dess överlåtelse.

Det som sägs i första stycket 1–3 samt 5 och 6 gäller inte om något annat har föreskrivits i försäkringsavtalet.

(Jfr 7 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger de intressenter som utan särskild bestämmelse i försäkringsvillkoren är skyddade av sådan skadeförsäkring som avser värdet av viss egendom. Vid skadeförsäkring anses den vars intresse är försäkrat mot skadan som försäkrad (se definitionen i 1 kap 3 § första stycket). Paragrafen har ingen motsvarighet vid personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 8.1. – Bestämmelsens motsvarighet utgörs i viss mån av 54 § första stycket, 58 och 86 §§ i 1927 års FAL.

Första stycket

Paragrafen gäller försäkringar som avser värdet av en fastighet eller värdet av en fast eller lös sak. Med fast sak avses bl.a. byggnad eller annan anläggning på annans mark (jfr 1 § konsumenttjänstlagen). Annan skadeförsäkring än sådan som avser egendomens värde, såsom avbrotts- eller ansvarsförsäkring, omfattas inte av paragrafen. Vid sådana försäkringar beror det av villkoren vem som skyddas av försäkringen.

Punkt 1 och 2 föreskriver att försäkringstagaren eller den som annars är ägare till egendomen skyddas av försäkringen. Vid kreditköp med förbehåll om återtaganderätt gäller att köparen är skyddad, oavsett om säljaren förbehållit sig äganderätten.

Vid överlåtelse av försäkrad egendom avgörs med ledning av sakrättsliga principer vem som anses som ägare enligt bestämmelsen. Om försäkringsfallet inträffar efter det att en försäkrad lös sak traderats i ett kommersiellt köp eller avtal träffats om överlåtelse av en försäkrad fastighet, får alltså försäkringen anses gälla till köparens förmån. Är flera ägare till det försäkrade föremålet, är alla skyddade. Vid samäganderätt gäller försäkringen till förmån för alla, oavsett om bara en av dem tecknat försäkringen. Självfallet får emellertid frågan bedömas annorlunda om försäkringen enligt villkoren avser bara försäkringstagarens intresse. Bestämmelsen reglerar inte heller vad som skall gälla vid konkurrens mellan ägaren och försäkringstagaren.

Punkt 3 ger en regel om att försäkringen skyddar panthavare m.fl. borgenärer som har säkerhetsrätt i den försäkrade egendomen. De som avses räknas upp i 4, 8 och 11 §§ förmånsrättslagen (i dess lydelse enligt prop. 2002/03:49). Undantagna är dock sjöpanträtt och luftpanträtt. De borgenärer som det här är fråga om är innehavare av handpanträtt och

retentionsrätt enligt 4 § förmånsrättslagen, borgenärer med förmånsrätt i utmätt egendom enligt 8 § förmånsrättslagen samt borgenärer med företagsinteckning vilka har allmän förmånsrätt enligt 11 § förmånsrättslagen.

En förutsättning för att paragrafen skall tillämpas är dock alltså att försäkringen avser värdet av egendomen. Detta är inte fallet när en nyttjanderättshavare eller en innehavare av annan säkerhetsrätt försäkrat endast sitt eget intresse i egendomen. När ägaren försäkrat sitt intresse i egendomen får däremot försäkringen anses gälla dess värde, och då är en borgenär med säkerhetsrätt skyddad, såvida inte skyddet satts ur spel genom försäkringsvillkoren.

Enligt *punkt 4* skyddar försäkringen en borgenär som har förmånsrätt enligt 6 eller 7 § förmånsrättslagen, alltså i fast egendom eller tomträtt.

En borgenär som har inteckning i tomträtt har förmånsrätt i tomträtten och företagsinteckningen gäller i hälften av värdet av viss återstående egendom. Lagtexten har alltså fått en något förenklad utformning när den talar om förmånsrätt ”i egendomen”.

Av *punkt 5* framgår att försäkringen gäller också för innehavare av sådana säkerhetsrätter i egendomen som inte omtalas i förmånsrättslagen men är grundade på avtal. Främst avses säljarens rätt vid kreditköp med återtagandeförbehåll (se punkt 2 om köparens rätt i den situationen), men regeln kan bli tillämplig också i andra fall där någon betingat sig säkerhetsrätt av annat slag än punkt 3 och 4 anger.

Punkt 6 fyller ut skyddet för kontrahenterna vid överlåtelse av egendom i sådana fall där någon annan än ägaren får bära risken för skadan. Denne andre kan då anses ha del i egendomens värde. Punkten är inte tillämplig i andra avtalsförhållanden än sådana som går ut på överlåtelse av egendomen.

Andra stycket

Det som sägs i första stycket är dispositivt. I försäkringsavtalet kan alltså bestämmas att försäkringen inte skall gälla till förmån för tredje man, t.ex. den som köper egendomen. Undantag i avtalsfriheten görs dock för borgenärer med förmånsrätt i fast egendom eller tomträtt, där reglerna är tvingande (också vid företagsförsäkring). Försäkringen gäller alltid till förmån för borgenärer med sådan förmånsrätt.

2 § Om den försäkrade egendomen under försäkringstiden har förvärvats av en fysisk person huvudsakligen för enskilt ändamål, gäller en försäkring som avses i 1 § under sju dagar efter riskens övergång till förmån även för den nye ägaren, i den mån dennes skada inte omfattas av någon annan försäkring på egendomen. Har försäkringen sagts upp av någon annan anledning än överlåtelsen, är dock uppsägningen giltig också mot den nye ägaren.

(Jfr 7 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar försäkringsskyddet för en ny ägare av försäkrad egendom när denne är en fysisk person som förvärvar egendomen huvudsakligen för enskilt ändamål. – Övervägandena finns i avsnitt 8.1. – Paragrafen har en viss motsvarighet i 54 § andra stycket i 1927 års FAL.

Bestämmelsen, som är tvingande, ger ett utvidgat skydd åt en fysisk person som förvärvat en fastighet eller en fast eller lös sak huvudsakligen för enskilt ändamål. Även om överlåtaren, som kan vara såväl en privatperson som en näringsidkare, har avtalat med försäkringsbolaget att försäkringen skall upphöra att gälla vid överlåtelsen, gäller den till förmån för den nye ägaren under sju dagar efter det att risken övergått på denne.

Tillämpningsområdet begränsas alltså genom att den nye ägaren skall vara en fysisk person som gjort förvärvet huvudsakligen för enskilt ändamål. Det senare uttrycket har samma innebörd här som i andra lagar där det förekommer. Överlåtelser till näringsidkare faller således utanför bestämmelsens omfattning. Skyddet är vidare endast subsidiärt. Har köparen själv försäkrat egendomen, är det denna försäkring som gäller. När lagtexten talar om försäkring på egendomen avses framför allt skillnaden mot ansvarsförsäkring tecknad av tredje man. Att denne har en sådan försäkring som omfattar skadan påverkar inte den nya ägarens skydd. Däremot är det inte meningen att det skall göras någon skillnad mellan individuell och kollektiv försäkring. Om säljaren har en hemförsäkring och förvärvaren exempelvis en gruppskadeförsäkring, ersätter säljarens försäkring bara den skada som inte täcks av den senare försäkringen.

Av naturliga skäl kan inte en överlåtelse av den försäkrade egendomen inverka på en uppsägning som sker på andra grunder än överlåtelsen. Om försäkringen upphör i förtid på grund av överenskommelse med försäkringsbolaget i samband med överlåtelsen, får detta likställas med en uppsägning som grundas på överlåtelsen, och förvärvaren är skyddad av sjudagarsregeln.

3 § Gäller försäkringen till förmån för en borgenär som avses i 1 § första stycket 4, kan försäkringsbolaget inte åberopa mot borgenären att bolaget enligt 4 kap. 1–3 §§ eller 8 kap. 8–10 §§ är helt eller delvis fritt från ansvar på grund av att någon annan eftersatt sin upplysningsplikt eller anmälningsplikt. I den mån försäkringsbolaget är fritt från ansvar mot försäkringstagaren, kan det återkräva utgiven ersättning av denne med samma rätt som borgenären haft.

Om borgenärens namn och adress har anmälts hos försäkringsbolaget, skall det som sägs i första stycket gälla också bolagets rätt till ansvarsfrihet på grund av dröjsmål med premien, dock bara under fjorton dagar från det att bolaget avsände ett meddelande om dröjsmålet till borgenären.

(Jfr 7 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar konsekvenserna för den försäkrade av att någon annan brutit mot upplysningsplikten eller anmälningsplikten eller inte betalat en premie i tid. – Övervägandena finns i avsnitt 8.1. – Paragrafen har bara i begränsad utsträckning (dvs. det som sägs i andra stycket) en motsvarighet (för brandförsäkringens del) i 87 § i 1927 års FAL.

Första stycket

Bestämmelsen i *första meningen* ger borgenärer med förmånsrätt i fast egendom och tomträtt ett förstärkt skydd genom att göra dem oberoende av att försäkringstagaren eller någon annan brutit mot upplysningsplikten. Detta skydd gäller också om försäkringstagaren har försummat

att fullgöra anmälningsskyldighet rörande ändring av risken. Motsvarande skydd har inte andra försäkrade, utan de identifieras här med försäkringsstagaren.

Enligt *andra meningen* har försäkringsbolaget en viss återkravs rätt mot försäkringstagaren för vad försäkringsbolaget enligt första meningen måste utge till borgenären. Såvitt gäller konsumentförsäkring får då prövas i vad mån ersättning skulle ha utgått enligt skälighetsreglerna i 4 kap., medan för företagsförsäkringens del 8 kap. 9 och 10 §§ blir avgörande. Försäkringsbolaget kan återkräva ersättningen med samma rätt som borgenären haft och inträder i den säkerhetsrätt som den försäkrade har i egendomen.

Andra stycket

Andra stycket tar sikte på det fallet att en sådan borgenär som avses i första stycket vill skydda sig mot konsekvenserna av försummad premiebetalning. Det kan ske genom att den försäkrade anmäler namn och adress till försäkringsbolaget. Den försäkrade har då ett försäkrings-skydd trots försummelsen, dock bara fram till dess att fjorton dagar har gått från det att bolaget avsände ett meddelande om premiedröjsmålet till honom.

4 § Gäller en försäkring till förmån för flera enligt 1 §, är en borgenär som avses i 1 § första stycket 4 framför andra berättigad att av försäkringsbolaget få ut försäkrings-ersättning motsvarande den fordran säkerhetsrätten avser, även om fordringen inte är förfallen till betalning. Om borgenärens säkerhet inte väsentligt minskar genom försäkringsfallet, har dock egendomens ägare rätt att framför borgenären få ersättningen, när inte något annat har avtalats. Närmare bestämmelser om detta finns i lagen (2004:000) om säkerhetsrätt i försäkringsersättning.

Det som sägs i första stycket gäller också borgenär som avses i 1 § första stycket 3, om inte något annat har föreskrivits i försäkringsavtalet.

Gör flera borgenärer med rätt enligt 1 § första stycket 3 eller 4 anspråk på att få ut ersättning, gäller om deras inbördes företräde det som sägs i förmånsrättslagen (1970:979).

(Jfr 7 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om företrädesrätten till försäkringsersättning mellan olika borgenärer. Den kompletteras av lagen om säkerhetsrätt i försäkringsersättning. – Övervägandena finns i avsnitt 8.1. – Paragrafen har en viss motsvarighet i 58 § första stycket i 1927 års FAL.

Första stycket

Första stycket ger en tvingande företrädesrätt till försäkringsersättning för borgenär som har säkerhet i form av förmånsrätt i fast egendom eller tomträtt framför andra intressenter, främst ägaren av den försäkrade egendomen. Företrädesrätten gäller en ersättning som motsvarar den fordran säkerhetsrätten avser. Rätt till ersättning föreligger även om fordringen inte är förfallen till betalning. Ägaren har dock ett visst skydd också i dessa fall. Om borgenärens säkerhet inte väsentligt minskar genom försäkringsfallet, har ägaren rätt att framför borgenären få ersättningen. Har något annat avtalats med borgenären, gäller emellertid

det. Närmare bestämmelser om det sagda finns i lagen om säkerhetsrätt i försäkringsersättning.

Andra stycket

Detta stycke innehåller en dispositiv regel om att vad som i paragrafens första stycke sägs om sådan borgenär som har säkerhet i fast egendom eller tomträtt skall gälla även borgenär med förmånsrätt som avses i 4, 8 eller 11 § förmånsrättslagen, dock inte sjöpanträtt eller luftpanträtt. Om inte något annat har avtalats i försäkringsavtalet, har även en sådan borgenär rätt att få ut ersättning enligt vad som sägs i första stycket.

Tredje stycket

I stycket regleras företrädesrätten när flera borgenärer enligt 1 § första stycket 3 och 4 med rätt till ersättning konkurrerar om denna. I så fall skall företrädesrätten lösas enligt vad som gäller enligt förmånsrättslagen. Avsikten är att frågor om företrädesrätt generellt skall lösas enligt samma principer som vid ordinära sakrättsliga konflikter.

5 § Försäkringsbolaget kan med verkan mot en försäkrad avtala med försäkringstagaren om ändring eller uppsägning av försäkringsavtalet och tillställa denne en uppsägning eller något annat meddelande om försäkringen. Gäller försäkringen till förmån för borgenär som avses i 1 § första stycket 4 och har en sådan anmälan gjorts hos försäkringsbolaget som avses i 3 § andra stycket, får dock ett avtal eller en åtgärd som är av väsentlig betydelse för borgenärens säkerhet verkan mot borgenären först en månad efter det att bolaget har avsänt ett meddelande om detta till denne.

Bestämmelsen i första stycket första meningen gäller inte om något annat följer av avtal eller särskilt rättsförhållande mellan försäkringstagaren och den försäkrade och försäkringsbolaget har insett eller bort inse detta.

(Jfr 7 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringstagarens behörighet att före ett försäkringsfall företräda andra försäkrade. – Övervägandena finns i avsnitt 8.1 – Första stycket första meningen och andra stycket har i sak sin motsvarighet i 56 § i 1927 års FAL. En motsvarighet till första stycket andra meningen finns för brandförsäkringens del i 87 § första stycket i 1927 års FAL.

Första stycket

Första meningen innehåller en regel om försäkringstagarens befogenhet att på den försäkrades vägnar träffa vissa avtal med försäkringsbolaget om försäkringsförhållandet och ta emot vissa meddelanden om detta. Avtal som sluts på detta vis är som huvudregel bindande också för den försäkrade. Så kan t.ex. en uppsägning av försäkringsavtalet åberopas även mot denne.

Enligt *andra meningen* kan vissa försäkrade begränsa verkningarna av regeln i första meningen genom en sådan anmälan som anges i 3 § andra stycket. Det gäller en borgenär som omtalas i 1 § första stycket 4, alltså med säkerhet i fast egendom eller tomträtt. Ett avtal, en uppsägning eller

en annan åtgärd enligt första meningen får då ingen inverkan alls för borgenärens del, om inte försäkringsbolaget avsänt ett meddelande till borgenären om förhållandet, och även då dröjer det en månad från avsändandet innan någon rättsverkan inträder. Det fordras dock att avtalet eller åtgärden har väsentlig betydelse för borgenärens säkerhet.

Andra stycket

Principen att försäkringstagaren har behörighet att företräda andra försäkrade gäller inte om annat följer av avtal eller särskilt rättsförhållande mellan försäkringstagaren och den försäkrade, t.ex. om en försäkringstagare som försäkrat sin pantsatta egendom avtalat med panthavaren att försäkringen inte får sägas upp utan dennes samtycke. En sådan begränsning i försäkringstagarens befogenheter kan dock bara åberopas mot försäkringsbolaget om detta insett eller bort inse rätta förhållandet.

6 § Sedan ett försäkringsfall har inträffat har varje försäkrad rätt att av försäkringsbolaget få försäkring ersättning enligt vad som sägs i 1–5 §§ eller enligt försäkringsavtalet. Försäkringsbolaget får dock till försäkringstagaren betala ett försäkringsbelopp som någon annan kan ha rätt till, om det inte framgår av försäkringsavtalet vem detta är och den berättigade inte heller hos bolaget har anmält att han själv vill bevaka sin rätt.

(Jfr 7 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar de försäkrades rätt till ersättning vid försäkringsfall. – Övervägandena finns i avsnitt 8.1. – Bestämmelserna motsvarar i sak 57 § i 1927 års FAL.

I *första meningen* slås fast den försäkrades principiella rätt att efter försäkringsfall få ut ersättning utan hinder av åtgärder som försäkringstagaren vidtar i detta skede. Ersättningen skall betalas enligt vad som sägs i 1–5 §§ och vad som följer av försäkringsavtalet.

Om flera anmäler anspråk på ersättning för samma skada, kan försäkringsbolaget ha anledning att sätta ned beloppet enligt lagen (1927:56) om nedsättning av pengar hos myndighet för att trygga sig mot risken att behöva betala samma ersättningsbelopp två gånger.

Andra meningen reglerar försäkringstagarens behörighet att efter försäkringsfall företräda försäkrade som är okända för försäkringsbolaget. Försäkringsbolaget får då förhandla med försäkringstagaren och betala beloppet till denne.

Paragrafen rör enbart rätten gentemot försäkringsbolaget. Sedan ersättningsbeloppet betalats ut, får tvist om vem det slutligen tillkommer föras mellan dem som gör anspråk på ersättningen. En sådan tvist torde som huvudregel lösas så att parterna kommer i samma ekonomiska ställning som om den försäkrade egendomen funnits i behåll. Undantag är dock tänkbara i vissa fall, t.ex. när avtalet mellan dessa parter förutsatt att någon som annars saknat rätt till egendomen likväl skulle få uppbära försäkring ersättning om den skadades.

Direktkrav vid ansvarsförsäkring

7 § Vid ansvarsförsäkring får den skadelidande rikta krav direkt mot försäkringsbolaget på ersättning enligt försäkringsavtalet, om

1. den försäkrade enligt lag eller annan författning är skyldig att ha ansvarsförsäkring som omfattar skadan,
2. konkurs har beslutats eller offentligt ackord har fastställts beträffande den försäkrade, eller
3. den försäkrade är en juridisk person som numera är upplöst.

I fall som avses i 4 kap. 9 § andra stycket andra meningen får den skadelidande rikta krav mot försäkringsbolaget i den utsträckning ersättning inte kan utges av den försäkrade.

Framställs krav enligt första stycket, skall försäkringsbolaget om möjligt snarast meddela den försäkrade om kravet. Dom mot försäkringsbolaget eller överenskommelse med bolaget inverkar inte på skadeståndsskyldighet som inte omfattas av försäkringsavtalet.

Den försäkrade och försäkringsbolaget är skyldiga att på den skadelidandes begäran lämna honom upplysning om försäkringen.

(Jfr 7 kap. 7 § promemorian och 7 och 8 §§ SkFL.)

Paragrafen behandlar direktkrav vid ansvarsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 8.2. – I 1927 års FAL finns bestämmelser som påminner om den ifrågavarande (95 §).

Första stycket

Bestämmelserna ger i vissa fall å ena sidan den skadelidande rätt att direkt kräva ut ersättning av försäkringsbolaget och å andra sidan försäkringsbolaget rätt att göra upp med den skadelidande även om försäkringstagaren – eller annan försäkrad som är skadeståndsskyldig – motsätter sig uppgörelsen. Från den ersättning direktkravet avser skall av naturliga skäl avräknas vad den skadelidande redan har fått ut från den försäkrade. I övrigt bestäms ersättningens storlek av skadestandsregler i förening med de särskilda föreskrifter om detta som kan finnas i försäkringsavtalet, t.ex. om självrisk eller begränsning av försäkringsbolagets ansvar till visst belopp. Den skadelidande saknar alltså rätt på grund av paragrafen att få ut gottgörelse till större belopp eller under andra förutsättningar än vad försäkringsavtalet anger.

Direktkrav kan till en början enligt *punkt 1* förekomma vid obligatorisk ansvarsförsäkring. Sådan finns föreskriven bl.a. beträffande fastighetsmäklare, försäkringsmäklare och – i princip – revisorer. Härefter nämns i första stycket vissa situationer där det är tydligt att den skadelidande inte kan få ut skadeståndet – i varje fall inte hela beloppet – från den försäkrade. *Punkt 2* avser fallet när den försäkrade är försatt i konkurs eller offentligt ackord har fastställts beträffande honom. Ett annat sådant fall är enligt *punkt 3* när den försäkrade är en upplöst juridisk person. Det räcker inte att ett bolag eller en förening är i likvidation, utan den juridiska personen skall definitivt ha upphört existera.

Andra stycket

Det fall som tas upp i andra stycket avser den situationen att försäkringsbolaget beträffande vissa fall av ansvarsbegränsning ansvarar bara subsidiärt. Regeln är endast tillämplig vid konsumentförsäkring. Också

här är det den skadelidandes sak att skaffa fram utredning om att det inte går att få ut ersättning från den försäkrade, exempelvis misslyckade utmätningförsök.

Tredje stycket

I styckets *första mening* föreskrivs en informationsplikt för försäkringsbolaget i förhållande till den försäkrade. Eftersätts denna skyldighet, är det tänkbart att försäkringsbolaget enligt allmänna principer någon gång kan bli skadeståndsansvarigt mot den försäkrade, ifall denne på grund av okunnighet om kravet vidtar en förlustbringande åtgärd. Meddelandet till den försäkrade behöver dock bara lämnas om det är möjligt.

I *andra meningen* klargörs att försäkringsbolagets mellanhavande med den skadelidande inte får några omedelbara rättsverkningar för den försäkrades del, såvitt gäller skadeståndsskyldighet som faller utanför försäkringsskyddet. Den försäkrade kan alltså vägra att utge skadestånd motsvarande självrisken eller att betala ersättning till den skadelidande utöver försäkringsbeloppet.

Fjärde stycket

Såväl det försäkringsbolag som meddelat ansvarsförsäkring som den försäkrade är skyldig att lämna upplysning om försäkringen till den skadelidande. Skyldigheten är inte begränsad till att gälla bara en uppgift om att det finns en ansvarsförsäkring. Den innefattar också att information skall lämnas om vilket försäkringsbolag som meddelat försäkringen. För försäkringsbolagets del får upplysningsplikten vidare anses omfatta innehållet i försäkringsvillkoren, särskilt om något undantag gäller för ett aktuellt skadefall. Däremot kan man inte begära upplysningar om försäkringens detaljer från den försäkrades sida, utan denne bör kunna hänvisa till försäkringsbolaget för närmare information av detta slag.

8 § Har försäkringsbolaget vid en ansvarsförsäkring betalat ut försäkringsersättningen till den försäkrade och kan sedan den skadelidande inte av denne få ut det skadestånd som han har rätt till, är bolaget skyldigt att ersätta den skadelidande för vad som fattas, dock inte med högre belopp än det betalat till den försäkrade.

(Jfr 7 kap. 8 § promemorian och 7 kap. 9 § SkFL.)

Paragrafen handlar om det fallet att försäkringsbolaget betalar ersättning till den försäkrade utan att se till att den skadeståndsberättigades intresse har blivit tillgodosett. – Övervägandena finns i avsnitt 8.2. – Bestämelsen motsvarar 95 § andra stycket i 1927 års FAL. Den är tillämplig oavsett om den skadelidande har rätt till direktkrav enligt 7 § eller ej.

Otillräckligt försäkringsbelopp vid ansvarsförsäkring

9 § Om flera skadelidande har rätt till skadestånd för en skada som omfattas av en ansvarsförsäkring men försäkringsbeloppet inte är tillräckligt för att tillgodose allas skadeståndsanspråk, skall försäkringsersättningen beräknas i förhållande till varje skadelidandes berättigade anspråk.

Framgår det av utredningen att ytterligare anspråk som omfattas av samma försäkringsbelopp är att vänta, får försäkringsbolaget inte betala ut högre ersättning än vad som följer av första stycket. Detta gäller dock inte om det saknas anledning att befara att någon skadelidande själv måste svara för sin skada eller om det har gått två år sedan det första anspråket anmälades.

I den mån försäkringsbolaget uppsåtligt eller av oaktsamhet åsidosätter det som sägs i andra stycket, ansvarar det för senare anmälda skador upp till det belopp som följer av första stycket. Vad försäkringsbolaget utger utöver försäkringsbeloppet får det kräva tillbaka av den försäkrade efter vad som är skäligt.

(Jfr 7 kap. 9 § promemorian och 7 kap. 10 § SkFL.)

Bestämmelserna reglerar situationen när försäkringsbeloppet vid ansvarsförsäkring inte räcker för att täcka de ersättningskrav som framställs från de skadelidandes sida. Paragrafen är tillämplig inte bara vid direktkrav mot försäkringsbolaget utan också i andra fall och gäller då sådan ersättning som är avsedd för den skadelidande oavsett om den har utbetalats till den försäkrade. – Övervägandena finns i avsnitt 8.3. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Bestämmelsen anger hur försäkringsersättning skall beräknas för de skadelidande som är kända för försäkringsbolaget. Förutsättningen för att den skall tillämpas är att det gäller skadestånd som skall betalas till den skadelidande på grund av försäkringen. Att anspråket skall vara berättigat innebär att det belopp en skadelidande kan konkurrera med bara är vad som enligt en rättslig bedömning skall utgå från ansvarsförsäkringen. Uppgörelser om utbetalningar ex gratia skall inte kunna försämra andra skadelidandes situation.

Det ersättningsanspråk som skall tas med i beräkningen avser belopp som framkommit efter eventuell jämkning på grund av medvållande enligt 6 kap. 1 § skadeståndslagen. Avsikten är däremot att man inte skall ta hänsyn till möjligheten att skadeståndet eventuellt kan komma att jämkas på den grund att det är oskäligt betungande (6 kap. 2 § samma lag), eftersom denna jämkning till stor del beror just av frågan om skadeståndet omfattas av en ansvarsförsäkring. I detta hänseende får den skadelidande tillgodoräknas beloppet utan reduktion. Motsvarande gäller jämkning enligt 3 kap. 6 § samma lag. Om skadeståndsbeloppet definitivt fastslagits genom dom, är det utdömda beloppet som ligger till grund för beräkningen. Sedan de olika anspråken bestämts på detta sätt, kan försäkringsbolagets skyldighet att betala ersättning beräknas. Varje skadelidande har rätt att få ut så stor del av sitt anspråk som motsvarar förhållandet mellan försäkringsbeloppet och summan av de ersättningar som skall betalas enligt försäkringsavtalet.

Andra stycket

I *första meningen* regleras situationen när försäkringsbolaget är skyldigt att betala ut viss ersättning på grund av ansvarsförsäkringen samtidigt som andra ersättningsanspråk kan befaras bli framställda, vilka skall täckas av samma försäkringsbelopp. Det krävs en ganska stark sanno-

likhet för att försäkringsbolaget skall ta hänsyn till denna möjlighet. Förutsättningen är att det framgår av utredningen i samband med en skadereglering att nya anspråk kan väntas. En viss risk för att andra skadeståndskrav kan bli aktuella – t.ex. när en viss typ av olycka erfarenhetsmässigt kan medföra småningom framträdande skador – är alltså inte tillräcklig, utan det fordras ett konkret stöd för ett antagande om det. Förhållandena i det speciella fallet skall tyda på att andra skador kan hålla på att utveckla sig vilka den försäkrade är ansvarig för. Det är också tänkbart att en av de skadelidande som kräver ersättning senare kan visa sig drabbad av ytterligare skada som omfattas av samma försäkringsbelopp. Även den situationen faller under bestämmelsen.

Av *andra meningen* framgår att om den försäkrades ekonomi rimligen bör tillåta att sådana framtida skador som nu angetts betalas av honom själv – och alltså inte av någon skadelidande – försäkringsbolaget inte kan låta bli att betala ut ersättningsbeloppet beträffande kända skadelidande. Om den försäkrades ekonomi inte kan bedömas vara så stark, får försäkringsbolaget söka göra en kalkyl över hur stor del av försäkringsbeloppet som dessa skadelidande kan väntas bli berättigade till och hur mycket den försäkrade kan klara att betala. Det är motiverat att denna bedömning görs med en viss försiktighet. Sedan väl två år förflutit efter det först anmälda skadeståndsanspråk som skall täckas av försäkringsbeloppet, har försäkringsbolaget under alla förhållanden rätt att i fråga om kända skadelidande betala ut ersättningar som sammanlagt uppgår till detta belopp. Anmäls senare anspråk som faller under samma belopp, får de skadelidande hänvisas till att kräva den försäkrade.

Tredje stycket

I *första meningen* i tredje stycket anges påföljden av att försäkringsbolaget betalar ut större belopp än andra stycket tillåter, med följd att försäkringsbeloppet inte räcker till för senare anmälda ersättningsanspråk.

Förutsättningen för att försäkringsbolaget skall ansvara för sådan ersättning är att den felaktiga betalningen skett uppsåtligen eller oaktsamt. Det får därvid beaktas att det som regel är fråga om en vanskelig bedömning där det finns utrymme för ursäktliga misstag. Ansvar enligt tredje stycket torde normalt endast bli aktuellt när försäkringsbolaget med ganska stor säkerhet borde ha kunnat förutse nya skadeståndsanspråk som jämte de tidigare anmälda skulle överstiga försäkringsbeloppet och inte kunde utges av den försäkrade. Typiskt sett tar bestämmelsen sikte på det fallet att en viss utbetalning i och för sig varit befogad men att försäkringsbolaget betalat för mycket. Som framgår av lagtexten skall försäkringsbolaget då betala vad som skulle ha utgått till den skadelidande om man tillämpat första stycket, med avdrag för vad denne redan fått ut. Eftersom tillämpningen av första stycket ju beror på vissa ganska osäkra kalkyler, blir det även här ofta fråga om skönsmässiga uppskattningar av det belopp som försäkringsbolaget skall betala ut.

Anmäls ytterligare okända skador efter den nya skaderegleringen, får man göra en liknande bedömning av försäkringsbolagets handlande som vid tidigare utbetalningar. Sannolikheten för att detta skall bli aktuellt

torde dock inte vara så stor, med tanke på att det bara gäller skadeanmälningar inom tvåårsfristen.

För vad som utbetalats utöver försäkringsbeloppet skall försäkringsbolaget enligt styckets *andra meningen* ha regressrätt mot den försäkrade i den utsträckning det är skäligt. I vissa fall kan ett krav som faller utanför försäkringsbeloppet framstå som föga rimligt t.ex. med hänsyn till den försäkrades ekonomi och den tid som gått sedan skadan uppkom. Här är det också naturligt att beakta graden av skuld på försäkringsbolagets sida.

Femte avdelningen

Personförsäkring

10 kap. Information

Bestämmelserna i 10 kap. innehåller allmänt hållna regler om försäkringsbolagets informationsskyldighet vid personförsäkring. De har utformats i linje med informationsreglerna vid skadeförsäkring men har samtidigt anpassats till personförsäkringens särart. Kapitlet har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 2 kap. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1–3 §§. – Kapitlet har ingen motsvarighet i FAL. Bestämmelserna i 10 kap. har väsentligen marknadsrättslig karaktär. Liksom vid skadeförsäkring gäller vid personförsäkring dessutom ett civilrättsligt ansvar i vissa fall.

Kapitlet omfattar 13 paragrafer. Det har samma uppbyggnad som 2 kap. En skillnad är dock att 10 kap. innehåller bestämmelser om information i det fall då en försäkring erbjuds eller har tecknats av en annan person än en konsument eller ett dödsbo.

I en inledande paragraf slås fast att försäkringsbolaget i princip har en informationsskyldighet och också de formkrav som gäller för den. I 2–4 §§ behandlas försäkringsbolagets skyldighet att lämna information innan ett försäkringsavtal ingås och omedelbart därefter. I 5–9 §§ föreskrivs vilken information som skall lämnas under försäkringstiden, i samband med förnyelse och vid villkorsändring samt i samband med ett försäkringsfall och skaderegleringen m.m. Därefter följer fem paragrafer som behandlar sanktionerna vid brott mot informationsplikten. Av 10 § framgår att ett försäkringsbolag i vissa fall kan drabbas av en civilrättslig påföljd om föreskriven information inte har lämnats. Av 11 § framgår att marknadsföringslagen skall tillämpas om försäkringsbolaget vid försäkring som tecknas av en konsument eller ett dödsbo inte lämnar den information som föreskrivs i försäkringsavtalslagen. Enligt 12 § kan ett försäkringsbolag åläggas att lämna information också när det är fråga om försäkring som tecknas av näringsidkare. Den avslutande paragrafen, 13 §, innehåller bestämmelser om förfarandet vid prövningen av en talan om ett sådant åläggande.

Försäkringsbolagets skyldighet att lämna information

1 § Försäkringsbolaget är skyldigt att lämna information enligt detta kapitel. Informationen skall, i den mån det är möjligt, lämnas i en handling eller i någon annan läsbar och varaktig form som är tillgänglig för mottagaren. Informationen skall vara klar och tydlig och avfattad på svenska. Den får lämnas på ett annat språk, om mottagaren begär det.

Det som sägs i detta kapitel gäller inte i fråga om personförsäkring som tecknas av en näringsidkare till förmån för sitt företag, om det kan antas att näringsidkaren saknar behov av informationen. Bestämmelserna är inte heller tillämpliga på sådana understödsföreningar som står under begränsad tillsyn.

(Jfr 11 kap. 1 § promemorian. Paragrafen saknar motsvarighet i PFL.)

Paragrafen ger vissa allmänna riktlinjer för försäkringsbolagets informationsskyldighet vid personförsäkring. Vad som är personförsäkring framgår av 1 kap. 2 §. Paragrafen har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 2 kap. 1 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1. – Som framgår av det som sägs i kapitlets inledning har paragrafen ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Av styckets *första mening* framgår att ett försäkringsbolag har en informationsplikt vars närmare innebörd anges i andra paragrafer i kapitlet. Bestämmelsen lägger ett ansvar på ett försäkringsbolag att säkerställa att försäkringskunderna, försäkringstagarna och vissa andra personer i förekommande fall får förskriven information också då försäkringsbolaget har gett andra personer i uppdrag att för sin räkning medverka vid tillkomsten av försäkringsavtal (t.ex. en bank eller ett s.k. försäkringsombud) eller i att genomföra avtalet. I de följande meningarna i stycket anges vilken form informationen skall ha. Av *andra meningen* framgår huvudregeln att all information skall lämnas i en handling. Men det görs ett undantag från kravet på skriftlighet för sådana fall då informationen av praktiska eller andra skäl inte kan ges i skriftlig form eller på ett annat sätt som innebär att mottagaren har varaktig tillgång till den. Undantagsregeln tar närmast sikte på sådan information som skall lämnas innan ett försäkringsavtal ingås (enligt 2 §). Ett exempel är när en kund på eget initiativ per telefon tar kontakt med ett försäkringsbolag för att teckna en sjuk- eller olycksfallsförsäkring med omedelbar verkan. Men i ett sådant fall bör försäkringsbolaget, om inte situationen ändå är klar, utvärdera möjligheten att ge informationen så att kunden kan ta del av den i lugn och ro, t.ex. genom att genast skicka över den genom telefax eller elektronisk post eller läsa in den på telefonsvarare. Ett annat fall är om en försäkringstagare helt kort före ett årsskifte vänder sig till ett försäkringsbolag för att teckna en livförsäkring och är angelägen om att försäkringen skall träda i kraft när det nya året börjar. Det kan i en sådan situation vara svårt för försäkringsbolaget att presentera en skriftlig behovsutredning av det slag som ofta förutsätts genomföras innan en sådan försäkring tecknas (se 2 § första stycket).

Man kan också tänka sig en kombination av muntlig och skriftlig information. Om det innan en livförsäkring tecknas görs en behovsutredning, vars resultat redovisas i skriftlig form, lär det inte sällan vara naturligt att en företrädare för försäkringsbolaget (eller, om en försäk-

ringsmäklare företräder kunden, försäkringsmäklaren) muntligen går igenom resultatet av utredningen med kunden.

Skall det vara meningsfullt att få information, måste informationen naturligtvis utformas så att mottagaren förstår den. Det är bakgrunden till kravet i den *tredje meningen* på klarhet och tydlighet liksom på att informationen i princip skall vara på svenska.

Det kan förekomma fall då en person i Sverige inte har svenska som modersmål och därför föredrar att få information på ett annat språk. I en sådan situation har försäkringsbolaget fullgjort sin informationsskyldighet om det ger mottagaren föreskriven information på det språk som han önskar. Detta framgår av den *fjärde meningen*. Det som sägs där innebär alltså inte att försäkringsbolaget är skyldigt att lämna information på ett annat språk än svenska men att det kan göra det om mottagaren begär det.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 2 kap. 1 §.

Andra stycket

Bestämmelsen i *första meningen* tar sikte på det fallet när en näringsidkare tecknar en försäkring till förmån för sitt företag, t.ex. en s.k. kompanjonsförsäkring som skall göra det möjligt för näringsidkaren att driva företaget vidare om en delägare i företaget blir sjuk eller avlider. En annan situation är när företaget tecknar en försäkring som skall göra det möjligt att anställa eller utbilda personal för den händelse att en nyckelperson blir sjuk eller avlider. För försäkringar av sådant slag behöver ingen information lämnas enligt bestämmelserna i 10 kap., om det kan antas att näringsidkaren saknar behov av informationen. En motsvarande regel finns vid företagsförsäkring (8 kap. 1 §), och det hänvisas därför till författningskommentaren till denna.

I *andra meningen* finns ett undantag i informationsskyldigheten för små understödsföreningar. En liknande reglering finns i 2 kap. 1 § andra stycket.

Information innan en försäkring meddelas

2 § Innan en personförsäkring meddelas skall försäkringsbolaget lämna information som underlättar kundens bedömning av försäkringsbehovet och val av försäkring. Informationen skall avse försäkringsskyddets omfattning, försäkringsvillkoren i övrigt och andra förhållanden som gör att kunden kan bedöma kostnaden för och förmånerna och omfattningen av försäkringen. Viktiga begränsningar av försäkringsskyddet skall tydligt framgå.

Vid tidsbegränsad försäkring skall information lämnas om försäkringstagarens möjligheter att förnya försäkringsförhållandet.

(Jfr 11 kap. 2 § promemorian och 2 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen handlar om den grundläggande information som försäkringsbolagen skall lämna innan försäkringsavtal ingås (s.k. förköpsinformation). Beträffande livförsäkring och sjuk- eller olycksfallsförsäkring som utgör tillägg till en livförsäkring samt sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen ställs ytterligare krav på förköpsinformation i 9 §. Av 1 § första stycket framgår att informationen normalt skall ges i en handling.

Paragrafen har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 2 kap. 2 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1.

Första stycket

I första och andra styckena anges de olika syften som informationen skall ha. Kunden skall med hjälp av informationen kunna bestämma om han alls skall teckna försäkring och vilken typ av försäkring som i så fall är lämplig att välja.

Den första frågan är om kunden alls bör teckna en försäkring. Det kan finnas olika skäl att göra detta. Kunden kan behöva förbättra sin försörjning på ålderdomen. Kundens familjeförhållanden och ekonomiska förhållanden kan vara sådana att han behöver ett skydd mot de ekonomiska följderna av ett dödsfall, ett olycksfall eller en långvarig sjukdom. Och även om det inte finns sådana behov, kan försäkring vara en lämplig form av sparande för kunden. De olika skälen kan förstås finnas i kombination.

Det kan inte generellt sägas något om hur omfattande informationen måste vara. Det ligger i sakens natur att en person som står i begrepp att teckna en personförsäkring behöver mera information, kanske i form av en särskild behovsutredning, om det gäller en komplicerad produkt, t.ex. en individuell livförsäkring, än när det handlar om en enkel och billig produkt.

Sedan det väl har konstaterats att kunden har behov av försäkrings-skydd i någon form, uppkommer frågan om valet av försäkringsform. Det kan handla om ett val mellan olika slag av individuell försäkring. Men det kan också tänkas avse ett val mellan olika former av grupp-försäkring eller mellan en individuell försäkring och en grupp-försäkring. Gäller valet en livförsäkring, kan valet stå mellan en konventionell sådan och en fondanknuten försäkring. Valet kan i detta fall också stå mellan en ren riskförsäkring och en försäkring med sparmoment, liksom mellan försäkringar som behandlas olika i skattehänseende. Valet kan avse och information behöva lämnas om också andra förhållanden.

Det är uppenbart att situationerna kan variera starkt från fall till fall. Utgångspunkten är att det ankommer på försäkringsbolaget att göra en fackmässig bedömning av vilka faktorer som kan vara av betydelse för kundens val av försäkring och att lämna den information som kan behövas.

Innan kunden tecknar försäkringen skall han, för att kunna bedöma kostnaden för och förmånerna av försäkringen, få klart för sig omfattningen av försäkringsbolagets åtagande. Vid livförsäkring bör kunden i samband med att han informeras om de olika alternativ som kan finnas och bestämmer sig för något av dem ges tydlig information om vad just detta innebär. Kunden bör alltså få information om vad det betyder att försäkringen är en dödsfallsförsäkring eller en livfallsförsäkring eller en kombination av båda, vad det innebär att det är en försäkring med sparmoment osv. Är det fråga om en olycksfallsförsäkring bör kunden få veta vilka situationer som täcks av försäkringen (liksom vilka som inte gör det, se nedan). Vid sjukförsäkring bör kunden få klart för sig vid vilka sjukdomar försäkringsersättning kan utgå, osv.

Till försäkringsskyddets omfattning hör också frågan till förmån för vilka personer försäkringen gäller, t.ex. förutom för försäkringstagaren själv också dennes familj.

Försäkringsvillkoren kan ibland vara många, och det är viktigt att kunden inte får mer information än han kan tillgodogöra sig. Försäkringsbolaget får därför göra en fackmässig avvägning så att kunden får tillräcklig information för att kunna göra den bedömning som angavs nyss. Informationen måste utformas så att den blir så lättillgänglig som möjligt, utan att därför viktiga förhållanden inte blir belysta.

Mest komplex lär situationen normalt vara vid livförsäkring med sparande. Här bör i princip sådana ekonomiskt betydelsefulla frågor som återbäring och försäkringens värde vid återköp eller belåning beröras särskilt liksom hur premien och utfallande belopp behandlas i skattehänseende. I fråga om återbäringen måste det av informationen i förekommande fall framgå om den är garanterad eller bara villkorad. Vidare är det naturligt att kunden får information om i vad mån försäkringen kan ändras i olika hänseenden längre fram, t.ex. dess värde flyttas till en annan försäkring hos samma bolag eller till ett annat försäkringsbolag. En ytterligare omständighet som försäkringsbolaget bör informera om är vad som gäller i fråga om utmätningsfrihet. Ett vinstutdelande bolag skall informera om att bolaget får dela ut vinst.

Av informationen bör normalt framgå om ett antagande om framtida förmåner eller kostnader är säkert eller osäkert. Om kalkyler görs om en försäkrings ekonomiska utveckling, får det framgå i vad mån hänsyn har tagits till den inverkan som inflationen kan ha, liksom till att ändringar i skattesystemet kan förändra bilden.

En information som måste lämnas vid alla försäkringstyper är vad som gäller om premien, såväl dess storlek som hur ofta den skall betalas.

Kunden bör innan han binder sig för en försäkring få klart för sig om det finns viktiga situationer som inte täcks av försäkringen. Det är syftet med föreskriften om att viktiga begränsningar av försäkringsskyddet klart skall framgå av den information som lämnas innan försäkringsavtalet ingås.

Med begränsningar av försäkringsskyddet avses alla typer av villkor som sätter en gräns för försäkringens omfattning. Hit räknas begränsningar i försäkringens giltighet i tid eller rum. Försäkringsbolaget måste informera tydligt om när eller under vilka förutsättningar försäkringen upphör att gälla liksom att den inte täcker skador och förluster om den försäkrade exempelvis vistas utanför Sverige. Om vissa risker är undantagna från försäkringen – en sjukförsäkring gäller inte vid vissa sjukdomar, en dödsfallsförsäkring gäller inte om den försäkrade befinner sig i ett land där det pågår krig osv. – måste tydlig information också lämnas om detta. Ett annat exempel är information vid barnförsäkring om s.k. symtomklausuler.

När försäkringsbolaget skall bedöma vilka begränsningar som är så viktiga att de måste tas upp särskilt i informationen får hänsyn i första hand tas till hur praktiskt betydelsefull begränsningen kan vara, om den går utöver vad som är vanligt vid försäkringar av det aktuella slaget och vad försäkringstagaren kan antas tro om skyddets omfattning.

Andra stycket

Om en försäkring är begränsad i tiden måste kunden, innan avtal ingås, få information om sina möjligheter att förlänga försäkringen. Om rätten att förlänga försäkringen är oinskränkt, skall försäkringstagaren upplysas om detta. Om försäkringen kan förlängas på vissa villkor, skall kunden få information om det. Särskilt måste kunden få veta vilka ogynnsamma omständigheter som kan leda till att bolaget vägrar förlängning. Om det redan från början står klart att försäkringen inte kommer att kunna förlängas, måste kunden få klart besked under vilka förutsättningar försäkringsbolaget är berett att meddela en annan försäkring.

Det hänvisas i övrigt till kommentaren till 2 kap. 2 §.

3 § Information enligt 2 § behöver inte lämnas i den mån kunden avstår från den eller det möter hinder med hänsyn till förhållandena då försäkringsavtalet ingås.

(Jfr 11 kap. 2 § tredje stycket promemorian och 2 kap. 1 § andra stycket PFL.)

Paragrafen reglerar situationer där förköpsinformation enligt 2 § inte behöver lämnas. Den har för konsumentförsäkringen sin motsvarighet i 2 kap. 3 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1. – Det hänvisas till kommentaren till 2 kap. 3 §.

Information när avtal har träffats

4 § Snarast efter avtalsslutet skall försäkringsbolaget tillställa försäkringstagaren ett försäkringsbrev eller en annan bekräftelse på avtalet och upplysa om försäkringsvillkorens innehåll.

I samband med detta skall särskilt framhållas

1. villkor som med hänsyn till försäkringens beteckning eller övriga omständigheter utgör en oväntad och väsentlig begränsning av försäkringsskyddet,
2. förbehåll enligt 11 kap. 2 § andra stycket om att försäkringsbolagets ansvar inte inträder förrän premien betalas,
3. försäkringsbolagets rätt att säga upp försäkringen att upphöra i förtid eller att ändra den under försäkringstiden, om bolaget har förbehållit sig en sådan rätt, och
4. utfallande försäkringsbelopp eller de huvudsakliga principerna för hur beloppet beräknas.

(Jfr 11 kap. 3 § promemorian och 2 kap. 2 § PFL)

Paragrafen reglerar försäkringsbolagets informationsskyldighet i samband med att ett försäkringsavtal har ingåtts (s.k. efterköpsinformation). Den har för konsumentförsäkringen sin motsvarighet i 2 kap. 4 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1.

Första stycket

Så snart det låter sig göras sedan försäkringsavtalet har träffats skall försäkringsbolaget tillställa försäkringstagaren ett försäkringsbrev eller en annan bekräftelse på avtalet. – Av 14 kap. 12 § framgår att det för frågan om vem som har rätt att förfoga över försäkringen kan ha

betydelse om försäkringstagaren har fått ett försäkringsbrev eller i stället en bekräftelse av annat slag.

Snarast efter avtalslutet skall försäkringsbolaget också igen upplysa försäkringstagaren om avtalsvillkorens innehåll.

Andra stycket

Av andra stycket framgår att vissa uppgifter skall framhållas särskilt i försäkringsbrevet eller bekräftelsen. Försäkringsbolaget är alltså skyldigt att särbehandla vissa villkor som typiskt sett har särskilt stor vikt för försäkringstagarna. Det rör sig här om villkor som reglerar förutsättningarna för att försäkringstagaren skall ha ett försäkringsskydd liksom skyddets omfattning. Dessa villkor skall framhållas särskilt. Detta innebär att den information som skall lämnas enligt andra stycket skall vara lätt att skilja från den övriga informationen. Om försäkringsbolaget låter bli att särskilt framhålla ett villkor av åsyftat slag, kan villkoret i vissa fall inte åberopas vid ett försäkringsfall (se 10 §).

Punkt 1. Lagregeln tar sikte på förhållanden som avviker från vad en försäkringstagare i allmänhet kan ha anledning att utgå från. Även om väsentliga begränsningar i skyddet kan anses bli kompenserade av att försäkringen innehåller ett utvidgat skydd på andra punkter, skall begränsningarna framhållas. Bestämmelsen innebär inte att undantagen måste återges i sin helhet i bekräftelsen. Informationen kan göras kortfattad, med en hänvisning till den villkorsbestämmelse som reglerar undantaget. Liksom vid konsumentförsäkring skall enligt *punkt 2* en eventuell kontantklausul särskilt framhållas.

Punkt 3. Ett försäkringsbolag får i vissa fall direkt med stöd av lagen säga upp försäkringen i förtid eller ändra den, utan att i villkoren ha förbehållit sig rätt att göra detta. Dessa fall regleras i 12 kap. 3 § (brott mot upplysningsplikten) och 13 kap. 2 § (dröjsmål med premien). Försäkringsbolaget kan också, genom att göra förbehåll om detta i villkoren, säga upp eller ändra försäkringen i vissa andra fall. När sådana förbehåll är möjliga framgår av 12 kap. 6 och 7 §§. Om försäkringsbolaget har gjort ett sådant förbehåll, skall detta särskilt framhållas i bekräftelsen.

Punkt 4. Det kan förekomma att avtalet anger exakt hur stort belopp som skall utfalla om ett försäkringsfall inträffar. Detta belopp skall då framhållas särskilt i försäkringsbrevet eller bekräftelsen. Utfallande belopp kan också tänkas bestå av olika poster, som t.ex. i fråga om en sjuk- och olycksfallsförsäkring som täcker sjukhusvistelse med kanske ett fast belopp eller ett maximibelopp som beräknas per dag, medicin med ett annat belopp och förlorad arbetsförtjänst med ett tredje. Situationen kan också vara sådan, t.ex. vid livförsäkring, att det utfallande beloppet kan bestå av både en utfäst del och en del som inte är det, i form av återbäring. Det är vidare inte heller ovanligt att försäkringsbeloppets storlek är ställt i förhållande till en viss faktor, såsom prisbasbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. I sådana fall som har nämnts nu skall de huvudsakliga principerna för hur försäkringsbeloppet beräknas framhållas särskilt, dvs. i exemplet med sjukförsäkringen vilka slag av ersättning som täcks av försäkringen, i exemplet med livförsäkringen vad som är utfäst och att återbäring kan tillkomma. Om

försäkringsbeloppet är relaterat till exempelvis prisbasbeloppet, är detta också något som skall framhållas särskilt.

I övrigt hänvisas till 2 kap. 4 §.

Information under försäkringstiden och i samband med förnyelse

5 § Årligen under försäkringstiden och i samband med att försäkringen förnyas skall försäkringsbolaget i skälig omfattning informera försäkringstagaren om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för denne att känna till.

Försäkringsbolaget skall på en försäkringstagares begäran också i övrigt lämna information om premien och andra villkor för försäkringen.

(Jfr 11 kap. 4 § första stycket första meningen promemorian och 2 kap. 3 § första stycket första meningen PFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets generella skyldighet att informera försäkringstagaren under försäkringstiden och i samband med förnyelse av försäkringen. Informationsplikten vid ändringar behandlas i 6 §, medan informationsplikten vid försäkringsfall behandlas i 7 §. För livförsäkringar samt sjuk- eller olycksfallsförsäkringar som utgör tillägg till en livförsäkring stadgas ytterligare krav på information under försäkringstiden i 9 §. Paragrafen har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 2 kap. 5 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1.

Man får utgå från att försäkringstagarnas behov av information under försäkringstiden varierar starkt med arten av försäkring. Vid en enklare olycksfallsförsäkring behöver försäkringstagaren kanske ingen information alls, om det inte inträffar ett försäkringsfall. Detsamma kan gälla för försäkringar som löper under förhållandevis kort tid, t.ex. på ett år eller kanske bara några månader. Det förhåller sig typiskt sett annorlunda i fråga om livförsäkringar, särskilt sådana med sparmoment. Information enligt förevarande paragraf kan gälla ändringar i lagstiftning som gör att försäkringshavaren kan ha anledning att se över sina försäkringsförhållanden, exempelvis i skattelagstiftningen, arvs- och familjerättslig lagstiftning eller lagstiftning som reglerar den allmänna försäkringen. Annan information kan gälla försäkringstagarens förpliktelser, såsom storleken på premien eller inom vilka intervall den bör ligga, liksom när den måste betalas. Hit hör också information om hur den premie som redan har betalats in har fördelats på kostnader, risker och sparande. Åter annan information kan avse försäkringens värde och de förmåner som utgår eller kan komma att utgå ur försäkringen, såsom aktuellt försäkringsbelopp, fördelad eller tilldelad återbäring och återköps- och belåningsvärden.

Också försäkringstagarens möjligheter att på olika sätt disponera över försäkringen är något som försäkringsbolaget bör informera försäkringstagaren om med jämna mellanrum. Information av detta slag kan gälla möjligheten att förfoga över försäkringen genom förmånstagarförordnande, rätten att återköpa och belåna försäkringen, liksom att få premien och försäkringsbeloppet nedsatt eller försäkringen ändrad till en premiefri försäkring (fribrev). Vid fondanknuten försäkring och andra försäkringsformer som ger försäkringstagaren rätt att själv välja hur premier

och sparmedel i försäkringen skall placeras bör denne normalt med jämna mellanrum få information om hur placeringarna har utvecklats i jämförelse med andra alternativ och om vilka andra lösningar som står till buds.

Informationen som paragrafen avser skall också lämnas i samband med att försäkringen kan komma att förnyas, även om den inte ändras då. Tanken är att försäkringstagaren skall ges samma möjlighet att ta ställning till om förnyelse skall ske som när han den första gången hade att ta ställning till om försäkringen skulle tecknas.

Information om villkorsändring

6 § Om försäkringsbolaget ändrar försäkringen, skall det samtidigt tillställa försäkringstagaren den information om ändringarna som denne kan behöva. Nya begränsningar av försäkringsskyddet skall särskilt framhållas.

Information om ändringar i försäkringen skall lämnas samtidigt med premiekravet för den period då de nya villkoren skall börja gälla.

(Jfr 11 kap. 4 § andra stycket promemorian och 2 kap. 3 § andra stycket PFL.)

Paragrafen handlar om informationsplikten vid villkorsändringar. Den har för skadeförsäkringens del sin motsvarighet i 2 kap. 6 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1.

För att ett försäkringsbolag skall ha rätt att ändra en personförsäkring under försäkringstiden krävs att det har förbehållit sig sådan rätt. En ändring kan göras bara med verkan från början av en ny premieperiod (11 kap. 9 §). Förevarande paragraf handlar om information som skall lämnas därför att en tidsbegränsad försäkring ändras i samband med att den förnyas. Reglerna gäller bara när ändringen görs genom ett beslut från bolagets sida, inte när en löpande försäkring ändras automatiskt (med stöd av 11 kap. 9 § andra stycket). – Bestämmelsen avviker från motsvarande bestämmelse om skadeförsäkring (2 kap. 6 §), eftersom reglerna om ändring av en försäkring är olika vid skadeförsäkring och personförsäkring.

Första stycket

Om försäkringsbolaget har beslutat om en ändring av försäkringsvillkoren i samband med förnyelse av försäkringen eller under försäkringstiden, skall försäkringstagaren enligt *första meningen* informeras om den. Informationen skall anpassas till försäkringstagarens behov av information, vilket innebär att informationen kan utformas olika om försäkringstagaren å ena sidan är en privatperson eller å den andra exempelvis ett företag som kan antas vara rimligt väl insatt i försäkringsförhållanden (men ändå inte omfattas av undantagsregeln i 1 § andra stycket).

Enligt *andra meningen* skall nya begränsningar av försäkringsskyddet framgå tydligt. Alla nya begränsningar omfattas av detta krav. På denna punkt skiljer sig alltså bestämmelsen från motsvarande reglering vid

konsumentförsäkring, vilket motiveras främst av personförsäkringens långa löptid och betydelse för försäkringstagarens ekonomiska planering.

Vid tillämpningen av denna bestämmelse är tanken att varje del av villkoren skall ses som en enhet för sig. Även om en ny begränsning av försäkringsskyddet sakligt sett uppvägs av en förbättring på en annan punkt, skall den tydligt framgå.

Andra stycket

Här anges den tidpunkt då försäkringstagaren skall informeras om ändringar i försäkringen. Genom att informationen skall lämnas samtidigt med premiekravet för den premieperiod då de nya villkoren skall börja gälla, får försäkringstagaren alltid betalningsfristen (en månad, se 13 kap. 1 § andra stycket) på sig att överväga om han vill godta försäkringen i dess nya utformning.

Information vid försäkringsfall

7 § När ett försäkringsfall har inträffat skall försäkringsbolaget i skälig omfattning informera försäkringstagaren och andra personer som har anspråk mot bolaget om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för dem att känna till.

Om försäkringsbolaget får kännedom om ett försäkringsfall som utgörs av försäkringstagarens död, skall det genast underrätta dödsboet om försäkringsfallet.

Om försäkringstagaren har förenat ett förmånstagarförordnande med villkor om att försäkringsbeloppet eller försäkringen skall vara mottagarens enskilda egendom, skall försäkringsbolaget underrätta förmånstagararen om det när ett försäkringsbelopp första gången betalas ut.

(Jfr 11 kap. 4 § promemorian 2 kap. 3 § PFL.)

Paragrafen handlar om den information som skall lämnas när ett försäkringsfall har inträffat. Den har ingen motsvarighet för konsument- eller företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1.

Första stycket

Information skall enligt paragrafen lämnas när ett försäkringsfall har inträffat. Det ligger i sakens natur att försäkringsbolaget i det läget inte behöver lämna information i alla de hänseenden som i de tidigare behandlade situationerna, t.ex. om försäkringstagarens möjligheter att göra olika omDispositioneringar. Eftersom försäkringsfallet kan utgöras av försäkringstagarens egen bortgång, kommer vidare försäkringsbolagets plikt att lämna information vid försäkringsfall i den situationen att i stället avse någon annan person.

Information enligt bestämmelsen skall lämnas också om försäkringsbolaget anser att ett ersättningsanspråk är ogrundat. Likaså skall information ges till den som kan antas vara berättigad till ersättning men som inte har framställt något krav, t.ex. därför att han inte är medveten om sin rätt.

Andra stycket

Bestämmelsen i andra stycket är motiverad av risken att dödsbon går miste om sina rättigheter enligt den avlidnes försäkringar (jfr bet. 1988/89:LU22).

Tredje stycket

Enligt 7 kap. 2 § äktenskapsbalken blir egendom som en make har fått genom förmånsrättsförordnande vid bl.a. livförsäkring, olycksfallsförsäkring eller sjukförsäkring som tecknats av någon annan än den andra maken enskild egendom om det i förordnandet har föreskrivits att den skall vara det.

När en make har fått egendom enligt ett förmånstagarförordnande med förbehållet att den skall vara makens enskilda egendom, skall försäkringsbolaget underrätta maken om detta. Underrättelsen skall göras när försäkringsbelopp betalas ut första gången.

Information om möjligheter till överprövning m.m.

8 § I samband med att ett anspråk på försäkringsersättning regleras skall försäkringsbolaget upplysa den som har framställt anspråket om vilka möjligheter som finns att få en tvist med bolaget prövad. Detta gäller dock inte om sådan information med hänsyn till omständigheterna måste anses sakna betydelse.

Det som sägs i första stycket gäller också när en försäkring upphör i förtid eller ändras under försäkringstiden, om inte försäkringstagaren har begärt åtgärden. Finns det risk för att rätten till försäkringsersättning skall gå förlorad på grund av preskription, skall försäkringsbolaget också upplysa om detta.

(Jfr 11 kap. 5 § promemorian och 2 kap. 4 § PFL.)

Paragrafen reglerar försäkringsbolagets informationsplikt i fyra fall. Det första är när ett försäkringsfall regleras. Det andra är när försäkringen upphör i förtid på försäkringsbolagets initiativ. Det tredje fallet är när försäkringen ändras på försäkringsbolagets initiativ. Det fjärde fallet, slutligen, tar sikte på att det finns en preskriptionsrisk. Paragrafen har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 2 kap. 7 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.1. Det hänvisas till kommentaren till 2 kap. 7 §.

Särskild information vid livförsäkring

9 § Innan en livförsäkring eller en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som utgör tillägg till en livförsäkring meddelas, skall försäkringstagaren få information om följande förhållanden.

1. Försäkringsbolagets namn och bolagsform,
2. adressen till bolagets huvudkontor och, i förekommande fall, till den agentur eller filial som meddelar försäkringen,
3. de förmåner som följer av försäkringsavtalet,
4. försäkringstidens längd,
5. försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringsavtalet enligt 11 kap. 5 § och försäkringsbolagets rätt att säga upp avtalet enligt 11 kap. 7–9 §§, 12 kap. 3 § och 13 kap. 2 §,
6. betalningstider och betalningssätt för premien,
7. beräkning och fördelning av återbäring,

8. beräkning av återköpsvärden och fribrevsvärden samt den omfattning vari dessa värden garanteras,
9. principerna för fördelning av premien på de olika förmånerna i försäkringsavtalet,
10. för fondförsäkring: de fondandelar som förmånerna skall vara knutna till,
11. för fondförsäkring: arten av de tillgångar som skall motsvara försäkringstagarens tillgodohavande,
12. innebörden av försäkringstagarens rätt att säga upp försäkringsavtalet enligt 11 kap. 13 §,
13. huvuddragen av de skatteregler som gäller för försäkringstypen,
14. hur klagomål om försäkringsavtalet skall behandlas, och
15. vilket lands lag som skall tillämpas på försäkringsavtalet eller, om parterna har valfrihet i detta hänseende, den lag som försäkringsbolaget föreslår skall tillämpas på avtalet.

Under försäkringstiden skall försäkringstagaren få information om alla sådana förändringar i villkoren eller i tillämplig lagstiftning som avser förhållanden angivna i första stycket 1–11 samt årlig information om fördelad återbäring.

Det som sägs i första och andra styckena gäller även sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om informationen.

(Jfr 11 kap. 6 § promemorian.)

I paragrafen har tagits in de särskilda regler om information som 2002 års livförsäkringsdirektiv innehåller rörande livförsäkring och sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som enligt EG:s regler hänförs till livförsäkring. Bestämmelserna får huvudsakligen anses innehålla en precisering av de minimikrav som får ställas på informationen vid all personförsäkring enligt 1–8 §§. I något fall ställs emellertid krav på viss specifik information som får anses gå utöver vad som eljest gäller för övriga slag av personförsäkring. Rörande punkt 3 kan anmärkas att uttrycket förmåner inbegriper den i direktivet använda termen optioner. – Saken behandlas i avsnitt 9.1.1.

Underlåtenhet att lämna information

10 § Om ett villkor enligt försäkringsavtalet inte har särskilt framhållits för försäkringstagaren enligt 4 § andra stycket 1–3 eller 6 § första stycket andra meningen, får det inte åberopas av försäkringsbolaget. Detta gäller dock inte om bolaget senast fjorton dagar före försäkringsfallet har avsänt ett särskilt meddelande om villkoret till försäkringstagaren eller om försäkringstagaren eller den försäkrade på annat sätt då har fått kännedom om villkoret. Det gäller inte heller en sådan begränsning av försäkringsskyddet som framgår av lag.

(Jfr 11 kap 8 § promemorian och 2 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen reglerar den civilrättsliga påföljd som kan komma att förverkligas i vissa fall när ett försäkringsbolag inte lämnar föreskriven information. Den har för konsumentförsäkringen sin motsvarighet i 2 kap. 8 §. För företagsförsäkringens del har den ingen motsvarighet. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.2.

Huvudregeln framgår av *första meningen*. Har försäkringsbolaget försummat att informera försäkringstagaren särskilt om ett villkor enligt 4 § andra stycket 1–3 eller en ny begränsning enligt 6 § första stycket andra meningen får detta inte åberopas mot försäkringstagaren eller

dennes rättsinnehavare. Villkoret kan då alltså inte heller åberopas mot sådana personer som avses i 7 §. I andra och tredje meningarna görs undantag från denna regel. För det första har försäkringsbolaget enligt *andra meningen* en möjlighet att i efterhand genom kompletterande information i skriftlig eller motsvarande form göra försäkringstagaren uppmärksam på det åsyftade villkoret. Har en sådan rättelse gjorts, kan försäkringsbolaget åberopa villkoret vid försäkringsfall som inträffar fjorton dagar eller mer efter att meddelandet avsändes. Även om försäkringsbolaget inte på detta sätt har lämnat ett särskilt meddelande till försäkringstagaren, kan villkoret åberopas om det framkommer att försäkringstagaren eller den försäkrade känt till villkoret, t.ex. till följd av den förköpsinformation han mottagit från försäkringsbolaget, under en tid av minst fjorton dagar före ett inträffat försäkringsfall.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 2 kap. 8 §.

11 § Om ett försäkringsbolag vid försäkring som tecknas av en konsument eller ett dödsbo inte lämnar information enligt detta kapitel, skall marknadsföringslagen (1995:450) tillämpas. Informationen skall därvid anses vara sådan information av särskild betydelse från konsumentsynpunkt som avses i 4 § andra stycket marknadsföringslagen.

Ett åläggande att lämna information får innehålla att informationen skall ges i en handling eller i någon annan läsbar och varaktig form som är tillgänglig för mottagaren.

(Paragrafen motsvarar med vissa ändringar 11 kap. 7 § promemorian och 2 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen reglerar den marknadsrättsliga sanktion som kan komma att tillgripas om ett försäkringsbolag inte lämnar föreskriven information och det är fråga om en försäkring som tecknas av konsument eller dödsbo. Motsvarande bestämmelser för försäkringar som tecknas av näringsidkare finns i 12–13 §§. Paragrafen har för konsumentförsäringen sin motsvarighet i 2 kap. 9 §. För företagsförsäringen motsvaras bestämmelsen av 8 kap. 2 och 3 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.2. – Det hänvisas till kommentaren till 2 kap. 9 §.

Av 1 kap. 4 § framgår, genom en hänvisning till 10 kap. 11 §, att marknadsföringslagen också skall tillämpas när föreskriven information inte lämnas i fråga om en sådan försäkring som en arbetsgivare har tecknat till förmån för en anställd på dennes liv eller hälsa. Det gäller dock bara i sådana fall då den anställda skall anses som försäkringstagare och något annat inte är avtalat mellan arbetsgivaren och försäkringsbolaget. Av den paragrafen framgår också att marknadsföringslagen är tillämplig bara i fråga om information som skall lämnas efter det att försäkring har meddelats. Låter försäkringsbolaget bli att ge arbetsgivare förköpsinformation som det borde lämna, blir 12 § tillämplig.

12 § Om ett försäkringsbolag i fråga om annan försäkring än som avses i 11 § inte lämnar information enligt detta kapitel, får det åläggas att lämna informationen.

Ett åläggande att lämna information får innehålla att informationen skall ges i en handling eller i någon annan läsbar och varaktig form som är tillgänglig för mottagaren.

(Paragrafen har ingen motsvarighet i promemorian eller PFL.)

Paragrafen reglerar den marknadsrättsliga sanktion som kan komma att tillgripas om ett försäkringsbolag inte lämnar föreskriven information och det är fråga om en försäkring som tecknas av någon annan än konsument eller dödsbo (och i vissa fall av en arbetsgivare till förmån för en anställd). För företagsförsäkringen motsvaras bestämmelsen av 8 kap. 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.2.

Ett åläggande enligt 15 § marknadsföringslagen för en näringsidkare att lämna information i marknadsföringen kan meddelas om näringsidkaren låter bli att lämna information som är av särskild betydelse från konsumentsynpunkt. Ett åläggande att lämna sådan information kan normalt knappast bli aktuellt när marknadsföringen riktar sig till andra näringsidkare. Men tanken är att ett försäkringsbolag som marknadsför personförsäkringar till näringsidkare skall kunna åläggas att lämna information på samma sätt och i samma utsträckning som i fråga om personförsäkringar som tecknas av konsumenter. Syftet med denna paragraf är att skapa en sådan möjlighet.

13 § Talan om åläggande enligt 12 § väcks vid Marknadsdomstolen.

En sådan talan får väckas

1. i fråga om information som avses i 2 §, av en näringsidkare som berörs av marknadsföringen, och

2. i fråga om information som avses i 4–9 §§, av en enskild näringsidkare som har ingått avtal om försäkring med försäkringsbolaget.

En talan om åläggande enligt 12 § får väckas också av en sammanslutning av näringsidkare.

I mål om åläggande enligt 12 § gäller i övrigt de bestämmelser i marknadsföringslagen (1995:450) som reglerar förfarandet i mål om åläggande att lämna information enligt 15 § den lagen.

(Paragrafen har ingen motsvarighet i promemorian eller PFL.)

Paragrafen reglerar var och av vem talan om åläggande enligt 12 § får väckas liksom förfarandet i sådana mål. Den har ingen motsvarighet i avsnittet om konsumentförsäkring. Den är uppbyggd efter mönster av 38 § marknadsföringslagen. För företagsförsäkringen motsvaras den av 8 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.1.2. – Det hänvisas till kommentaren till 8 kap. 3 §.

11 kap. Försäkringsavtalet

Kapitlet innehåller bestämmelser om försäkringsavtalet. Det har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 3 kap. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 4–7 §§.

Kapitlet omfattar tretton paragrafer. I 1 § behandlas rätten till försäkring. Bestämmelser om ansvarstiden finns i 2 §, om förlängning av en tidsbegränsad livförsäkring i 3 § och om förnyelse av en tidsbegränsad sjuk- och olycksfallsförsäkring i 4 §. Försäkringstagarens rätt att säga upp eller ändra försäkringen behandlas i 5 § och rätten till fortsatt försäkring efter återköp i 6 §. Försäkringsbolagets rätt att säga upp eller ändra försäkringen behandlas i 7–9 §§. I 10–12 §§ behandlas situationen vid

försäkringsbolagets konkurs m.m. Kapitlet innehåller också en paragraf om försäkringstagarens rätt till försäkringens ekonomiska värde (13 §).

Rätten till försäkring

1 § Ett försäkringsbolag får inte vägra någon att teckna en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten när det har fått de uppgifter som behövs, om det inte finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Ett avslag får inte grundas på att ett försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter det att ansökan har avsänts eller lämnats till försäkringsbolaget. Sådana försäkringsvillkor som beror av den försäkrades hälsotillstånd skall bestämmas på grundval av hälsotillståndet vid ansökan.

Första stycket gäller också om försäkringstagaren ansöker om att få en tidsbegränsad försäkring förnyad vid försäkringstidens utgång.

Första och andra styckena gäller inte i fråga om en försäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag.

(Jfr 12 kap. 1 § promemorian och 3 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen handlar om rätten för den som vill teckna en personförsäkring att – under vissa förutsättningar – få göra det liksom om en försäkringstagares rätt att förnya försäkringen. Den har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 3 kap. 1 §. Paragrafen har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.1. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Av paragrafen framgår att ett försäkringsbolag under vissa förutsättningar har en skyldighet att meddela en personförsäkring (s.k. kontraheringsplikt).

Som framgår av *första meningen* gäller denna skyldighet bara sådana försäkringar som bolaget *normalt tillhandahåller allmänheten*. Prövningen av om en försäkring hör till den kategorin får i första hand utgå från det aktuella försäkringsbolagets produktsortiment, försäkringsvillkor och praxis. Ett försäkringsbolag behöver inte meddela försäkring mot risker som inte ingår i dess vanliga sortiment eller utvidga sin verksamhet utöver det geografiska område eller den kundkrets den är avsedd för, och detta gäller även om försäkringsbolaget har koncession för den önskade typen av försäkring. Detta innebär t.ex. att ett försäkringsbolag som inriktar sig på försäkring för helnyktra inte är tvunget att försäkra andra. Att ett visst försäkringsbolag meddelar en viss typ av försäkring, exempelvis en särskild sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn, medför inte att också andra försäkringsbolag måste meddela samma slags försäkring. Inte heller är ett försäkringsbolag som i ett enstaka fall har meddelat en försäkring av viss typ skyldigt att bevilja en sådan försäkring till andra som begär det.

I kravet på att det skall vara fråga om en försäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller allmänheten ligger också att försäkringstagaren måste vara beredd att acceptera de försäkringsvillkor som försäkringsbolaget tillämpar för den aktuella typen av försäkring. En sökande har alltså inte rätt att få försäkring t.ex. utan ett visst undantag

som försäkringsbolaget normalt gör, och detta oavsett vilken betydelse undantaget kan synas ha i det enskilda fallet. Det gäller också om sökanden förklarar sig beredd att betala tilläggspremie för att slippa undantaget. Men det är naturligtvis annorlunda om försäkringsbolaget normalt brukar täcka den undantagna risken mot en tilläggspremie. I så fall får bolaget inte utan särskilda skäl vägra en enskild kund att teckna en tilläggförsäkring. En ytterligare konsekvens av kontraheringsplikten är att den sökande har rätt att få försäkringen meddelad mot sådan premie och på sådana villkor i övrigt som tillämpas för den riskkategori som sökanden tillhör.

Av den första meningen framgår vidare att rätten till försäkring inträder först *när försäkringsbolaget har fått de uppgifter som begärs*. I detta ligger att sökanden, för att ha rätt till försäkring, måste underkasta sig de krav på utredning som försäkringsbolaget ställer upp för att få underlag för sin prövning av ansökan. Sökanden måste alltså då lämna uppgifter om sin hälsa och om andra förhållanden som kan vara av betydelse, t.ex. yrke, fritidssysselsättningar och bostadsort, liksom underkasta sig de medicinska undersökningar som försäkringsbolaget begär. För att försäkringsbolaget skall kunna kontrollera riktigheten av lämnade uppgifter får det också kräva fullmakt av kunden att inhämta uppgifter från försäkringskassa, sjukhus och andra. Om försäkringen skall gälla på tredje mans liv eller hälsa, är det i stället denne som måste uppfylla sådana krav för att sökanden skall ha rätt till försäkring. Men försäkringsbolaget får bara ställa upp krav av detta slag som är försäkringstekniskt motiverade, och kraven får inte gå utöver de undersökningar som bolaget brukar göra i liknande situationer. Om ett försäkringsbolag skulle ställa omotiverade krav på utredning, som närmast kan antas ha till syfte att avskräcka kunden från att fullfölja ansökan, kan detta anses jämförbart med en direkt vägran att meddela försäkring. Skulle sökanden låta bli att svara på försäkringsbolagets frågor, får bolaget avslå ansökan, förutsatt att frågorna avser sådana förhållanden som kan ha betydelse för bedömningen av ansökan. Detsamma gäller om den som skall försäkras inte inställer sig till läkarundersökning när sådan behövs. Sökandens underlåtenhet att förse försäkringsbolaget med material för bedömningen är i dessa fall en självständig avslagsgrund.

Kontraheringsplikten är underkastad också en annan begränsning. En inskränkning i rätten att teckna en försäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller gäller om bolaget i det individuella fallet har *särskilda skäl att inte meddela en sådan försäkring* med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Detta innebär att ett försäkringsbolag i vissa fall har rätt att avslå en ansökan, begära högre premie än normalt eller förse försäkringen med förbehåll som inte görs för andra försäkringar av samma typ.

Den viktigaste grunden för ett sådant beslut med hänvisning till *risken för försäkringsfall* är, åtminstone vid liv- och sjukförsäkring, ett icke fullgott hälsotillstånd hos den som skall försäkras.

Denna inskränkning – hänvisningen till risken för försäkringsfall – har sin bakgrund i att bestämmelserna om kontraheringsplikt inte syftar till att ändra den försäkringstekniska grundvalen för försäkringsbolagens prövning av ansökningar om försäkring. Eftersom det är fråga om privat

frivillig försäkring, måste man utgå från att försäkringsbolagens beslut vilar på företagsekonomiska kalkyler, inte minst av hänsyn till försäkringstagarkollektivet. Avslag, premieförhöjning och särskilda förbehåll är alltså tillåtna när de grundar sig på en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet och den därmed sammanhängande risken för framtida försäkringsfall. Ibland kan prövningen utmynna i en kombination av dessa åtgärder, t.ex. så att en ansökan om premiefrielseförsäkring avslås och huvudförsäkringen meddelas mot förhöjd premie.

I den mån praxis vid riskprövning skiftar mellan olika försäkringsbolag, har det enskilda försäkringsbolaget både rätt och skyldighet att hålla sig till sin egen praxis. Ett försäkringsbolag är alltså inte skyldigt att acceptera en viss risk bara därför att något annat bolag gör det. Det kan dock inte heller hänvisa till andra försäkringsbolags praxis för att avböja en risk som bolaget brukar acceptera. Bara om ett försäkringsbolag har en praxis som avviker från vad som medicinskt eller försäkringstekniskt framstår som rimligt, kan det bli fråga om att underkänna ett avslag som stämmer överens med försäkringsbolagets vanliga inställning till sådana fall.

En onormalt stor risk för försäkringsfall kan vara knuten till den försäkrades person också på ett annat sätt än i fråga om hälsotillstånd, nämligen genom att den som vill ha försäkringsskydd har visat sig vara mera utsatt för olycksfall än andra. Mera sällan torde ett försäkringsbolag känna till sådana förhållanden beträffande den som ansöker om en ny försäkring, och frågan får därför typiskt sett större betydelse när det gäller förnyelse (se nedan vid andra stycket). I och för sig har försäkringsbolaget rätt att ta hänsyn till också en sådan risk men det får förutsättas att man inte vägrar försäkring av denna anledning annat än när det finns utredning som visar att sökanden är klart mera utsatt för olycksfall än andra och att tidigare skador inte har berott på slumpen.

I begreppet risken för framtida försäkringsfall ingår också den situationen att sannolikheten för att försäkringsfall över huvud taget skall inträffa visserligen inte är större än normalt, men det i stället kan befaras att ett försäkringsfall skall få allvarigare konsekvenser än normalt. Frågeställningen har alltså betydelse i första hand vid sjuk- och olycksfallsförsäkring i sådana fall där den som skall försäkras lider av någon sjukdom eller annan kroppslig svaghet, som kan befaras medföra att ett olycksfall eller en ny sjukdom skall få allvarigare följder för hans framtida förvärvsförmåga eller hälsotillstånd än normalt. Försäkringsbolaget kan då, beroende på vad tillämpade riskprövningsregler och praxis innehåller, ha rätt att avslå ansökan, höja premien eller ställa upp ett villkor som begränsar skyddet.

Risken för försäkringsfall kan också ligga i andra omständigheter än den försäkrades person. Den som skall försäkras kan leva i en hälsovådlig miljö eller ägna sig åt farlig verksamhet på sådant vis att risken för försäkringsfall klart överstiger den normala. Förevarande bestämmelse hindrar inte avslag på sådana grunder, och man kan t.ex. tänka sig att ett försäkringsbolag generellt vägrar att meddela olika kategorier av försäkring till personer som är bosatta i främmande länder där det råder oroliga förhållanden.

När bestämmelsen också nämner *den avsedda försäkringens art* som ett skäl för vägran, tar detta sikte på i första hand försäkringar som

typiskt sett har mindre social betydelse än andra. Hit hör försäkringar som har ett litet riskinnehåll – kanske en risk på bara någon procent – och som alltså närmast är att betrakta som sparprodukter. I ett sådant fall har en person som får avslag på sin begäran om försäkring inte svårigheter att antingen få en motsvarande försäkring hos ett annat försäkringsbolag eller placera sina pengar i en annan sparform, t.ex. obligationer.

Särskilda skäl för avslag på en ansökan kan enligt lagtexten också ligga i *någon annan omständighet* än risken för försäkringsfall. En sådan omständighet är när det finns en uttalad s.k. moralisk risk. Med detta avses en risk att försäkringstagaren skall utnyttja försäkringen på ett ohederligt sätt. Exempel på detta är att den som vill ha försäkring kan befaras lämna oriktiga uppgifter vid tecknandet eller i samband med skaderegleringen eller simulera eller mer eller mindre avsiktligt framkalla försäkringsfall. Försäkringsbolaget kan då vägra försäkring, förutsatt att det finns några påtagliga omständigheter som ger stöd för misstankarna. En allmän känsla av mistro mot sökanden är däremot inte tillräcklig. I praktiken lär det vara fråga om fall när sökanden tidigare har ertappats med ett sådant beteende i försäkringssammanhang som ger anledning att tro att förfaranden av det slag som har nämnts kan komma att upprepas. Det förhållandet att sökanden i något tidigare sammanhang uppträtt på ett inkorrekt sätt bör dock inte mekaniskt och utan närmare prövning leda till att ansökan avslås. Händelsen kan framstå som en engångsföreteelse, eller sökandens förhållanden kan ha förändrats i olika avseenden så att det inte längre finns anledning att befara oegentligheter från hans sida. Om sökanden tidigare har uppträtt direkt svikligt eller i strid mot tro och heder eller annars grovt åsidosatt sina skyldigheter mot ett försäkringsbolag, bör avslag kunna grundas på sådana erfarenheter.

I viss mån kan försäkringsbolaget undanröja den moraliska risken genom att kontrollera sökandens uppgifter extra noga. Särskilt såvitt gäller sjukförsäkring bör det också vara möjligt att minska risken för oriktigheter t.ex. genom föreskrifter om att en särskild läkarundersökning skall göras om den försäkrade gör gällande att det har inträffat ett försäkringsfall.

Bestämmelserna i andra och tredje meningarna kan sägas vara en viss precisering av det som sägs i första meningen om riskbedömningen. Det som sägs i *andra meningen* innebär att försäkringsbolaget är förhindrat att avslå en ansökan på grund av att ett försäkringsfall har inträffat efter ansökningstidpunkten. Om vid livförsäkring den som skall försäkras avlider sedan han gjort vad som ankommer på honom – inklusive eventuell läkarundersökning – men innan försäkringsbolaget fattat sitt beslut, får avtalet anses slutet med dödsboet. Om personen i fråga däremot avlider t.ex. utan att ha besvarat frågor som försäkringsbolaget ställt eller innan en läkarundersökning gjorts, trots att sådan skulle ha behövts för riskbedömningen, brister det i förutsättningarna för försäkringen. Försäkringsbolaget har då normalt rätt att vägra försäkring av det skälet att bolaget inte fått tillräckligt underlag för sin prövning.

De principer som har angetts nu gäller också vid sjuk- och olycksfallsförsäkring.

Vidare gäller enligt andra meningen att försäkringsbolagets prövning skall göras med utgångspunkt i hälsotillståndet vid ansökningstid-

punkten. En senare hälsoförsämring får alltså inte leda till avslag. Man kan säga att risken för hälsoförsämring går över på försäkringsbolaget i och med ansökan, även om detta får betydelse bara om det så småningom också kommer till stånd ett försäkringsavtal mellan parterna. Den avgörande tidpunkten är när ansökan avsändes eller lämnades till försäkringsbolaget. Att riskbedömningen skall utgå från förhållandena vid tiden för ansökan betyder inte att försäkringsbolaget är förhindrat att låta sökanden undersöka sitt hälsotillstånd efter denna tidpunkt och sedan ta hänsyn till vad som då kan komma fram om hälsotillståndet vid ansöknings-tidpunkten. Om den försäkrade råkar ut för en hälsoförsämring innan undersökningarna är klara – en redan tidigare känd sjukdom kommer kanske in i en allvarligare fas – får enligt lagtexten hänsyn inte tas till hälsoförsämringen som sådan.

Förbudet mot att ta hänsyn till en hälsoförsämring gäller i första hand prövningen av den ursprungliga ansökan. Om sökanden innan försäkring beviljats ändrar sig och begär en annan typ av försäkring som medför större ansvar för försäkringsbolaget, får hans begäran i den delen ses som en helt ny ansökan, och prövningen får då utgå från hälsotillståndet vid detta senare ansökningstillfälle. Vill sökanden däremot sänka försäkringsbeloppet eller förkorta ansökningstiden, eller få till stånd ändringar som är neutrala i förhållande till ansvarets omfattning, är försäkringsbolaget fortfarande förhindrat att ta hänsyn till att hälsotillståndet har försämrats.

Bestämmelsen i *tredje meningen* ligger i linje med den i andra meningen. Omständigheter som är av sådan natur att de inte får påverka bedömningen av om försäkring skall beviljas (därför att de inträffar efter ansökningen), får inte heller leda till premieförhöjning eller andra särvillkor. Men tredje meningen gäller bara sådana riskfaktorer som tar sikte på kundens hälsa. Hänsyn får tas till andra förändringar av riskbilden, även om de inträffar efter en ansökan. Om försäkringsbolaget t.ex. får veta att den försäkrade – efter ansökan men före utfärdandet av försäkringen – har gått över till ett farligare yrke, kan bolaget alltså bestämma premien med hänsyn till det nya yrket.

Andra stycket

Bestämmelsen i andra stycket innebär att en person som har tecknat en personförsäkring har rätt att få försäkringen förnyad vid försäkringstidens slut. Försäkringsbolaget har dock liksom vid nyteckning rätt att begära nya upplysningar av försäkringstagaren, även om försäkringen förnyas automatiskt. Vid t.ex. sjukförsäkring kan försäkringsbolaget kräva in nya uppgifter om den försäkrades inkomstförhållanden för att inte överförsäkring skall uppstå. Om försäkringstagaren inte svarar på försäkringsbolagets nya frågor, är detta en självständig grund för bolaget att vägra försäkring.

Vidare gäller det som har sagts tidigare om de särskilda skäl för avslag som kan åberopas i anknytning till första stycket också vid prövningen av en ansökan om förnyelse. Försäkringsbolaget får således vägra förnyelse om den försäkrades hälsotillstånd gör honom oförsäkringsbar. Den avgörande tidpunkten är här inte när försäkringstagaren ansökte om den ursprungliga försäkringen utan hur hälsotillståndet är när begäran om

förnyelse framställs. Försäkringsbolaget får alltså ta hänsyn till sådana försämringar av hälsotillståndet som har inträtt under försäkringstiden.

En annan situation är att den försäkrade är mera utsatt för olycksfall än andra. Om den försäkrade vid olycksfallsförsäkring som har löpt under några perioder har råkat ut för en rad försäkringsfall som tydligen beror på något sådant, kan kravet på särskilda skäl att avböja fortsatt försäkring med hänvisning till risken för ytterligare försäkringsfall vara uppfyllt.

Också andra omständigheter kan medföra rätt för försäkringsbolaget att vägra förnyelse. Den försäkrades levnadsförhållanden – yrke, bostadsort osv. – kan ha förändrats så att försäkringsbolaget inte längre anser sig kunna meddela försäkring.

Vägran att förnya en försäkring kan också bero på en omvänd situation, nämligen på omständigheter som förelåg redan när den ursprungliga försäkringen tecknades, men som då inte upptäcktes eller tillmättes betydelse.

Även försäkringstagarens uppträdande under försäkringstiden kan få betydelse. Också i detta läge kan felaktiga uppgifter vid skaderegleringen eller annat missbruk av försäkringen motivera att förnyelse vägras.

Det som har sagts nu tar närmast sikte på situationen när försäkringstagaren vid försäkringstidens slut tar kontakt med försäkringsbolaget och begär förnyelse av försäkringen och förutsättningarna för fortsatt försäkring då tas upp till diskussion. För sjuk- och olycksfallsförsäkringens del bygger lagen på att försäkringen automatiskt förnyas vid försäkringstidens utgång (se 4 §).

Tredje stycket

Det har inte ansetts motiverat att ett försäkringsbolag har en kontraheringsplikt gentemot näringsidkare som vill teckna försäkringar till förmån för sig själva i egenskap av näringsidkare. Det kan gälla försäkringar som ett företag vill teckna för att, om vissa nyckelpersoner blir sjuka eller dör, få ersättning för att kunna rekrytera eller utbilda personal som kan ersätta personerna i fråga. Ett annat exempel på en försäkringstyp som faller under bestämmelsen är s.k. kompanjonsförsäkring. Med det menas en försäkring som tecknas på två eller flera jämställda företagsdelägars (kompanjoners) liv i syfte att skapa möjlighet för överlevande kompanjoner att, om en delägar dör, genom försäkringen lösa ut dennes andel i företaget. Undantaget från kontraheringsplikten i tredje stycket gäller situationer av detta slag.

Bestämmelsen tar däremot inte sikte på t.ex. personförsäkringar som en fysisk person som är näringsidkare tecknar till förmån för sig själv som privatperson. Inte heller omfattar den försäkringar som arbetsgivare tecknar till förmån för sina anställda. I fråga om sådana försäkringar gäller alltså en kontraheringsplikt.

Tiden för försäkringsbolagets ansvar

2 § Om en försäkring meddelas på normala villkor eller på sådana särskilda villkor som har angivits i ansökan om försäkringen, inträder försäkringsbolagets ansvar dagen efter den dag då försäkringstagaren avgav ansökan om försäkringen till bolaget. Har försäkringstagaren

avgivit antagande svar på ett anbud från försäkringsbolaget, inträder ansvaret dagen efter den då svaret avgavs till bolaget.

Det som sägs i första stycket gäller inte om försäkringstagaren har begärt att försäkringen skall träda i kraft först senare. Försäkringsbolaget får också förbehålla sig att ansvaret inte skall inträda förrän dagen efter den dag då försäkringstagaren betalar premie för försäkringen. Skall återförsäkring ske, får försäkringsbolaget förbehålla sig att ansvaret i den delen skall inträda först när återförsäkring beviljas.

(Jfr 12 kap. 2 § promemorian och 3 kap 2 § PFL.)

Paragrafen talar om vid vilken tidpunkt försäkringsbolagets ansvar börjar och hur länge det varar. Den har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 3 kap. 2 § och för företagsförsäkring sin motsvarighet i 8 kap. 4 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.2. – Paragrafen har sin motsvarighet i 11 § i 1927 års FAL.

I paragrafen anges alltså den tid under vilken försäkringsbolaget bär ett ansvar för inträffade försäkringsfall (ansvarstiden). Försäkringstiden är den tid för vilken avtal om försäkring träffas och för vilken försäkringsbolaget har rätt till premie, dvs. avtalstiden. – För personförsäkringen finns det inte någon bestämmelse om en längsta avtalstid, motsvarande den ettårsregel vid konsumentförsäkring som finns i 3 kap. 2 § första stycket.

Första stycket

Första stycket handlar om ansvarstidens början. Till skillnad från vad fallet är vid konsumentförsäkring, där det råder avtalsfrihet, är förvarande bestämmelse tvingande till försäkringstagarens fördel. Reglerna förutsätter för sin tillämpning att ett försäkringsavtal har kommit eller kommer till stånd. Om försäkringsbolaget under alla omständigheter skulle avslå ansökningsen, kan det inte bära något ansvar bara därför att en skada inträffar innan bolaget har meddelat sitt beslut förutsatt, naturligtvis, att avslagsbeslutet står i överensstämmelse med 1 §. En annan sak är att, när huvudregeln i styckets första mening är tillämplig, detta oftast leder till att försäkringsbolagets ansvar kommer att omfatta även tid innan avtalet ingicks.

Enligt *första meningen* inträder försäkringsbolagets ansvar dagen efter den då försäkringstagaren avgav ansökan om försäkringen till försäkringsbolaget. Vid vissa personförsäkringar kan det dröja en tid innan försäkringsbolaget definitivt kan fastställa att det går att bevilja försäkring på de villkor som angetts i ansökan. För att ansvaret skall inträda vid den angivna tidpunkten är det emellertid tillräckligt att man i efterhand kan konstatera att det vid ansökningstidpunkten fanns förutsättningar för att bevilja den sökta försäkringen. För att detta skall kunna konstateras krävs det vid somliga personförsäkringar att sökanden lämnar uppgifter om sitt hälsotillstånd och ibland också undergår läkarundersökning.

En förutsättning för att ansvaret skall inträda från angiven tidpunkt är att försäkring kan beviljas på normala villkor eller på sådana speciella villkor som framgår av ansökan. Ansökan måste därför vara så preciserad att det utan vidare framgår vilken försäkring som avses: försäkringsform,

försäkringstid och försäkringsbelopp måste som regel vara angivna såvida detta ändå inte framgår av omständigheterna.

Tiden räknas fr.o.m. dagen efter den då ansökan avgavs till försäkringsbolaget. Om ansökan avgavs en måndag, börjar alltså ansvarstiden på tisdag kl. 0.00. Denna regel grundar sig främst på praktiska överväganden. Beträffande innebörden av begreppet avgav hänvisas till kommentaren till 3 kap. 2 § andra stycket.

Bevisbördan för när ansökan avgavs ligger på försäkringstagarsidan. Ett påstående om att ansökan avgavs före försäkringsfallet måste te sig åtminstone sannolikt med hänsyn till omständigheterna. Har ansökan sänts i brev, lär man i allmänhet kunna utgå från den dag då ansökan kom till försäkringsbolaget och därifrån räkna bakåt den tid som normalt skall åtgå för postbefordran.

Försäkringsavtalet kan också komma till stånd genom att försäkringstagaren accepterar ett anbud från försäkringsbolaget. Ett praktiskt exempel är att den försäkring sökanden begärt inte kan beviljas alls eller inte i begärd form och att försäkringsbolaget därför erbjuder ett eller flera andra försäkringsalternativ. I sådana fall räknas ansvarstiden enligt *andra meningen* från det att försäkringstagaren avgav sin accept. Det närmare bestämmandet av tidpunkten görs på samma sätt som enligt första meningen.

Andra stycket

Bestämmelserna i första stycket är som tidigare nämnts tvingande till försäkringstagarens fördel, men de är inte undantagslösa. I andra stycket behandlas tre olika möjligheter att avvika från huvudreglerna: önskemål från försäkringstagaren, s.k. kontantklausul och förbehåll om återförsäkring.

Den som söker försäkring kan av olika skäl önska att försäkringen skall träda i kraft först vid en senare tidpunkt, kanske därför att han anser sig behöva ett särskilt skydd under en planerad utlandsvistelse eller vill ersätta en äldre försäkring som är på väg att löpa ut. För tydlighetens skull har i *första meningen* tagits in en bestämmelse om att försäkringstagaren på detta vis kan skjuta fram tidpunkten för ansvarets inträde. Det andra undantag som nämns är i *andra meningen* en s.k. kontantklausul, dvs. ett förbehåll att försäkringsbolagets ansvar skall inträda tidigast när försäkringstagaren betalar premie för försäkringen. Det sista undantag från huvudregeln som upptagits i andra stycket avser enligt *tredje meningen* förbehåll för återförsäkring. Sådana förbehåll används när försäkringen – eventuellt i förening med tidigare meddelade försäkringar för samma person – innefattar ett så stort riskåtagande från försäkringsbolagets sida att detta måste söka återförsäkring för hela eller en del av försäkringen.

Förlängning av en tidsbegränsad livförsäkring för dödsfall

3 § Om en tidsbegränsad livförsäkring för dödsfall är avtalad för längre tid än ett år, skall försäkringsbolaget minst en månad och högst sex månader före försäkringstidens slut avsända en påminnelse till försäkringstagaren om att försäkringen kommer att upphöra och

om den rätt till fortsatt försäkring som han kan ha. Om försäkringen har förnyats på grund av utebliven uppsägning, räknas ettårstiden från det att det första avtalet ingicks.

Försummar försäkringsbolaget att avsända en påminnelse enligt första stycket och gäller försäkringen bara för dödsfall, förlängs tiden för bolagets ansvar utan rätt till tilläggspremie för bolaget. Ansvaret upphör en månad efter det att en försenad påminnelse har avsänts, dock senast sex månader efter försäkringstidens slut.

(Jfr 12 kap. 8 § promemorian och 3 kap. 7 § PFL.)

Paragrafen handlar om att ett försäkringsbolag i vissa fall skall påminna försäkringstagaren om att en tidsbegränsad dödsfallsförsäkring kommer att upphöra, m.m., och den anger konsekvensen av att någon påminnelse inte görs. I fråga om konsumentförsäkring, jfr 3 kap. 3 §. Bestämmelsen har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.2. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Försäkringstagaren kan behöva viss information vid slutet av försäkringstiden för en tidsbegränsad försäkring. Om försäkringen har gällt under flera år, kan det lätt hända att försäkringstagaren förbiser att försäkringstiden löper ut och skyddet upphör. Enligt denna paragraf är därför försäkringsbolaget skyldigt att viss tid före försäkringstidens slut sända ett meddelande till försäkringstagaren om att försäkringen kommer att upphöra. Regeln gäller för alla tidsbegränsade livförsäkringar för dödsfall.

Enligt *första meningen* är försäkringsbolaget skyldigt att påminna om att försäkringen upphör när denna är avtalad att gälla för längre tid än ett år. Man får alltså utgå från den försäkringstid som har angetts i försäkringsbrevet. Detsamma gäller försäkringar som tillhör den angivna kategorierna och som har varit föremål för automatisk förnyelse, oftast sjuk- eller olycksfallsförsäkring. Särskilt från försäkringstagarens synpunkt ligger sådana försäkringar mycket nära försäkringar som gäller tills vidare. I *andra meningen* har därför tagits in en särskild regel om hur ettårstiden beräknas i sådana fall. En underrättelse blir då aktuell bara när den försäkringstid går till ända efter vilken någon ytterligare förnyelse inte skall ske, t.ex. när den försäkrade uppnår en i villkoren angiven slutålder. Bestämmelsen gäller däremot inte om en tidsbegränsad försäkring förnyas genom en särskild överenskommelse mellan parterna. I påminnelsen skall först och främst lämnas uppgift om när försäkrings-skyddet upphör. Dessutom skall försäkringstagaren erinras om den rätt till fortsatt försäkring som han kan ha. Med detta åsyftas främst optionsrätt (dvs. rätt att förlänga försäkringens giltighetstid utan ny hälsoprövning) men också annan, mera begränsad rätt till ny försäkring (t.ex. efter hälsoprövning) som försäkringstagaren kan ha enligt villkoren för den utlöpande försäkringen.

Påminnelsen skall avsändas minst en och högst sex månader före försäkringstidens slut, vilket vid dessa försäkringar praktiskt taget alltid sammanfaller med att ansvaret för försäkringsbolaget upphör. Att meddelandet inte kan sändas tidigare motiveras av att det bör komma så pass nära försäkringstidens slut att försäkringstagaren känner anledning att

tämligen omgående ta ställning tillsitt behov att skaffa annat försäkringsskydd eller på annat sätt se om sina förhållanden.

Andra stycket

Om försäkringsbolaget försummar att sända en påminnelse vid sådan försäkring som bestämmelsen avser, blir följden fortsatt ansvar utan rätt till premie för tilläggstiden. Detta undantag från huvudprincipen att premien skall följa ansvaret har för tydlighetens skull uttryckligen angetts i lagen. Om vid livförsäkring för dödsfall den försäkrade avlider under den förlängda ansvarstiden, måste alltså försäkringsbolaget betala det avtalade försäkringsbeloppet.

En rimlig avvägning mellan parternas intressen har här ansetts vara att det förlängda ansvaret vid försummelse begränsas till sex månader. Under denna tid kan en försäkringstagare väntas reagera på att det inte kommer något krav på ny premie för försäkringen och då själv ta kontakt med försäkringsbolaget. Om försäkringsbolaget upptäcker försummelsen innan sexmånadstiden har gått ut, skall det naturligtvis genast sända meddelandet. Ansvaret upphör då en månad efter avsändandet. Även om meddelandet avsänds mindre än en månad före sexmånadstidens utgång, upphör ansvaret dock alltid vid utgången av denna. Försäkringsbolagets ansvar kan alltså inte förlängas genom meddelandet.

Påminnelsen går, liksom andra meddelanden av detta slag, på försäkringstagarens risk. För att försäkringsbolaget skall undgå det förlängda ansvaret räcker det alltså att påminnelsen bevisligen har avsänts till försäkringstagaren. Det räcker här med varje slag av skriftlig information som tydligt anger de upplysningar som avses i paragrafen. Däremot kan försäkringsbolaget inte undgå ansvar genom enbart muntliga upplysningar eller genom att visa att försäkringstagaren på egen hand lagt märke till att försäkringen löpt ut.

Förnyelse av en tidsbegränsad sjuk- och olycksfallsförsäkring

4 § Ett avtal om tidsbegränsad sjuk- eller olycksfallsförsäkring förnyas för en tid av ett år, om avtalet inte har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens slut. I 10 kap. 5 § finns bestämmelser om information när en försäkring ändras i samband med förnyelse.

Uppsägning från försäkringsbolagets sida skall göras skriftligen och med en månads uppsägningstid, räknat från det att bolaget avsände uppsägningen. Uppsägningen får inte sändas tidigare än sex månader före försäkringstidens slut.

Första stycket första meningen gäller inte om något annat framgår av avtalet eller omständigheterna i övrigt. Skall avtalet inte förnyas, gäller i stället det som sägs i 3 § om livförsäkring bara för dödsfall.

(Jfr 12 kap. 9 § promemorian och 3 kap. 8 § PFL.)

Paragrafen handlar om förnyelse av en tidsbegränsad sjuk- och olycksfallsförsäkring och om vad som gäller om en uppsägning av en sådan försäkring från försäkringsbolagets sida. I fråga om konsumentförsäkring, jfr 3 kap. 3 §. Bestämmelsen har ingen motsvarighet vid företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.2. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Första stycket innehåller en bestämmelse om automatisk förnyelse av en tidsbegränsad sjuk- eller olycksfallsförsäkring.

Om inte annat har avtalats mellan parterna, förnyas försäkringsavtalet på ett år vid försäkringstidens utgång, förutsatt att ingen av parterna har sagt upp försäkringen. Denna fortsätter alltså då att gälla utan avbrott. En förnyelse av försäkringen kan alltså förhindras genom att någon av parterna säger upp försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång. Försäkringstagaren har en oinskränkt rätt till sådan uppsägning, utan att behöva ange något skäl för uppsägningen eller göra uppsägningen i viss form eller i viss tid före försäkringstidens slut. För uppsägning från försäkringsbolagets sida gäller däremot vissa begränsningar (se 1 § och förevarande paragrafs andra stycke).

Formellt sett är det vid förnyelse fråga om att parterna ingår ett nytt försäkringsavtal. Förnyelsen medför dock inte någon skyldighet för försäkringstagaren att på eget initiativ lämna nya upplysningar om sitt hälsotillstånd osv. till försäkringsbolaget. Upplysningsplikten är nämligen normalt begränsad till att försäkringstagaren och den försäkrade skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor (12 kap. 1 §). Om försäkringsbolaget vill ha nya uppgifter, måste det alltså ställa nya frågor. Försäkringsbolaget har rätt att ändra villkoren för försäkringen i samband med förnyelsen, t.ex. höja premien på grund av att den försäkrades hälsotillstånd har försämrats eller minska sjukförsäkringsförmånerna på grund av att den försäkrades inkomster har gått ned. För villkorsändring i samband med förnyelse gäller samma informationskrav som för villkorsändring under löpande försäkringstid (se 9 § första stycket och 10 kap. 6 §).

Andra stycket

I andra stycket regleras förutsättningarna i formellt hänseende för försäkringsbolagets möjlighet att säga upp avtalet för upphörande. Här gäller en månads uppsägningstid. För att uppsägningen skall få verkan räcker det att den avsänds före förnyelsetidpunkten. Sänds uppsägningen först tjugo dagar före förnyelsen, fortsätter försäkringen alltså att gälla tio dagar efter förnyelsedagen. Uppsägningen får inte skickas tidigare än sex månader före försäkringstidens slut.

Tredje stycket

Av tredje stycket framgår till att börja med förnyelseregeln's dispositiva karaktär. Vidare framgår att en påminnelse, när försäkringen enligt avtalet inte skall förnyas, skall ske enligt 3 §. Vid försenad påminnelse förlängs alltså tiden för försäkringsbolagets ansvar med en månad efter det att påminnelsen sänts, dock högst med sex månader.

Försäkringsbolaget är inte skyldigt att skicka någon uppsägning enligt förevarande paragraf om det står klart att parterna redan från början har avsett att någon förnyelse inte är aktuell. Ett exempel på en sådan situation är då någon tecknar en kortvarig reseolycksfallsförsäkring för en

bestämd resa. Det är ett undantagsfall som enligt lagtexten framgår av omständigheterna i övrigt.

Försäkringstagarens rätt att säga upp eller ändra försäkringen

5 § Försäkringstagaren får när som helst säga upp försäkringen att upphöra omedelbart eller vid viss framtida tidpunkt. Om inte annat följer av försäkringens art, har försäkringstagaren rätt att i samband med uppsägningen få försäkringen ändrad till premiefri försäkring (fribrev) eller på sätt som närmare anges i försäkringsvillkoren få den återköpt av försäkringsbolaget, i den mån inte rätt till återköp saknas enligt inkomstskattelagen (1999:1229). För en försäkring som omfattas av 2 § lagen (1990:661) om avkastningsskatt på pensionsmedel gäller dock att återköp tidigast får ske efter ett år. Om inte annat har avtalats, har försäkringstagaren rätt att få försäkringen belånad hos försäkringsbolaget.

I 13 kap. 3 § finns bestämmelser om återupplivning av en försäkring som blivit premiefri. Om en försäkring sägs upp, skall försäkringsbolaget underrätta försäkringstagaren om rätten att få den återupplivad.

(Jfr 12 kap. 3 § promemorian och 3 kap 3 § PFL.)

Paragrafen handlar om försäkringstagarens rätt att säga upp en personförsäkring att upphöra och att få försäkringen ändrad till en premiefri försäkring eller att få den återköpt. Försäkringsbolagets rätt att säga upp eller ändra en försäkring behandlas i 7–9 §§. Paragrafen har för konsumentförsäkring en viss motsvarighet i 3 kap. 4 och 5 §§ och för företagsförsäkring viss motsvarighet i 8 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.4. – Paragrafen har ingen direkt motsvarighet i 1927 års FAL (jfr dock 98 §).

Första stycket

Försäkringstagaren har enligt *första meningen* en i princip oinskränkt rätt att säga upp sin försäkring för omedelbart upphörande. Detta gäller inte bara långvariga livförsäkringar med inslag av sparande. Även den som har tecknat en ettårig sjuk- eller olycksfallsförsäkring men som kort därefter får samma skydd, t.ex. som anställningsförmån på en ny arbetsplats, har rätt att säga upp försäkringen.

Vid skriftlig uppsägning följer av allmänna kontraktsrättsliga principer att försäkringen normalt fortsätter att gälla t.o.m. utgången av den dag då uppsägningshandlingen kom in till försäkringsbolaget. Om försäkringstagaren råkar ut för ett försäkringsfall efter det att uppsägningen har avsänts men före den nyss angivna tidpunkten, omfattas skadan alltså av försäkringen trots uppsägningen. Görs uppsägningen muntligen, får försäkringen anses upphöra omedelbart, om inte annat framgår av omständigheterna.

När försäkringen inte har något återköps- eller fribrevsvärde, innebär uppsägningen att försäkringen upphör att gälla vid uppsägningen och att en del av premien betalas tillbaka (om inte försäkringstagaren hellre vill att försäkringen skall fortsätta att gälla under den tid för vilken premie redan har betalats). Avräkningsfrågorna i samband med att en personförsäkring upphör att gälla behandlas i 13 §.

Enligt *andra meningen* skall försäkringstagaren ha rätt att få försäkringen ändrad till fribrev, under förutsättning att försäkringen har

något ekonomiskt värde. Om fribrevsvärdet är alltför lågt i förhållande till kostnaderna för fortsatt administration av villkoren, behöver försäkringsbolaget inte utfärda fribrev, men då kan återköp vara möjligt. Det avgörande är emellertid i båda fallen vad som är möjligt av försäkringstekniska skäl. Exempelvis kan man inte medge någon generell rätt till återköp av livränteförsäkringar. Det kan också finnas en lång rad andra försäkringsprodukter till låga kostnader som inte kan bära en omfattande administration. Till detta kommer begränsningar av återköpsrätten av skattetekniska skäl. Detaljer i fråga om rätten till fribrev regleras i försäkringsvillkoren. För att hindra kringgående av lagen om avkastningsskatt gäller vidare en tidsbegränsning enligt *tredje meningen*.

Återköp kan också vara uteslutet av andra skäl än som framgår av denna paragraf, nämligen på grund av ett förbehåll från någon annan än försäkringsbolaget. Om försäkringstagaren har fått försäkringen i gåva eller genom testamente, kan givaren (testator) ha föreskrivit att försäkringen inte får återköpas. Ett sådant förbehåll kan också vara intaget i ett förmånstagarförordnande. Vidare innebär ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande eller en pantsättning att försäkringstagaren inte får på egen hand begära återköp av försäkringen.

Av *sista meningen* framgår att försäkringstagaren även har rätt att få försäkringen belånad hos försäkringsbolaget. I försäkringsvillkoren kan dock föreskrivas att det inte skall finnas någon rätt till belåning.

Andra stycket

En försäkring som har övergått till att vara premiefri (fribrev) kan återupplivas till det ursprungliga försäkringsbeloppet genom att försäkringstagaren inom tre månader tar upp premiebetalningen igen. Detta stycke innehåller en erinran om den möjligheten.

Försäkringstagarens rätt till fortsatt försäkring efter återköp

6 § Om försäkringsbolaget har återköpt en livförsäkring med sparmoment, har försäkringstagaren, om inte annat avtalats, rätt att utan ny hälsoprövning fortsätta försäkringen som ren riskförsäkring med de ändringar som återköpet ger skäl till.

Försäkringsbolaget skall senast när återköpsbeloppet betalats ut avsända en underrättelse till försäkringstagaren om rätten till fortsatt försäkring enligt första stycket. Försummar försäkringsbolaget det, ansvarar bolaget under sex månader från utbetalningen som om en sådan försäkring hade begärts. Om försäkringsbolaget under denna tid avsänder en underrättelse, upphör dock ansvaret när underrättelsen avsänds.

Begäran om fortsatt försäkring skall framställas inom sex månader från det att försäkringsbolaget har avsänt en underrättelse enligt andra stycket, dock senast inom ett år från det att återköpsbeloppet betalades ut.

(Jfr 12 kap. 10 § promemorian och 3 kap. 9 § PFL.)

Paragrafen reglerar försäkringstagarens rätt till fortsatt försäkring efter att ha återköpt en livförsäkring med sparmoment. Den har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.5. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Paragrafen ger vid vissa praktiskt viktiga former av livförsäkring försäkringstagaren rätt att avbryta sparandet och fortsätta försäkringen som en ren riskförsäkring om inte något annat avtalats. Återköpet kan ha begärts av försäkringstagaren själv eller av en panthavare (se 14 kap. 11 §).

Bestämmelsen gäller bara för försäkringar med sparmoment. I första hand avses kapitalförsäkringar som medför en garanterad rätt till utbetalning av ett försäkringsbelopp, som är avsett att byggas upp genom premiebetalningen. Hit hör främst livstidsförsäkring för dödsfall och den vanliga sammansatta kapitalförsäkringen. Försäkringsbeloppet kan vid dessa försäkringsformer även vara avtalat att utbetalas i rater, och försäkringsavtalet kan då också innefatta en fortsättningslivränta på den försäkrades eget eller en medförsäkrad persons liv. Avsikten är att paragrafen skall vara tillämplig även om fortsättningslivräntan inte återköps.

Paragrafen är däremot inte tillämplig på en tidsbegränsad försäkring som gäller enbart för dödsfall. Trots att även en sådan försäkring kan ha ett återköpsvärde innehåller den inte något sparmoment i försäkrings-teknisk bemärkelse. Paragrafen är inte heller tillämplig på en livränteförsäkring utan familjegaranti, exempelvis en försäkring med bara ålders- och efterlevandelivränta eller med enbart efterlevandelivränta. Här föreligger det visserligen en typ av sparande, men det finns knappast något riskmoment som kan skiljas från sparmomentet.

Bestämmelsens värde för försäkringstagaren ligger främst i att den fortsatta försäkringen skall, om inte annat har avtalats, meddelas utan ny hälsoprövning. När den nya premien fastställs, får försäkringsbolaget alltså inte ta hänsyn till sådan försämring av den försäkrades hälsa som kan ha inträffat efter det att den ursprungliga försäkringen tecknades.

Beträffande den fortsatta försäkringens utformning är utgångspunkten att försäkringsbolagets riskåtagande skall vara oförändrat. Sparandet faller däremot bort i och med återköpet. För de närmare villkoren blir försäkringstekniska hänsyn avgörande. Eftersom riskåtagandet vid livförsäkringar av det slag som omfattas av regeln sjunker mot noll vid försäkringstidens slut, får sålunda den fortsatta försäkringen gälla med ett sjunkande dödsfallsbelopp.

Andra stycket

För att försäkringstagaren skall bli medveten om sin rätt till fortsatt försäkring åläggs försäkringsbolaget i andra stycket att underrätta honom om denna möjlighet. Underrättelsen skall sändas eller lämnas till försäkringstagaren senast när återköpsvärdet betalas ut.

Om försäkringsbolaget försummar sin underrättelseskyldighet, gäller ett ansvar under högst sex månader som om fortsatt försäkring enligt första stycket hade begärts.

Försäkringsbolaget kan emellertid bli fritt från ansvar igen genom att skicka underrättelsen i efterhand. Ansvaret upphör redan vid avsändandet, i motsats till vad som i en liknande situation gäller enligt 3 §. Olikheten beror på att vid tillämpning av den bestämmelsen försäkrings-

tagaren är skyddad av försäkringen minst en månad redan efter ett meddelande i rätt tid, varför det är naturligt med ett skydd en månad också efter ett försenat meddelande. I den situation som avses i förvarande bestämmelse kan man däremot inte kräva att försäkringsbolaget skall skicka meddelandet någon viss tid i förväg – begäran om återköp kanske kommer i ett brev med önskemål om omedelbar utbetalning. Det måste därför godtas att meddelandet kan lämnas så sent att försäkringstagaren i praktiken är oförsäkrad när han får det. I enlighet med detta upphör försäkringsbolagets ansvar i och med avsändandet, även när meddelandet sänds först i efterhand.

Tredje stycket

Försäkringstagaren har sex månader på sig att överväga om han skall fortsätta med försäkringen. Under denna tid har försäkringstagaren inte något skydd av försäkringen. Underrättelsen går på försäkringstagarens risk, och fristen löper alltså ut även om meddelandet inte kommer fram.

Om försäkringsbolaget försummar att sända den föreskrivna underrättelsen, kan man inte tillämpa huvudregeln om sex månader från avsändandet. För att försäkringsbolaget inte skall tvingas bevara bevis om sådana underrättelser under obegränsad tid ges i stycket också en yttersta frist om ett år från det att återköpsbeloppet betalades ut.

Försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringen eller säga upp den i förtid

7 § Försäkringsbolaget får inte göra förbehåll om att en försäkring skall upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden i andra fall än som anges i denna lag.

(Jfr 12 kap. 4 § promemorian samt 3 kap. 4 § första stycket och 5 § första stycket PFL.)

Paragrafen anger ramarna för när ett försäkringsbolag kan förbehålla sig att en personförsäkring skall kunna upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden. Den har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Försäkringsbolaget får inte göra förbehåll om att försäkringen skall kunna upphöra i förtid eller ändras i andra fall än som anges i lagen. Som förbehåll om att försäkringen skall kunna ändras räknas i första hand sådana förbehåll enligt vilka försäkringsbolaget har rätt att införa nya villkor eller ändra premien under försäkringstiden, t.ex. som en anpassning till utvecklingen eller för att rätta till fel i de antaganden i fråga om dödlighetsutveckling, räntor och omkostnader som avtalet bygger på. Däremot kan som ändring av försäkringen inte räknas det fallet att det direkt av det ursprungliga avtalet framgår att försäkringen under vissa förhållanden skall ha en annan omfattning än den vanliga – t.ex. att försäkringen övergår till att gälla för lägre belopp när den försäkrade uppnår viss ålder eller att någon viss typ av ersättning (t.ex. för tandvårdskostnader) inte lämnas vid försäkringsfall som inträffar utomlands. På samma sätt får bedömas fall där avtalet visserligen inte anger konkret

vad som skall gälla i ett visst fall men däremot hänvisar till någon välkänd faktor som står utanför försäkringsbolagets kontroll, t.ex. prisbasbeloppet enligt lagen om allmän försäkring. Man kan också tänka sig olika former för anknytning till något av arbetsmarknadsparternas försäkringssystem eller till den allmänna försäkringen.

Om hänvisningen i stället avser något internt regelsystem för försäkringsbolaget eller för försäkringsbranschen, kan villkoret många gånger ses som ett förbehåll om ändring.

8 § Vid sjuk- och olycksfallsförsäkring får försäkringsbolaget göra förbehåll om rätt att säga upp försäkringen i förtid vid slutet av en premieperiod, om förbehållet behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet. Förbehållet får inte innebära att försäkringen får sägas upp därför att ett försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsa har försämrats. En uppsägning med stöd av förbehållet får verkan en månad efter det att försäkringsbolaget avsände den.

Det som sägs i första stycket om förbehåll om rätt att säga upp försäkringen gäller också förbehåll om att försäkringen utan uppsägning skall upphöra vid slutet av en premieperiod om någon viss händelse inträffar. En förutsättning för att ett sådant förbehåll skall få verkan är att försäkringsbolaget i samband med krav på premien har påmint försäkringstagaren om förbehållet.

(Jfr 12 kap. 5 § promemorian och 3 kap. 4 § andra och tredje styckena PFL.)

Paragrafen ger en särskild regel om förbehåll om förtida uppsägningsrätt och om automatisk uppsägning vid sjuk- och olycksfallsförsäkring. Den har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Av *första meningen* framgår till en början att paragrafen är begränsad till att gälla för sjuk- och olycksfallsförsäkring. Den är alltså inte tillämplig på livförsäkring. Det har därför materiell betydelse till vilken kategori en viss försäkring hänförs. Om t.ex. en s.k. barn- och ungdomsförsäkring innehåller moment av såväl liv- som sjuk- och olycksfallsförsäkring och tonvikten klart ligger på sjuk- och olycksfallsdelen, är det naturligt att i detta sammanhang hänföra hela försäkringen till den kategorin.

Innebörden av bestämmelsen i första stycket är att försäkringsbolaget kan få göra förbehåll om att få rätt att säga upp försäkringen i förtid. Förbehållet kan dock inte innebära att uppsägningen kan gälla vilken tidpunkt som helst. Uppsägningen skall avse att försäkringen upphör vid utgången av en premieperiod. Med premieperiod menas den tid som förflyter mellan två premieförfallodagar. Innebörden av detta är att upphörandet inte kan avse en försäkring som är slutbetald.

Ett förbehåll om rätt att säga upp försäkringen får inte tas in i villkoren på ett slentrianmässigt sätt. I lagen anges därför att förbehållet skall behövas på grund av försäkringens art eller någon annan omständighet, t.ex. när ersättningen vid vissa sjukförsäkringar skall anpassas till den försäkrades ändrade inkomstförhållanden. Bedömningen av om förbehållet behövs på grund av någon sådan faktor skall göras med utgångspunkt i förhållandena när förbehållet gjordes, dvs. när

försäkringsavtalet ingicks. Det ankommer på försäkringsbolaget att visa att förbehållet är behövligt.

Försäkringsbolaget får inte förbehålla sig rätt att säga upp försäkringen efter ett försäkringsfall. Det har ansetts att sådana villkor inte bör förekomma inom personförsäkringen, något som uttryckligen framgår av *andra meningen*. Detsamma gäller förtida upphörande på grund av att den försäkrade har råkat ut för en hälsoförsämring. Ett förbehåll om uppsägningsrätt får alltså inte vara utformat så att försäkringen upphör därför att försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsotillstånd försämrats.

Ett exempel är en olycksfallsförsäkring med förbehåll om att försäkringen skall ändras eller upphöra om den försäkrade får förtidspension eller sjukbidrag. I vart fall villkoret om sjukbidrag innebär att försäkringen upphör på grund av hälsoförsämring och är därför otillåtet. Detsamma gäller förtidspension, om pensioneringen beror på den försäkrades hälsa. Ett villkor om att försäkringen skall upphöra då den försäkrade får vanlig ålderspension är däremot tillåtet.

När försäkringsbolaget vill utnyttja sin rätt att säga upp en sjuk- eller olycksfallsförsäkring, är det viktigt att försäkringstagaren får tid och möjlighet att ta ställning till om uppsägningen skall godtas och annat försäkringsskydd skaffas i stället. *Tredje meningen* stipulerar därför en minsta uppsägningstid på en månad. Normalt skall uppsägningen naturligtvis sändas minst en månad före premieperiodens slut, men om avsändandet av någon anledning skulle bli försenat har det inte ansetts rimligt att försäkringsbolaget för den skull skall vara bunden för ännu en premieperiod. Det är tillräckligt att försäkringstagaren har en månad på sig från avsändandet, under vilken försäkringen fortfarande gäller. En förutsättning för att försäkringen skall upphöra är dock att uppsägningen avsänds före premieperiodens slut eller, om det sker senare, innan försäkringstagaren betalat premie för en ny premieperiod.

I ordet avsända ligger att uppsägningen skall vara skriftlig, oavsett om den sänds med post eller fax eller på annat vis.

Andra stycket

Innebörden av *första meningen* är att ett försäkringsbolag vid sjuk- och olycksfallsförsäkring kan få göra förbehåll om att försäkringen utan uppsägning skall upphöra vid slutet av en premieperiod. Förutsättningarna för att ett sådant förbehåll skall få göras är desamma som ställs upp för förbehåll enligt första stycket. Förbehållet skall alltså behövas på grund av försäkringens art eller någon annan omständighet. Vidare får förbehållet inte handla om att försäkringen upphör att gälla därför att det har inträffat ett försäkringsfall eller den försäkrades hälsa har försämrats. Förbehållet skall vidare vara knutet till att en viss händelse inträffar (men alltså inte försäkringsfall eller hälsoförsämring). Som exempel kan nämnas att den försäkrade deltar i en väpnad konflikt i främmande land eller stadigvarande bosätter sig utomlands.

Försäkringsvillkor som innebär att försäkringen skall upphöra automatiskt när någon viss händelse inträffar kan innebära särskilda risker för försäkringstagaren. Om en försäkring upphör utan att försäkringstagaren får något meddelande om detta, kan han komma att under längre eller

kortare tid sväva i den oriktiga föreställningen att det fortfarande finns ett försäkringsskydd. Andra meningen innehåller därför den särskilda regeln om att försäkringsbolaget i samband med premiekrav skall ha påmint om förbehållet. Det förutsätts då att det i både villkor och premiekrav preciserat anges vilka händelser det är som medför att försäkringen upphör.

9 § Om det behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet, får försäkringsbolaget vid all personförsäkring göra förbehåll om rätt att ändra försäkringen vid början av en ny premieperiod. Förbehållet får inte innebära att försäkringen får ändras därför att ett försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsa har försämrats. I 10 kap. 6 § finns bestämmelser om information i samband med villkorsändring.

Det som sägs i första stycket om förbehåll om rätt att ändra försäkringen gäller också förbehåll om att försäkringen utan åtgärd från försäkringsbolagets sida skall ändras vid början av en ny premieperiod om någon viss händelse inträffar. En förutsättning för att ett sådant förbehåll skall få verkan är att bolaget i samband med krav på premien har påmint försäkringstagaren om förbehållet.

(Jfr 12 kap 6 § promemorian och 3 kap. 5 § andra och tredje styckena PFL.)

Paragrafen gäller försäkringsbolagets rätt att göra förbehåll om ändring av försäkringsvillkoren. Den tar bara sikte på ändringar under försäkringstiden. Om ändringar i samband med att försäkringen förnyas, se 4 §. Paragrafen har för konsumentförsäkring viss motsvarighet i 3 kap. 8 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 6 § tredje stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Paragrafen, som är tillämplig på alla former av personförsäkring, reglerar alltså försäkringsbolagets rätt att ändra en försäkring under försäkringstiden. För att en ändring skall få göras måste den bygga på ett förbehåll som har tagits in i försäkringsavtalet.

I *första meningen* anges två alternativa förutsättningar för att ett sådant villkor skall gälla. Ett alternativ är att förbehållet behövs på grund av försäkringens art. Som exempel på det fallet kan tas en försäkring som från början i första hand är anpassad till en förvärvsarbetande person men som är utformad så att den också gäller när den försäkrade har slutat att förvärvsarbeta. I det senare skedet kommer sådana moment i försäkringsskyddet som skall ersätta den försäkrade för förlorad inkomst att sakna aktualitet. I stället kanske behovet av ersättning för sjukvårdskostnader och vid invaliditet är större efter pensioneringen, om den försäkrade dessförinnan kunde räkna med ersättning i sådana delar från sin arbetsgivare eller från någon kollektiv försäkring. Det är inte meningen att lagen skall förhindra den typen av flexibla produkter. Ett annat alternativ för när ett förbehåll om villkorsändring godtas är om förbehållet behövs på grund av någon annan särskild omständighet. Som exempel kan här tas förbehåll som vid sjukförsäkring skall förhindra överförsäkring, dvs. att den försäkrade skall få högre ersättning för förlorad inkomst än som svarar mot den verkliga förlusten. I båda fallen är försäkringsbolagets sak att visa att förbehållet är behovligt.

En ändring av premien eller andra villkor kan göras bara vid början av en ny premieperiod. Ingen ändring till försäkringstagarens nackdel kan alltså göras i en slutbetald försäkring. I fråga om kontobetalda försäkringar, dvs. där årspremien enligt särskilt avtal skall betalas t.ex. genom månatliga överföringar från försäkringstagarens banklönekonto, kan ändring göras bara vid den årliga huvudförfallodagen.

Enligt *andra meningen* gäller ett förbud mot ändring till försäkringstagarens nackdel på grund av att försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsa har försämrats (jfr 8 §).

Det framgår av 10 kap. 4 § att försäkringsbolagets möjlighet till villkorsändring skall särskilt framhållas i försäkringsbrevet eller bekräftelsen på försäkringsavtalet. Enligt 10 kap. 6 § skall vidare information om de nya villkoren tillställas försäkringstagaren samtidigt med premiekravet för den premieperiod då villkoren skall börja gälla. Den *tredje meningen* i första stycket tar sikte på detta.

Andra stycket

Av andra stycket framgår att det som sägs i första stycket gäller även vid automatiskt verkande förbehåll om ändring av försäkringen vid början av en ny premieperiod (jfr 8 §).

Försäkringens upphörande på grund av försäkringsbolagets konkurs, m.m.

10 § Om försäkringsbolaget försätts i konkurs, upphör en försäkring som inte är en livförsäkring att gälla fjorton dagar därefter.

Upphör försäkringen att gälla enligt första stycket, har försäkringstagaren och andra som lider skada på grund av detta rätt till skadestånd.

(De frågor som regleras i paragrafen är inte berörda i promemorian eller SkFL.)

Paragrafen handlar om vissa följder av att ett försäkringsbolag försätts i konkurs. För konsumentförsäkringen har den sin motsvarighet i 3 kap. 9 § och för företagsförsäkringen i 8 kap. 7 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.9. – Paragrafen har viss motsvarighet i 26 § i 1927 års FAL.

En sjuk- eller olycksfallsförsäkring upphör automatiskt att gälla två veckor efter ett konkursbeslut, om inte försäkringstagaren har sagt upp försäkringen före dess. Till skillnad mot motsvarande bestämmelser vid skadeförsäkring innehåller paragrafen ingen regel om att försäkringstagaren har rätt att säga upp avtalet på grund av konkursen. Det beror på att en sådan rätt redan framgår av 5 §, som ger försäkringstagaren rätt att när som helst, alltså också i en konkurssituation, säga upp en personförsäkring att upphöra omedelbart eller vid en viss framtida tidpunkt.

Förevarande paragraf är inte tillämplig på livförsäkring. Orsaken är att sådan försäkring ofta löper på lång tid och också, vid sidan om ren riskförsäkring, innefattar ett sparande. Den lämpliga lösningen vid en konkurs är därför typiskt sett inte att försäkringsförhållandet upphör utan att det kan fortsätta men med ett annat försäkringsbolag som motpart till

försäkringstagaren. Vad som gäller i detta fall regleras i försäkringsrörelselagen.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 3 kap. 9 §.

11 § Om försäkringsbolaget vid en utmätning saknar tillgångar till full betalning av utmätningsfordringen, förklarar sig ställa in sina betalningar eller annars kommer på obestånd, har försäkringstagaren och andra som lider skada på grund av detta rätt till skadestånd.

(De frågor som regleras i paragrafen är inte berörda i promemorian eller SkFL.)

Paragrafen handlar om försäkringstagarens och andra skadelidandes rätt till skadestånd vid försäkringsbolagets obestånd. För konsumentförsäkring har den sin motsvarighet i 3 kap. 10 § andra stycket. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 7 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.10. – Paragrafen har viss motsvarighet i 26 § tredje mom. samt 27 § första stycket i 1927 års FAL.

12 § Om försäkringsbolaget har trätt i likvidation, tillämpas 10 §. Försäkringen upphör dock att gälla först ett år efter likvidationens början, om inte försäkringstagaren har sagt upp den dessförinnan.

(De frågor som regleras i paragrafen är inte berörda i promemorian eller SkFL.)

Paragrafen uttalar vad som skall gälla för ett försäkringsavtal om försäkringsbolaget har trätt i likvidation. För konsumentförsäkring har paragrafen sin motsvarighet i 3 kap. 11 §. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 7 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.10. – Paragrafen har motsvarighet i 27 § andra stycket i 1927 års FAL.

Försäkringstagarens ställning när försäkringsbolaget har trätt i likvidation regleras på samma sätt som när försäkringsbolaget har kommit på obestånd. En skillnad är dock att den tid efter vilken avtalet upphör att gälla om det inte sägs upp av försäkringstagaren har bestämts till ett år efter likvidationens början. Hänvisningen till 10 § innebär också att en försäkringstagare och andra personer kan ha rätt till skadestånd enligt vad som sägs i 10 § andra stycket.

Rätten till försäkringens värde när försäkringen upphör att gälla, m.m.

13 § När en personförsäkring upphör att gälla, skall försäkringsbolaget ställa försäkringens värde till försäkringstagarens förfogande, även om bolaget i övrigt är fritt från ansvar. Om försäkringsbolaget i annat fall, på grund av dröjsmål med premiebetalningen, har varit helt eller delvis fritt från ansvar under någon del av försäkringstiden, skall premien eller återbäringen anpassas efter detta.

Om försäkringstagaren inom fjorton dagar från den dag då försäkringsbolagets ansvar skall inträda enligt 2 § första stycket säger upp en livförsäkring för upphörande, får bolaget bara tillgodoräkna sig premie för den tid under vilken det har haft ett ansvar enligt avtalet samt, i fråga om fondförsäkring, värdeminskning på fondandelarna under samma tid.

(Jfr 12 kap. 7 § promemorian och 3 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen reglerar försäkringstagarens rätt till försäkringens värde när en personförsäkring upphör att gälla, liksom om en justering av premie och återbäring i vissa fall när försäkringsbolagets ansvar har varit begränsat. Den har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övergångsbestämmelserna finns i avsnitt 9.2.7. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL (se dock 101 §).

Första stycket

I detta stycke uttrycks den allmänna principen om rätten till försäkringens värde. Det uppsamlade matematiska värdet som försäkringen kan ha tillhör alltid försäkringstagaren.

Regeln i *första meningen* tillämpas oberoende av om försäkringen upphör i förtid eller vid den avtalade försäkringstidens slut. Den gäller oavsett anledningen till att försäkringen upphör att gälla och även när försäkringstagaren har brutit mot någon av sina förpliktelser mot försäkringsbolaget – t.ex. genom att lämna oriktiga uppgifter vid tecknandet eller genom att inte betala premien. Att försäkringstagaren av sådan anledning går miste om det skydd försäkringen var avsedd att ge påverkar alltså inte rätten till det tekniska värdet. Det försäkringstekniska värdet som bestämmelsen avser byggs till största delen – särskilt när det gäller försäkringar med sparmoment – upp genom försäkringstagarens premiebetalning. Till en del uppstår värdet genom att utvecklingen av dödlighet, räntor osv. blir förmånligare än man har räknat med, något som vid livförsäkring normalt ger upphov till återbäring. Ett värde kan emellertid också uppkomma genom att försäkringstagaren har betalat premie för längre tid än försäkringen faktiskt kom att löpa, t.ex. om försäkringen upphör under en period för vilken premie redan har betalats. Också ett sådant värde skall tillgodogöras försäkringstagaren.

Lagen innehåller inget om hur värdet skall beräknas. Sådana bestämmelser förutsätts i stället finnas i villkoren, vilket ger försäkringsbolagen en viss frihet när det gäller utformningen av försäkringstagarens rättigheter i detta avseende. Villkoren kan innehålla att ingen återbetalning alls görs när det möjliga beloppet uppenbarligen är så lågt att det inte kan motivera kostnaderna för uträkning och utbetalning.

Om försäkringstagaren låter bli att betala premierna för försäkringen och detta leder till att försäkringen upphör, gäller första meningen. Om försäkringstagaren i stället återupplivar försäkringen genom att inom viss tid betala den utestående premien, blir *andra meningen* tillämplig. Enligt 13 kap. 3 § skall då hela premien betalas trots att försäkringsbolaget under en del av den förflutna tiden har varit helt eller delvis fritt från ansvar. Den bestämmelse som kommenteras här innebär emellertid att försäkringsbolaget har rätt att tillgodoräkna sig bara en del av denna premie, medan resten skall återföras till försäkringstagaren genom återbetalning eller som reduktion av kommande premier. Kärnan i regeln är att försäkringsbolaget visserligen har rätt till premie som motsvarar det ansvar försäkringsbolaget har burit men inte utöver detta. Försäkringsbolaget skall samtidigt naturligtvis ha rätt att tillgodoräkna sig den premie som svarar direkt mot det skydd försäkringstagaren har haft samt ersättning för den ränteförlust som uppkommit genom att premien betalats för sent. Försäkringsbolaget har dessutom rätt att tillgodoräkna

sig en viss premie för den förmån som återupplivningen innebär för försäkringstagaren.

När det i bestämmelsen sägs att värdet skall ställas till försäkringstagarens förfogande, måste detta naturligtvis läsas med tillägget ”eller försäkringstagarens rättsinnehavare”, som kan vara en förmåns-tagare, en panthavare osv. som har rätt till beloppet.

Andra stycket

Innebörden av försäkringsbolagets rätt att tillgodoräkna sig premie är densamma som kommer till uttryck i första styckets andra mening. Det som sägs om att försäkringsbolaget vid fondförsäkring i förekommande fall har rätt att tillgodogöra sig en värdeminskning på försäkringstagarens fondandelar har sin bakgrund i att det är försäkringstagaren som bär den finansiella risken vid sådan försäkring.

12 kap. Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

I kapitlet regleras följderna av att försäkringstagaren eller den försäkrade bryter mot s.k. biförpliktelser. Kapitlet har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 4 kap. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 8–16 §§.

Kapitlet omfattar tolv paragrafer. Där har samlats regler om försäkringsbolagets möjligheter att friskriva sig från ansvar eller begränsa ansvaret, främst därför att motparten har eftersatt sina förpliktelser enligt försäkringsavtalet. Bestämmelserna handlar om upplysningsplikten (1–4 §§), undantag från försäkringen m.m. (5–7 §§) samt framkallande av försäkringsfall (8 och 9 §§). Vissa gemensamma bestämmelser ges i 10 och 11 §§. Kapitlet avslutas med en bestämmelse (12 §) som förebygger att reglerna om överträdelse av biförpliktelser kringgås genom villkor som formellt är avfattade som undantagsbestämmelser (omfattningsvillkor).

I flera av de situationer som behandlas i kapitlet uppkommer frågan om försäkringsbolaget kan åberopa allmänna avtalsrättsliga principer som grund för att försäkringsavtalet är ogiltigt eller att försäkringsbolaget är fritt från ansvar. Utgångspunkten är att den allmänna avtalsrätten gäller också på försäkringsområdet. Avtalslagens ogiltighetsregler skall tillämpas även när det gäller svek och förfarande i strid med tro och heder vid upplysningspliktens fullgörande, vilket lär vara det mest praktiska fall där de blir aktuella. I en mycket speciell situation skall dock förevarande lag ensam bestämma försäkringsbolagets reaktionsmöjligheter i ett sådant fall, nämligen när det gäller självmord vid livförsäkring (se 12 kap. 8 §).

Upplysningsplikten

1 § Försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på försäkringsbolagets begäran lämna upplysningar som kan ha betydelse för frågan om en personförsäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Försäkringsbolaget får också under försäkringstiden begära sådana upplysningar om den försäkrades ekonomiska förhållanden som är av

betydelse för försäkringens utformning. Försäkringstagaren och den försäkrade skall ge riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor.

(Jfr 13 kap 1 § promemorian och 4 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen anger innebörden av upplysningsplikten vid personförsäkring. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 4 kap. 1 § och vid företagsförsäkring sin motsvarighet i 8 kap. 8 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.1. – Paragrafen har ingen uttrycklig motsvarighet i 1927 års FAL.

Huvudregeln för upplysningsplikten utsträckning i tiden framgår av *första meningen*. Skyldigheten att svara på försäkringsbolagets frågor gäller till dess att försäkringsbolaget har tagit ställning till frågan om en försäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Beträffande nyteckning av försäkring kan detta ske genom att försäkringsbolaget avger ett bindande anbud eller accepterar en ansökan från försäkringstagaren. Försäkringstagaren är alltså skyldig att lämna de uppgifter försäkringsbolaget behöver för sitt beslut att meddela försäkring men inte uppgifter som bolaget kan vilja ha senare. Om försäkringsbolaget i ett senare skede – när misstanke om brott mot upplysningsplikten kanske uppstått – ställer ytterligare frågor och försäkringstagaren lämnar oriktiga svar, utgör det alltså inte något brott mot upplysningsplikten som kan åberopas enligt 2 eller 3 §. Upprepar t.ex. försäkringstagaren i samband med regleringen av ett försäkringsfall tidigare oriktiga uppgifter om sitt hälsotillstånd vid tiden för tecknandet, kan inte heller 16 kap. 4 § åberopas för att sätta ned rätten till ersättning utöver vad som följer av reglerna i 12 kap.

I samband med tecknandet av försäkringen får försäkringsbolaget däremot fortsätta att ställa frågor intill dess det har tagit ställning till om det är berett att meddela försäkring och på vilka villkor det skall ske. Försäkringsbolaget kan ställa kompletterande frågor med anledning av de svar som lämnats i ett första frågeformulär, men bolaget kan också ta upp nya frågor av betydelse för bedömningen av risken.

Upplysningsplikten enligt första meningen blir aktuell igen om försäkringstagaren efter uppsägning begär fortsatt försäkring på ändrade villkor. Försäkringsbolaget har då rätt att få de upplysningar bolaget behöver för sin bedömning (3 § tredje stycket), och därvid gäller 1 §. Upplysningsplikten kan aktualiseras även i samband med förnyelsen av en tidsbegränsad försäkring. Detsamma gäller om försäkringstagaren begär återupplivning av en försäkring efter den frist som anges i 13 kap. 3 § eller den längre frist som kan finnas angiven i villkoren.

I många försäkringstyper ingår i avtalet att försäkringstagaren har rätt att utan ny hälsoprövning utvidga försäkringsskyddet i olika avseenden om en viss händelse inträffar (s.k. optionsrätt). Som framgår av första meningen har försäkringsbolaget även då rätt att infordra de uppgifter som krävs för att optionsrätten skall kunna utnyttjas av försäkringsstagaren.

Av 2 och 3 §§ framgår visserligen att försäkringstagarens subjektiva förhållande till de lämnade uppgifterna har betydelse för frågan om följderna av eventuella oriktigheter. Upplysningsplikten innebär dock

emellertid i och för sig bestämmas objektivt: försäkringstagaren och den försäkrade skall enligt *tredje meningen* lämna riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor. Det är inte något självständigt försvar för försäkringstagaren att han inte insåg att en efterfrågad uppgift kunde ha någon betydelse för försäkringsbolagets bedömning. Inte heller kan den som har förtigit en viss sjukdom undgå konsekvenserna av förtigandet genom att visa att han senare har tillfrisknat från sjukdomen.

Upplyningsplikten är densamma för försäkringstagaren och den försäkrade. Var och en av dem skall svara på de frågor som ställs till dem, och en oriktig uppgift får samma effekt vem av dem som än lämnar den. En oriktig uppgift från den försäkrade kan alltså gå ut över försäkringstagaren, även om denne är i god tro, och omvänt.

Upplyningsplikten innebär i huvudsak en skyldighet att svara på försäkringsbolagets frågor. Med undantag för de fall där ett förtigande av någon speciell omständighet skulle utgöra svek eller förfarande i strid mot tro och heder, finns det ingen skyldighet att lämna uppgifter om sådant som försäkringsbolaget inte frågar om. Det betyder att den försäkrade inte spontant behöver underrätta försäkringsbolaget om hans levnadsförhållanden ändras efter det att uppgifterna har lämnats. Inte heller behöver uppgifter, som har lämnats i god tro men som senare visar sig vara felaktiga, rättas spontant.

De frågor som ställs brukar i första hand avse sökandens hälsa, ålder och yrke samt – vid sjukförsäkring – hans inkomstförhållanden och rätt till kontanta sjukförmåner. Men även andra omständigheter kan vara av betydelse. Det kan åtminstone i vissa fall vara rimligt att försäkringsbolaget begär uppgifter om tidigare försäkringar hos andra försäkringsbolag. Sådana uppgifter kan ibland ge försäkringsbolaget anledning till särskild försiktighet, t.ex. om sökanden tidigare har fått en försäkring uppsagd hos något annat försäkringsbolag eller tycks vilja teckna livförsäkringar utöver vad som verkar motiverat med tanke på hans förhållanden. Här liksom annars måste försäkringsbolaget naturligtvis ta skäligen hänsyn till försäkringstagarens personliga integritet vid sina undersökningar. Om försäkringsbolaget ställer frågor om sådant som över huvud taget inte har saklig betydelse, leder oriktiga eller ofullständiga svar på frågorna inte till någon sanktion (jfr 4 §).

Som framgått gäller upplyningsplikten som huvudregel bara tills försäkringsbolaget beslutar sig för att bevilja eller förnya en begärd försäkring. I paragrafens *andra mening* ges dock en särskild regel om rätt för försäkringsbolaget att under försäkringstiden begära nya uppgifter om den försäkrades ekonomiska förhållanden. Regeln får betydelse för sådana sjuk- och olycksfallsförsäkringar där försäkringsbeloppens storlek är satta i relation till den försäkrades inkomstförhållanden, i första hand försäkring med periodisk ersättning. Försäkringsbolaget kan vid sådan försäkring vilja se till att det kvarstår en viss självrisk genom att det fortlöpande kan få tillgång till aktuella uppgifter om den försäkrades inkomstförhållanden. Oriktiga uppgifter som på detta sätt lämnas under försäkringstiden får bedömas på samma sätt som uppgifter som lämnas vid avtalets ingående.

Om försäkringstagaren är omyndig, står det klart att han får svara för felaktiga uppgifter som hans förmyndare lämnar. I den mån den underårige själv lämnar uppgifter lär han oftast göra det i egenskap av

försäkrad, antingen därför att t.ex. förmyndaren skall vara försäkringstagare eller – när den omyndige själv skall vara försäkringstagare – därför att förmyndaren uppträder som den underåriges ställföreträdare. Det kan tänkas att den underårige lämnar medvetet oriktiga uppgifter men förmyndaren – som i ansökningsformuläret bekräftar den försäkrades uppgifter – är i god tro. Även i så fall kan försäkringsbolaget åberopa de oriktiga uppgifterna. Oskäligen konsekvenser kan i allmänhet undgås genom tillämpning av 2 § tredje stycket.

2 § Om försäkringstagaren vid fullgörande av sin upplysningsplikt enligt 1 § har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder, är avtalet ogiltigt enligt vad som sägs i lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område och försäkringsbolaget fritt från ansvar för försäkringsfall som inträffar därefter.

Har försäkringstagaren eller den försäkrade annars uppsåtligt eller av oaktsamhet som inte är ringa lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter av betydelse för riskbedömningen och kan försäkringsbolaget visa att det inte skulle ha meddelat försäkring om upplysningsplikten hade fullgjorts, är bolaget fritt från ansvar för inträffade försäkringsfall. Kan försäkringsbolaget visa att det skulle ha meddelat försäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, är bolagets ansvar begränsat till vad som svarar mot den premie som har avtalats och de villkor i övrigt som bolaget skulle ha godtagit.

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

(Jfr 13 kap. 2 § promemorian och 4 kap. 2 § PFL.)

Paragrafen anger vad som gäller om försäkringstagaren inte har fullgjort sin upplysningsplikt enligt 1 §. Den har för konsumentförsäkringen sin motsvarighet i 4 kap. 2 § (dock med delvis annan innebörd) och för företagsförsäkring sin motsvarighet i 8 kap. 9 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.1 och 9.3.2. – Paragrafen motsvarar i viss mån 4,6 och 7 §§ i 1927 års FAL.

Första stycket

Bestämmelsen motsvarar 4 kap. 2 § första stycket. Här kan hänvisas till kommentaren till det stycket. Som framgår är det bara svikligt eller ohederligt förfarande av försäkringstagaren själv som får betydelse, i motsats till vad som gäller enligt paragrafens andra stycke.

Det är tänkbart att t.ex. ett svek medför ekonomisk förlust för försäkringsbolaget, trots att det är fritt från ansvar för inträffande försäkringsfall. Något hinder finns inte att med stöd av allmänna regler kräva skadestånd av försäkringstagaren för en sådan skada.

Andra stycket

I detta stycke anges huvudreglerna för de inte lika allvarliga brotten mot upplysningsplikten. Förutsättningarna för att reglerna skall vara tillämpliga framgår till stor del av vad som sagts vid 1 §. Det skall vara fråga om objektivt oriktiga eller ofullständiga uppgifter som har lämnats av försäkringstagaren eller den försäkrade. Uppgifterna skall ha rört risken på sådant sätt att de påverkat försäkringsbolagets beslut om försäkringen. Om t.ex. en livförsäkring och en sjukförsäkring tecknas på grundval av gemensamma (oriktiga) uppgifter och de riktiga uppgifterna skulle ha

haft betydelse bara för bedömningen av sjukförsäkringen, kan något brott mot upplysningsplikten alltså inte göras gällande i fråga om livförsäkringen. Ett annat exempel är att uppgifterna har betydelse bara för den premiefrielseförsäkring som kombinerats med en livförsäkring.

Vid sidan av att uppgifterna skall ha haft saklig betydelse fordras det att försäkringstagaren eller den försäkrade har lämnat den oriktiga eller ofullständiga uppgiften uppsåtligt eller av oaktsamhet som inte är ringa. Däremot krävs det i princip inte att den som lämnade uppgiften också insåg den efterfrågade omständighetens betydelse för försäkringsbolagets bedömning. När den oriktiga uppgiften har lämnats av oaktsamhet, kan man tänka sig att försäkringstagarens bristande insikt kan ha betydelse för bedömningen. En försummelse att ta reda på det riktiga förhållandet kan ibland bedömas som ringa, om försäkringstagaren inte bort inse frågans betydelse.

Om försäkringsbolaget inte skulle ha meddelat försäkring alls, är det fritt från ansvar. Skulle bolaget ha krävt högre premie, sätts ersättningen ned till det belopp som svarar mot den avtalade premien. Om försäkringsbolaget, slutligen, skulle ha meddelat försäkring på andra villkor i övrigt, är ansvaret begränsat till vad som följer av ett sådant hypotetiskt avtal.

Med att försäkringsbolaget inte skulle ha meddelat försäkring avses att försäkringsbolaget inte skulle ha meddelat försäkring av den typ som avtalats, t.ex. livförsäkring för dödsfall. Den omständigheten att försäkringsbolaget eventuellt skulle ha varit berett att meddela en helt annan typ av försäkring – t.ex. en olycksfallsförsäkring som möjligen också skulle ha kunnat omfatta det aktuella försäkringsfallet – medför inte något ansvar för bolaget. Om detta däremot med riktiga upplysningar om den försäkrades hälsa skulle ha varit berett att meddela försäkring av den sökta typen men för ett lägre försäkringsbelopp, innebär bestämmelsen att försäkringsbolaget skall utge det lägre beloppet, i den mån den avtalade premien räcker till det.

Det avgörande för bedömningen är alltså vilket beslut försäkringsbolaget skulle ha fattat, om försäkringstagaren hade fullgjort sin upplysningsplikt enligt 1 §. Man får här också ta hänsyn till vad som skulle ha kommit fram vid de ytterligare utredningar försäkringsbolaget skulle ha gjort, om korrekta uppgifter hade lämnats.

Om försäkringsbolaget skulle ha meddelat försäkring mot en högre premie, sätts försäkringsbeloppet ned i proportion till detta – alltså pro rata. Hur stor nedsättningen blir beror på vilken metod för premieberäkningen som försäkringsbolaget tillämpar. Om detta innehåller inte lagen några föreskrifter. Den närmare innebörden av regeln kommer sålunda att bestämmas genom villkoren.

Om försäkringsbolaget skulle ha meddelat försäkring med något visst förbehåll, beror försäkringsskyddet av hur försäkringsfallet i så fall hade bedömts. Hade försäkringsskydd varit uteslutet enligt den tänkta försäkringen, eller hade ersättningen begränsats, kommer bolagets ansvar att förändras i enlighet härmed.

Det ankommer på försäkringsbolaget att lägga fram den utredning som krävs för att visa att bolaget inte skulle ha meddelat försäkring om de rätta förhållandena varit kända eller då skulle ha meddelat försäkring bara på andra villkor.

Panthavare, förmånstagare eller förvärvare av försäkringen är inte skyddade mot invändningar från försäkringsbolaget om att upplysningsplikten åsidosatts, oavsett om de för sin del varit i god tro. Ett brott mot upplysningsplikten drabbar alltså som princip alla intressenter.

Tredje stycket

Bestämmelsen innehåller den speciella skälighetsregel som gör det möjligt att i undantagsfall gå ifrån huvudregeln i paragrafens andra stycke. Huvudregeln får inte tillämpas i den mån det skulle leda till ett oskäligt resultat.

Den omständigheten att försäkringstagaren eller hans efterlevande skulle råka i en svår ekonomisk situation om inte ersättning utgår kan inte ensam medföra att regeln skall användas. Detta kan ofta inträffa efter ett försäkringsfall. Det kan ändå förekomma fall där resultatet av huvudreglerna skulle framstå som oacceptabelt, och detta undantagsvis även om situationen inte är sådan att sociala skäl direkt kan åberopas. Ett sådant fall kan vara när ett ombuds uppträdande gett försäkringstagaren anledning att ta lätt på uppgiftslämnandet. Ett annat exempel är att det frågeformulär som försäkringstagaren fyllt i varit oklart eller på annat sätt otillfredsställande utformat och detta kan antas ha medverkat till att den oriktiga uppgiften har lämnats. En särskild fråga rör de fall då en försäkringstagare glömt att lämna eller av oaktsamhet lämnat en oriktig uppgift om sitt hälsotillstånd som avser en relativt alldaglig och inte särskilt allvarlig temporär sjukdom. Ibland kan det tänkas att också en sådan utelämnad eller oriktig uppgift skulle kunna anses innefatta en icke ringa oaktsamhet och vara av sådan art att den skulle ha föranlett försäkringsbolaget att inte meddela försäkring eller att göra det endast på andra villkor. I sådana fall bör det kunna komma i fråga att tillämpa den nu berörda skälighetsregeln, om effekten av försäkringstagarens försummelse inte framstår som rimlig i relation till försummelsens omfattning och karaktären av de uppgifter som försummelsen avsett. Regeln kan också tänkas bli tillämplig då en underårig av obetänksamhet lämnar oriktiga uppgifter, liksom då någon som lider av psykisk störning bryter mot upplysningsplikten.

Oriktiga uppgifter går ut över den som annars skulle ha varit berättigad till försäkringsbeloppet, även om han själv är ovetande om oriktigheterna. Denna princip, som motiveras av väsentliga försäkringsmässiga hänsyn, måste upprätthållas i de allra flesta fall. Men det kan förekomma speciella situationer där resultatet inte kan accepteras om det samtidigt föreligger starka sociala skäl för att ge åtminstone ett visst försäkrings-skydd. Så kan vara fallet t.ex. om en make har tecknat och betalat en försäkring på den andra makens liv för att skydda sig själv och de gemensamma barnen i händelse av dödsfall och det sedan visar sig att den försäkrade har lämnat oriktiga uppgifter utan makens vetskap.

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

Skulle försäkringsbolaget, om upplysningsplikten hade fullgjorts, ha meddelat försäkring mot högre premie eller i övrigt på andra villkor än som avtalats, har försäkringstagaren rätt

till fortsatt försäkring med det försäkringsbelopp som svarar mot den avtalade premien och på de villkor i övrigt som bolaget skulle ha godtagit. Begäran om fortsatt försäkring skall framställas före uppsägningstidens utgång.

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

(Jfr 13 kap. 3 § promemorian och 4 kap. 3 § PFL.)

Paragrafen gäller försäkringsbolagets rätt att säga upp eller ändra försäkringsavtalet efter en överträdelse av upplysningsplikten och försäkringstagarens rätt till fortsatt försäkring i vissa sådana fall. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.3. – Paragrafen saknar motsvarighet i 1927 års FAL.

Första och andra styckena

Vid personförsäkring är det vanligt att oriktigheten av lämnade uppgifter upptäcks redan innan försäkringsfall inträffar, särskilt i samband med att försäkringstagaren ansöker om premiebefrielse. Vid sjukförsäkring upptäcks visserligen oriktigheterna oftast vid försäkringsfall, dvs. under ersättningsgrundande sjukperiod, men även då är det nödvändigt att ta ställning till avtalets framtida utformning.

Förutsättningen för att paragrafen skall kunna tillämpas är att det har konstaterats ett relevant brott mot upplysningsplikten, enligt 2 § andra stycket. Att försäkringsbolaget under försäkringstiden upptäcker en oriktig uppgift är alltså inte tillräckligt för uppsägning eller ändring av avtalet; har uppgiften lämnats i god tro eller av bara ringa oaktsamhet, skall detta fortsätta att gälla i sin ursprungliga utformning.

Av praktiska skäl har regeln i första stycket utformats så att försäkringsbolaget formellt har rätt att säga upp försäkringen för upphörande i samtliga fall. Enligt allmänna principer skall premie betalas för uppsägningstiden. Liksom i motsvarande fall vid skadeförsäkring skall uppsägningen ske skriftligen. Någon formell uppsägning behöver naturligtvis inte tillgripas om parterna kommer fram till en ny utformning av avtalet under hand.

Om försäkringsbolaget inte skulle ha meddelat försäkring alls ifall upplysningsplikten hade fullgjorts, har försäkringsbolaget rätt att säga upp försäkringen för upphörande. Om riktiga uppgifter däremot bara skulle ha föranlett en premiehöjning eller andra villkor i övrigt, har försäkringstagaren rätt till fortsatt försäkring, även om försäkringsbolaget säger upp försäkringen för upphörande. Detta förutsätter att han begär fortsatt försäkring före uppsägningstidens utgång och att han lämnar försäkringsbolaget de nya upplysningar försäkringsbolaget behöver för sin bedömning (tredje stycket).

Utformningen av den fortsatta försäkring som försäkringstagaren kan begära ansluter nära till vad som gäller enligt 2 §. Försäkringsbeloppet blir det som svarar mot den avtalade premien, varjämte försäkringen förses med de förbehåll som försäkringsbolaget skulle ha gjort om upplysningsplikten fullgjorts. Vid sjukförsäkring med periodisk ersättning anpassas försäkringsbeloppet till den försäkrades verkliga inkomstförhållanden, om uppgifterna om dessa visar sig felaktiga. Det skall på

detta sätt inte ha någon avgörande betydelse om oriktigheten upptäcks före eller efter ett försäkringsfall. Rätten till fortsatt försäkring har betydelse för försäkringstagaren främst genom att försäkringsbolaget inte får ta hänsyn till sådan hälsoförsämring som kan ha drabbat den försäkrade efter det att den ursprungliga försäkringen tecknades.

Uppsägningsfristen är tre månader räknat från det att uppsägningen avsändes från försäkringsbolaget, oavsett om uppsägningen avser upphörande eller ändring. Under uppsägningstiden fortsätter försäkringen att gälla i sin ursprungliga form men med de begränsningar som följer av 2 §. Man kan räkna med att parterna under denna tid hinner komma överens om hur försäkringen i fortsättningen skall vara utformad, om den inte skall upphöra helt. I många fall torde de möjliga alternativen vara klarlagda redan när försäkringsbolaget sänder ut sin uppsägning. När en ny överenskommelse nås under uppsägningstiden, får i regel det gamla avtalet anses upphöra omedelbart. Om uppsägningstiden undantagsvis skulle löpa ut medan förhandlingar fortfarande pågår, får det avgöras med ledning av allmänna avtalsrättsliga principer – i förekommande fall kompletterade med 11 kap. 1 och 2 §§ – i vad mån försäkringsbolaget på grund av vad som förekommit vid förhandlingarna bär något ansvar vid försäkringsfall.

Tredje stycket

För att försäkringstagaren skall få klarhet om sitt rättsläge åläggs försäkringsbolaget att i den skriftliga uppsägningen erinra försäkringstagaren om reglerna i andra stycket om rätt till fortsatt försäkring. Om försäkringsbolaget kunnat bilda sig en uppfattning om i vad mån rätt till fortsatt försäkring föreligger i det aktuella fallet, skall detta anges, liksom vad försäkringstagaren skall göra om han vill behålla försäkringen i förändrad form. Skulle försäkringsbolaget upptäcka att informationen i ett visst fall har försumrats, får försäkringsbolaget sända informationen i efterhand och räkna uppsägningsfristen från det att kompletteringen avsändes.

Saknas den föreskrivna informationen, får uppsägningen ingen verkan och detta även om t.ex. en domstol vid en senare bedömning skulle komma till att någon rätt till fortsatt försäkring faktiskt inte fanns. Utan information fortsätter försäkringen att gälla, dock med ansvaret bestämt enligt 2 §.

Försäkringsbolaget har rätt att få de kompletterande upplysningar det behöver, om försäkringstagaren vill ha fortsatt försäkring. Situationen är i princip densamma som vid nyteckning, och de vanliga reglerna om upplysningsplikten blir tillämpliga. Upplysningsplikten åvilar inte bara försäkringstagaren utan även den försäkrade.

4 § Försäkringsbolaget får inte åberopa att upplysningsplikten har åsidosatts, om det, när avtalet träffades, insåg eller borde ha insett att upplysningarna var oriktiga eller ofullständiga. Detsamma gäller om upplysningarna saknade eller senare har upphört att ha betydelse för avtalets innehåll.

Vid livförsäkring för dödsfall får försäkringsbolaget åberopa att upplysningsplikten har åsidosatts, bara om dödsfallet har inträffat inom fem år från det att upplysningarna lämnades eller om försäkringsbolaget har lämnat meddelande enligt 11 § inom samma tid.

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

(Jfr 13 kap. 4 § promemorian och 4 kap. 4 § PFL.)

Paragrafen rör vissa inskränkningar i försäkringsbolagets rätt att åberopa brott mot upplysningsplikten. Första stycket har vid konsumentförsäkring en motsvarighet i 4 kap. 4 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.2. – Första stycket har en motsvarighet i 9 § i 1927 års FAL.

Första stycket

Det räcker enligt *första meningen* att försäkringsbolaget insett eller bort inse att lämnade uppgifter var oriktiga eller ofullständiga. Det krävs alltså inte att försäkringsbolaget ägt eller bort äga kännedom om det rätta förhållandet. Det är tänkbart att försäkringstagaren lämnar en uppgift, exempelvis om sin ålder eller inkomst, som rimligen måste vara oriktig, men vad som är den rätta uppgiften är oklart. Om försäkringsbolaget då meddelar försäkring på grundval av uppgiften, kan det inte åberopa att den är felaktig, även om det inte känt till vad som i själva verket gällde.

Regeln i *andra meningen* behandlar till en början situationen när det förhållande som den oriktiga uppgiften avsåg saknade betydelse för försäkringsbolaget redan när försäkringen tecknades. En försäkringstagare förtiger kanske en sjukdom, som inte skulle ha haft någon betydelse för försäkringsbolagets villighet att meddela försäkring eller för villkorens utformning. Förtigandet påverkar då inte försäkringstagarens rätt till ersättning från försäkringen. – Vidare nämns fallet när förhållandet upphört att ha betydelse efter det att försäkringen tecknades, såsom när de riskprövningsregler försäkringsbolaget tillämpar ändrats så att en viss sjukdom inte längre påverkar bedömningen eller när de faktiska förhållandena senare kommit att överensstämma med försäkringstagarens uppgifter. Ett exempel är att en gruvarbetare som tecknar en olycksfallsförsäkring – där yrket har betydelse för premien – uppger att han är kontorist. Om han sedermera övergår till kontorsarbete och därefter drabbas av ett olycksfall, har han rätt till full ersättning.

Andra stycket

I detta stycke upptas den s.k. oantastbarhetsregeln. Bestämmelsen, som bara avser livförsäkring för dödsfall, innebär att ett brott mot upplysningsplikten inte kan åberopas när mer än fem år förflutit från det upplysningarna lämnades. Försäkringsbolaget kan inte efter denna tid vägra ersättning eller säga upp försäkringen.

Oantastbarheten kan gå om intet på två sätt: genom att dödsfall inträffar inom femårstiden och genom att försäkringsbolaget inom samma tid lämnar försäkringstagaren besked enligt 11 §. Att premiebefrielse aktualiseras har däremot ingen självständig betydelse i sammanhanget. Vilket av de två alternativen som blir aktuellt kommer att bero på i vilket sammanhang oriktigheten upptäcks.

Tredje stycket

Vid svek och förfarande i strid med tro och heder från försäkrings-tagarens sida är försäkringsavtalet som nämnt ogiltigt. Reglerna i tredje stycket tar i stället sikte på fallet då något sådant kan läggas den försäkrade till last; det är alltså inte han som har tecknat försäkringen. Bestämmelserna i första stycket första meningen och andra stycket gäller inte i sådana fall. Regeln är generellt utformad, men dess betydelse skiftar beroende på vilken bestämmelse som är aktuell.

Om försäkringsbolaget kände till det rätta förhållandet, torde man inte kunna tala om svek och knappast heller om förfarande i strid mot tro och heder. Däremot kan regeln tillämpas om försäkringsbolaget bara hade bort inse att uppgifterna var oriktiga.

Den särskilda undantagsregeln för svek osv. gäller inte när det är fråga om uppgifter som saknar betydelse för försäkringsbolaget (första stycket andra meningen). Det är ju en utgångspunkt för bestämmelserna om upplysningsplikten att oriktiga uppgifter om sådant som saknar betydelse för risken inte skall leda till några konsekvenser.

Symtomklausuler

5 § Gäller försäkringen för följder av sjukdom eller kroppsfel, får försäkringsbolaget göra särskilt undantag för sådana sjukdomar och kroppsfel som den försäkrade hade när avtalet ingicks, bara om undantaget

1. grundar sig på upplysningar om den försäkrade som bolaget har inhämtat eller
2. behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet.

Om en tidsbegränsad försäkring förnyas, får ett undantag enligt första stycket 2 bara avse en sjukdom eller ett kroppsfel som den försäkrade hade när det första avtalet ingicks. Om försäkringsskyddet utvidgas, gäller dock första stycket i denna del.

(Jfr 13 kap. 5 § promemorian och 4 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen handlar om s.k. symtomklausuler och vissa liknande undantagsklausuler. Den har ingen motsvarighet vid konsumentförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.4. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Från de förbehåll som avses i paragrafen får man skilja sådana villkorsbestämmelser som innebär att försäkringen över huvud taget inte täcker följderna av sjukdom och kroppsfel, oavsett när de uppträder. Sådana villkor, som förekommer främst i olycksfallsförsäkringen och som kan avse alla sjukdomar eller bara vissa uppräknade, hör till de allmänna omfattningsbestämmelser som försäkringsbolaget får avtala om. När villkoren har denna utformning, spelar det inte någon roll vilka upplysningar om en viss sjukdom den försäkrade har gett eller skulle ha kunnat ge ifall han blivit tillfrågad; omfattningsbestämmelser av detta slag gäller ändå.

Paragrafen handlar i stället om vissa särskilda undantag från en försäkring som i princip täcker arbetsoförmåga eller död på grund av sjukdom osv. när försäkringsbolaget inte vill ta ansvar för följderna av sådana sjukdomar som den försäkrade hade redan när försäkringen tecknades. Även ett sådant förbehåll kan avse alla sjukdomar eller bara vissa uppräknade. Förbehållet kan också ha den omvända formen, att det

anges vara en förutsättning för försäkringens giltighet att den försäkrade vid tecknandet är fullt arbetsför eller liknande. Till denna kategori måste även räknas förbehåll om att ersättningstiden för äldre sjukdomar är begränsad och om att det skall förflyta viss karenstid efter tecknandet innan återfall i äldre sjukdom kan ge rätt till ersättning. Vad angår villkor som innebär att försäkringen ger sämre ersättning eller ingen ersättning alls för försäkringsfall inom viss tid efter tecknandet oavsett om det är fråga om ”ny” eller ”gammal” sjukdom, får de bedömas från fall till fall, varvid den viktigaste omständigheten torde bli under hur lång tid begränsningen gäller. Om begränsningen bara gäller försäkringsfall inom t.ex. så kort tid som en månad från tecknandet, förefaller det klart att villkoret i praktiken tar sikte på ”gamla” sjukdomar och alltså omfattas av denna paragraf. Om däremot försäkringen ger begränsad ersättning under så lång tid som två år, vilket lär förekomma i viss sjukförsäkring, torde bedömningen bli den motsatta. Parterna har i princip full frihet att träffa avtal om att försäkringen skall gälla för olika stora förmåner under olika delar av försäkringstiden, och att tillämpa reglerna om symtomklausuler i ett sådant fall som nu angetts skulle avsevärt inskränka denna frihet.

Första stycket

Utgångspunkten för regeln i första stycket är att sådana begränsningar i skyddet som har med den försäkrades hälsotillstånd att göra så långt som möjligt skall grundas på upplysningar som försäkringsbolaget tar in när försäkringen tecknas. Om det av de inhämtade uppgifterna framgår att den försäkrade lider av en viss sjukdom och försäkringsbolaget vill helt eller delvis undanta arbetsoförmåga på grund av den sjukdomen, har försäkringsbolaget en obetingad rätt till det. Detta klargörs i *punkt 1*.

I den mån försäkringens utformning inte grundar sig på inhämtade upplysningar, skall däremot enligt huvudregeln försäkringen gälla för den försäkrade sådan han är. I enlighet härmed är symtomklausuler och liknande förbehåll tillåtna bara om förbehållet behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet, *punkt 2*, såsom vid vissa typer av barnförsäkring. Avsikten är att förbehåll av detta slag skall gälla bara om det är praktiskt omöjligt eller förenat med avsevärda olägenheter att inhämta upplysningar och det samtidigt finns påtagliga försäkringsmässiga skäl att göra undantag för äldre sjukdomar. Det avgörande blir alltså vad som allmänt sett framstår som försäkringstekniskt nödvändigt vid försäkringar som den aktuella, inte vad som kan synas rimligt i det enskilda fallet. Det är försäkringsbolagets sak att visa att förbehållet är behövligt på grund av de befarade sjukdomarnas karaktär eller andra särskilda förhållanden, t.ex. när det inte är praktiskt möjligt att ställa frågor om den försäkrades hälsotillstånd (jfr SOU 1986:52 s. 331 f.).

Andra stycket

Enligt detta stycke är vid tidsbegränsade försäkringar av den typ som fortlöpande förnyas sådana förbehåll i villkoren förbjudna som innebär

att sjukdomar m.m. som uppkommit under en försäkringsperiod automatiskt tas undan från ansvarsområdet för nästa period. Det är däremot inget som hindrar att försäkringsbolaget begär nya hälsoupplýsningar i samband med förnyelsen och med anledning av vad som då kommer fram inför ett nytt undantag i försäkringen.

Den speciella begränsningen gäller bara i den mån försäkringen förnyas på oförändrade villkor. Om försäkringsbolaget i samband med förnyelsen, eller vid någon annan tidpunkt, utvidgar skyddet, t.ex. genom att upphäva ett tidigare undantag för någon viss sjukdom, gäller i stället de vanliga reglerna i första stycket. Försäkringsbolaget kan alltså förbehålla sig att det utvidgade skyddet inte skall gälla för dem som blivit sjuka innan utvidgningen gjordes, om det finns tillräckliga skäl för ett sådant förbehåll.

Fareökning

6 § Om försäkringsbolaget har förbehållit sig ansvarsfrihet när den försäkrade deltar i särskilt angivna verksamheter eller är utsatt för särskilt angivna risker, ansvarar det ändå för försäkringsfall som inträffar under sådana omständigheter men som inte sammanhänger med den särskilda verksamheten eller risken.

(Jfr 13 kap. 6 § promemorian och 4 kap. 6 § PFL.)

Bestämmelsen rör undantag för vissa i försäkringsavtalet särskilt angivna verksamheter eller risker. Den har vid konsumentförsäkringen viss motsvarighet i 4 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.5. – I 1927 års FAL finns bestämmelser om fareökning i bl.a. 99 § (livförsäkring) och 121 § (sjuk- och olycksfallsförsäkring).

Utgångspunkten är liksom för andra bestämmelser i kapitlet att försäkringsbolagen i princip får bestämma vilka yttre risker försäkringarna skall täcka. Paragrafen avser emellertid att hindra att vissa typer av ansvarsbegränsningar får en mot försäkringstagarna oförmånligare utformning än som är försäkringsmässigt motiverat. För undantag som avser någon eller några få klart urskiljbara risker skall det alltid gälla en kausalitetsregel.

Regeln avser närmast fall av vad man vad man brukar kalla fareökning. Den förutsätter inte i och för sig att villkoret språkligt sett utformats som en fareökningsbestämmelse, utan det avgörande är i stället dess faktiska innebörd. Det är en princip som gäller också annars beträffande lagens ansvarsbegränsningar.

Regeln avser förbehåll beträffande särskilt angivna verksamheter eller risker. Den skall inte tillämpas på sådana undantag som avser ett stort antal risker av skilda slag, kanske delvis okända och svåra att överblicka. Försäkringsbolaget kan alltså fritt använda suspensionsklausuler t.ex. när det gäller undantag för deltagande i krig och vistelse i land där krig eller social oro råder liksom när undantag görs för skador som uppstår i den försäkrades yrkesverksamhet. Att genomgående tillämpa en kausalitetsregel – eller ett undantag för att den försäkrade skall ha utsatt sig för risken frivilligt – i sådana fall skulle kunna ge upphov till svåra utrednings- och bedömningsfrågor. När det gäller undantag för flygning, viss

sport eller idrott och liknande begränsade riskområden, skall det däremot genomgående gälla en kausalitetsregel. Den som under deltagande i en boxningsmatch blir skadad av en nedfallande taklampa, skall ha full ersättning från sin olycksfallsförsäkring även om skada vid boxning undantagits.

För att undantaget skall kunna åberopas måste skadan ha orsakats genom en risk som är typisk för den undantagna verksamheten. Däremot innebär regeln inte att undantaget bara får tillämpas om den försäkrade utsatt sig för den särskilda risken frivilligt. Undantag för skada t.ex. genom radioaktiv strålning efter en kärnkraftolycka måste naturligtvis gälla oavsett hur den försäkrade råkat ut för strålningen.

7 § Försäkringsbolaget får göra försäkringens giltighet och utformning beroende av den försäkrades levnadsförhållanden, såsom hans yrkesverksamhet, bostadsort eller liknande, under de förutsättningar som anges i 11 kap. 8 och 9 §§ och ålägga försäkringstagaren att anmäla ändringar i sådana förhållanden till bolaget. Försummar försäkringstagaren uppsåtligt eller av oaktsamhet som inte är ringa att göra en sådan anmälan senast vid första premiebetalningen efter ändringen, är bolagets ansvar vid försäkringsfall begränsat enligt vad som sägs i 2 § andra och tredje styckena. En förutsättning är dock att bolaget i samband med krav på premien har upplyst försäkringstagaren om hans anmälningsskyldighet och om följderna av att denna inte fullgörs.

Försäkringsbolaget får inte göra sitt ansvar beroende av att den försäkrades hälsotillstånd inte försämrats.

(Jfr 13 kap. 7 § promemorian och 4 kap. 7 § PFL.)

Paragrafen rör vissa villkor av praktisk betydelse främst vid sjuk- och olycksfallsförsäkringen. Den har vid konsumentförsäkring viss motsvarighet i 4 kap. 3 §. – Överväganden finns i avsnitt 9.3.5.

Första stycket

Premiens storlek och försäkringens utformning i övrigt är ibland beroende av den försäkrades levnadsförhållanden, såsom när premien för sjuk- och olycksfallsförsäkring växlar med den försäkrades yrke; även sådana omständigheter som bostadsort, helnykterhet och liknande kan ha betydelse. Paragrafen avser fall där försäkringsbolaget inte bara tar hänsyn till sådana omständigheter vid tecknandet utan förbehåller sig rätt att ändra premien eller villkoren i övrigt om förhållandena skulle ändras under försäkringstiden. Liksom vid 6 § kan man säga att villkoren typiskt sett tar sikte på fareökning. Skillnaden är att försäkringsbolaget i de nu avsedda fallen oftast är berett att ge fortsatt skydd, om bara premien och försäkringens utformning i övrigt kan anpassas till den ökade risken.

För att försäkringsbolaget på detta sätt skall få göra förbehåll om att försäkringen skall kunna upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden krävs det att förbehållet är tillåtet enligt 11 kap. 8 och 9 §§.

Bestämmelserna gäller både vid ändringsförbehåll som innebär att försäkringen automatiskt skall anpassas till ändrade förhållanden oavsett om någon anmälan görs och när försäkringsbolaget enligt förbehållet skall fatta ett särskilt beslut om ändring av försäkringen. Om någon anmälan inte görs och försäkringsbolaget därför inte kommer i tillfälle att ändra försäkringen, är försäkringsbolagets ansvar begränsat på det sätt som anges i paragrafen.

För att några konsekvenser för försäkringsskyddet skall kunna inträda fordras det att försäkringsbolaget i samband med krav på premien har påmint försäkringstagaren om hans skyldighet att anmäla förändringar till försäkringsbolaget och följden av att anmälningsplikten försummas. Eftersom de förhållanden som skall anmälas kan vara komplicerade, är det rimligt att försäkringstagaren varje gång påminns om vad hans anmälningsplikt innebär, däremot inte i detalj om vad påföljden av försummelse innebär.

Vidare krävs det att den uteblivna anmälan kan läggas försäkringstagaren till last som uppsåt eller ej ringa oaktsamhet. Om påminnelsen har varit utformad på lämpligt sätt, kan man som regel utgå från att en relevant försummelse förekommit. Men när försäkringstagaren t.ex. haft fog för att tro att en viss ändring i hans arbetsförhållanden inte kunde ha någon betydelse för försäkringsbolaget, kan det bli tal om att anse försummelsen som ringa.

Ett meddelande om ändrade förhållanden går enligt allmänna regler på försäkringstagarens risk. Det bör emellertid observeras att anmälnings-skyldigheten åvilar försäkringstagaren och att det är bara försummelse från hans sida som kan få betydelse. Om försäkringen gäller på någon annans liv eller hälsa, är det alltså inte tillräckligt att den försäkrade har slarvat. Inte heller har det någon betydelse i detta sammanhang vem som har rätt till ersättning från försäkringen.

Andra stycket

I detta stycke uttrycks principen att försäkringsbolaget aldrig kan åberopa hälsoförsämring hos den försäkrade som en grund för ansvarsfrihet.

Framkallande av försäkringsfall

8 § Om den försäkrade uppsåtligt har framkallat ett försäkringsfall, är försäkringsbolaget fritt från ansvar.

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

Vid sjukförsäkring gäller inte första stycket om den försäkrade var under femton år eller allvarligt psykiskt störd.

(Jfr 13 kap. 8 § promemorian och 4 kap. 8 § PFL.)

Bestämmelsen rör uppsåtligt framkallande av försäkringsfallet. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 4 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.6. – Paragrafen motsvaras i 1927 års FAL av 18–20 a §§ och 100 a §.

Första stycket

Första stycket ger uttryck för den allmänna huvudregeln inom försäkringsrätten när den försäkrade själv framkallar den försäkrade händelsen: vid uppsåtligt framkallande är försäkringsbolaget helt fritt från ansvar.

Huvudregelns betydelse minskas dock av de speciella bestämmelserna i paragrafens båda andra stycken, främst regeln i andra stycket om inverkan av självmord. Vad som är uppsåtligt framkallande får bedömas enligt allmänna principer. Den försäkrade behöver inte ha handlat med sikte just på att försäkringsersättning skall utgå, utan bestämmelsen gäller oavsett motivet till handlingen.

Andra stycket

Reglerna i detta stycke gäller bara vid livförsäkring. Försäkringsbolaget ansvarar enligt *första meningen* vid självmord om det har gått mer än ett år från det att försäkringsavtalet ingicks eller om det måste antas att försäkringen tecknades utan tanke på självmordet. När en livförsäkring är förenad med rätt till s.k. förtidskapital vid invaliditet och långvarig sjukdom, tillämpas reglerna i detta stycke bara på det egentliga livförsäkringsmomentet i försäkringen.

Vid dödsfall inom ettårsfristen är det försäkringsbolagets sak att visa att det är fråga om självmord. För att försäkringsbolaget ändå skall bli ansvarigt krävs det sedan att de efterlevande gör det antagligt att det inte fanns något samband mellan självmordet och tecknandet av försäkringen. Det ligger i sakens natur att någon fullständig bevisning inte kan förebringas i en sådan fråga.

När mer än ett år har förflutit från avtalets ingående, har försäkringsbolaget inte längre möjlighet att vägra utbetalning med hänvisning till att den försäkrade begått självmord. Försäkringsbolagets bundenhet gäller dock bara det försäkringsbelopp som bestämdes när försäkringen tecknades. Om försäkringstagaren senare har begärt höjning av försäkringsbeloppet, löper en karenstid med avseende på förhöjningen under ett år från det att tilläggsavtalet ingicks. Däremot börjar inte någon ny karenstid med anledning av sådana förhöjningar av försäkringsbeloppet som avtalades redan när försäkringen tecknades, t.ex. när premien är knuten till något index.

I *andra meningen* i stycket ges en specialregel för tidsbegränsade försäkringar. Ettårsfristen räknas från dagen för det första avtalet, och någon ny karenstid börjar alltså inte löpa med anledning av att försäkringen förnyas. Regeln förutsätter inte att det är fråga om automatisk förnyelse, som har överenskommits redan i det första avtalet, utan gäller också när förnyelse sker genom en särskild överenskommelse mellan parterna vid slutet av den första försäkringstiden.

Bestämmelsen om självmord är tillämplig även om annat skulle följa enligt avtalslagens regler om ogiltighet av avtal. Skulle försäkringsbolaget i något extremt fall kunna visa att försäkringen ingår i en på förhand uppgjord självmordsplan, kan därför försäkringsbolaget inte vägra ersättning vid självmord efter ettårsfristens utgång under hänvisning till t.ex. 30 eller 33 §§ avtalslagen.

Om den försäkrade i stället blir sjuk eller invalidiserad som följd av ett misslyckat självmordsförsök, kan 9 § tillämpas.

Tredje stycket

Den undantagsregel som ges i detta stycke gäller bara för sjukförsäkring och därmed bl.a. för all premiefrielseförsäkring, oavsett till vilken form av huvudförsäkring denna är kopplad. Vid olycksfallsförsäkring skulle regeln vara verkningsslös, eftersom uppsåtligt framkallad skada vid sådan försäkring över huvud taget inte är försäkringsfall.

9 § Har den försäkrade vid sjuk- eller olycksfallsförsäkring genom grov vårdslöshet framkallat ett försäkringsfall eller förvärrat dess följder, kan ersättningen sättas ned såvitt angår honom efter vad som är skäligt med hänsyn till hans förhållanden och omständigheterna i övrigt. Detsamma gäller om den försäkrade annars måste antas ha handlat eller underlåtit att handla i vetskap om att detta innebar en betydande risk för att skadan skulle inträffa.

Första stycket gäller inte om den försäkrade var under femton år eller allvarligt psykiskt störd.

(Jfr 13 kap. 9 § promemorian och 4 kap. 9 § PFL.)

Paragrafen behandlar verkan av att försäkringsfallet vid sjuk- och olycksfallsförsäkring framkallas med grov vårdslöshet. Den har vid konsumentförsäkring en motsvarighet i 4 kap. 5 § andra stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.6. – Paragrafen har i stort sett samma räckvidd som 18 § andra stycket sammantaget med 20 § i 1927 års FAL.

Första stycket

Paragrafen innebär att oaktsamhet kan åberopas bara i begränsad utsträckning, vid livförsäkring inte alls och vid sjuk- och olycksfallsförsäkring bara vid grov vårdslöshet och därmed jämförbart handlande eller underlåtenhet. Beträffande den närmare innebörden av första stycket kan väsentligen hänvisas till författningskommentaren till 4 kap. 5 § andra stycket. Förutsättningarna för regelns tillämpning är formulerade på samma vis, och avsikten är att de skall tolkas på samma sätt oavsett försäkringstypen. Däremot får man vid skälighetsbedömningen särskilt beakta att det är fråga om personskada (jfr nedan).

Regeln gäller också vid sådan vårdslöshet som består i brott mot säkerhetsföreskrifter. Om t.ex. villkoren för en olycksfallsförsäkring föreskriver användande av hjälm vid färd med motorcykel och den försäkrade blir skadad när han kör motorcykel utan hjälm, kan paragrafen alltså bli tillämplig, om han därigenom (och genom sitt körsätt i övrigt) har gjort sig skyldig till grov vårdslöshet eller sådant medvetet risktagande som paragrafen avser. En säkerhetsföreskrift kan på detta vis skärpa den allmänna aktsamhetsplikten enligt bestämmelsen när det är fråga om mera preciserade bestämmelser som tar sikte på konkreta situationer. Mera allmänt hållna föreskrifter saknar större betydelse i detta sammanhang. Det som nu sagts om säkerhetsföreskrifter gäller också sådana villkorsbestämmelser som innebär att den försäkrade, för att få rätt till ersättning, måste underkasta sig läkarvård m.m. Den som försummar att följa sådana föreskrifter kan gå miste om ersättning i den mån han därigenom av grov vårdslöshet eller medvetet risktagande har förvärrat den inträffade skadan.

Om en skada har framkallats eller förvärrats på sätt som paragrafen anger, betyder det inte att försäkringsbolaget automatiskt är fritt från ansvar. Det skall göras en skälighetsbedömning som tar hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. Med tanke på att det gäller personskada bör bedömningen ofta vara mera tolerant mot den skadelidande än vid skadeförsäkring. Humanitära och sociala hänsyn kan tala för att viss försäkringsersättning normalt utgår, en tankegång som framträder i den skadeståndsrättsliga regeln om medverkan till egen personskada (6 kap. 1 § skadeståndslagen).

Regeln om grov vårdslöshet är tillämplig också när den försäkrade blir arbetsoförmögen som följd av ett självmordsförsök, åtminstone när det är fråga om sjukförsäkring. Ofta talar dock åtminstone humanitära skäl för att en stor del av den avtalade ersättningen skall utgå. Självfallet påverkas bedömningen också av vad som gäller för fullbordade självmord. Bedömningen är i hög grad beroende av omständigheterna i det enskilda fallet.

Andra stycket

Oaktsamhet kan inte åberopas om den försäkrade var under femton år eller allvarligt psykiskt störd. Regeln gäller även om det är någon annan än den försäkrade som gör anspråk på ersättning från försäkringen, något som dock är ovanligt vid sjuk- och olycksfallsförsäkring bortsett från dödsfallsersättning från olycksfallsförsäkring.

Undantag från bestämmelserna om begränsning av försäkringsbolagets ansvar

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

(Jfr 13 kap. 10 § promemorian och 4 kap. 10 § PFL.)

Paragrafen handlar om vissa fall när förbehåll om ansvarsfrihet eller bestämmelserna om framkallande av försäkringsfall inte kan åberopas om den försäkrades handlande varit försvarligt. Vid konsumentförsäkring har den viss motsvarighet i 4 kap. 9 § första stycket 3. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.6. – Bestämmelsen motsvarar till stor del 19 § andra stycket och 121 § tredje stycket jämfört med 49 § andra stycket i 1927 års FAL.

I paragrafen hänvisas först till 6 §. Sådana undantag från ansvarsområdet som avses där får inte åberopas, om den försäkrade handlade för att förebygga skada på person eller egendom och hans handlande med hänsyn till omständigheterna framstår som försvarligt. Om t.ex. villkoren för en olycksfallsförsäkring gör undantag för flygning med sportflygplan och den försäkrade blir skadad när han utför en brådsakande sjuktransport med ett sådant plan, skall ersättning alltså utgå.

Vidare innebär bestämmelsen att 8 § om framkallande av försäkringsfall inte får åberopas om den försäkrade har handlat i en nödliknande

situation. Detsamma gäller 9 §. Bestämmelsen lär dock inte där bli aktuell i den mån handlandet kan betecknas som grov vårdslöshet; sådant handlande kan knappast samtidigt vara försvarligt. Även den som har förstått att han måste bli skadad genom de åtgärder han vidtog har alltså rätt till ersättning från sin sjukförsäkring, om hans handlande framstår som försvarligt: en person springer t.ex. in i en fabrikslokal där giftig gas strömmar ut för att rädda en medvetlös arbetskamrat. Paragrafen gäller inte bara om den försäkrade försöker bistå någon annan utan även när han handlar för att skydda sig själv, förutsatt att handlingen inte är mera huvudlös än att den framstår som försvarlig.

Paragrafen har fått en sådan form att regeln i princip kan åberopas även av den som har till yrke att bispringa människor i nöd, t.ex. en brandman eller den som arbetar i fjällräddningen. Man kan normalt räkna med att försäkringsbolaget har beaktat de särskilda yrkesriskerna vid utformningen av försäkringen, i första hand genom höjning av premien. Villkoren kan emellertid också helt undanta skador som uppkommer i den försäkrades yrkesutövning, och i så fall kan ingen ersättning utgå även om en nödsituation har förelegat. En objektiv ansvarsbegränsning av denna typ är giltig; skador som inträffar under yrkesutövningen är över huvud taget inte försäkringsfall.

Meddelande om att ansvarsbegränsning åberopas

11 § Vill försäkringsbolaget göra gällande att det enligt detta kapitel är helt eller delvis fritt från ansvar eller har rätt att säga upp en försäkring, skall bolaget lämna ett skriftligt meddelande om detta till försäkringstagaren. Meddelandet skall lämnas utan oskäligt dröjsmål från det att försäkringsbolaget fått kännedom om det förhållande som medför att ansvarsfrihet eller uppsägningsrätt kan finnas.

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

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

(Jfr 13 kap. 11 § och 4 kap. 11 § PFL.)

Enligt paragrafen är försäkringsbolaget skyldigt att lämna skriftligt meddelande när det upptäcker t.ex. brott mot upplysningsplikten. Paragrafen har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 4 kap. 10 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.2. – Motsvarande bestämmelser finns i 1927 års FAL i 8 § (upplysningsplikten) och 121 § tredje stycket jämfört med 4 §§ (fareökning).

Första stycket

Paragrafen ålägger försäkringsbolaget en underrättelseskyldighet när någon av bestämmelserna i detta kapitel åberopas. Den torde ha störst betydelse vid brott mot upplysningsplikten och vid sådana ändringar av den försäkrades levnadsförhållanden som avses i 7 §. Övriga bestämmelser i kapitlet förutsätter för sin tillämpning att det har inträffat ett

försäkringsfall, och då är det naturligt att försäkringsbolaget gör sin inställning klar i samband med att försäkringstagaren framställer anspråk på ersättning. Även för dessa fall kan dock underrättelseskyldigheten få självständig betydelse. Om exempelvis den försäkrade blir invalidiserad som följd av ett olycksfall, kan försäkringsvillkoren innehålla att rätten till invaliditetsersättning skall prövas först viss tid efter olyckan, t.ex. ett år. Försäkringsbolaget får då inte dröja ända till den slutliga skaderegleringen med att göra invändning t.ex. om att försäkringsbolaget är fritt från ansvar enligt ett sådant förbehåll som avses i 6 § ifall de omständigheter som invändningen grundas på blir kända för försäkringsbolaget redan i samband med att skadan anmäls.

Beskedet skall lämnas utan oskäligt dröjsmål. Beskedet behöver alltså inte lämnas genast, utan försäkringsbolaget har rätt till en viss frist före beslutet om några åtgärder skall vidtas. Det första besked som lämnas enligt denna paragraf behöver dock inte vara försäkringsbolagets slutliga beslut i frågan. Försäkringsbolaget kan vänta med att ta ställning till en sådan fråga som hur stor nedsättning av ersättningen som skall göras. Om utredningen verkar kunna dra ut på tiden, får försäkringsbolaget anses vara skyldigt att ge försäkringstagaren ett kortfattat meddelande t.ex. om att oriktiga uppgifter har upptäckts, varefter ett mera preciserat besked får lämnas när utredningen framskridit längre. Skulle det slutliga beskedet inte komma inom rimlig tid från det att utredningsmaterialet blivit tillgängligt, förlorar försäkringsbolaget sina möjligheter att åberopa ansvarsfrihet.

Andra stycket

Som framgår av första stycket skall meddelandet i första hand sändas till försäkringstagaren. Han skall alltid ha meddelande om försäkringsbolagets invändning, även om hela försäkringsbeloppet på grund av ett förmånstagarförordnande skall tillfalla någon annan. Om försäkringstagaren är avliden får meddelandet tillställas dödsboet, bl.a. därför att någon av dödsbodelägarna kan avse att framställa jämningsanspråk enligt 14 kap. 7 §.

I andra stycket anges vissa andra kategorier som kan ha ett befogat intresse av att så snabbt som möjligt få kännedom om försäkringsbolagets invändningar och därför har rätt till meddelande. Först nämns den försäkrade, som även när han inte är försäkringstagare normalt har ett påtagligt intresse av vad som händer med försäkringen; ofta gäller den till förmån för honom själv i egenskap av förmånstagare eller för hans anhöriga. Även panthavare har ett sådant intresse. Vad gäller förmånstagare måste man skilja på förhållandena före och efter det försäkringsfall där förmånstagarförordnandet skall tillämpas. Den som har fått ett oåterkalleligt förordnande har alltid rätt till meddelande, förutsatt att oåterkalleligheten är känd för försäkringsbolaget. I fråga om andra förordnanden skulle man dock inte kunna ålägga försäkringsbolaget en underrättelseskyldighet före försäkringsfall utan att komma i konflikt med förbudet i försäkringsrörelselagen mot att lämna uppgift om förmånstagarförordnande till förmånstagaren. I detta skede framstår förmånstagarens intresse i försäkringen inte heller som tillräckligt starkt

för att motivera en rätt till meddelande. Efter försäkringsfallet har däremot alla förmånstagare rätt till meddelande.

Meddelanden enligt andra stycket kan bl.a. av integritetsskäl hållas korta och summariska.

Tredje stycket

Om försäkringsbolaget försummar sin reklamationskyldighet, blir konsekvensen att försäkringsbolaget förlorar möjligheten att åberopa invändningen mot den som skulle ha haft meddelandet. Om det finns två förmånstagare till en livförsäkring men försäkringsbolaget efter ett försäkringsfall av förbiseende sänder meddelande bara till den ene, innebär regeln alltså att försäkringsbolaget måste betala till den som inte fick något meddelande men har kvar sin invändning mot den andre. Och den som inte har fått något meddelande förlorar inte sin rätt genom att försäkringsbolaget till äventyrs kan visa att han på annat sätt – t.ex. genom den andre förmånstagaren – hade fått kännedom om försäkringsbolagets invändning.

I konsekvens med hur sådana fall i allmänhet brukar behandlas görs undantag från ansvarsregeln när försäkringstagaren eller den försäkrade har förfarit svikligt eller i strid mot tro och heder. När försäkringstagaren gjort sig skyldig till sådant förfarande vid avtalets ingående kommer avtalet visserligen under alla omständigheter att vara ogiltigt (jfr 2 § första stycket), men det är tänkbart att sådant förekommer i ett senare skede från försäkringstagarens eller den försäkrades sida, t.ex. vid diskussionen om ett försäkringsfall. Då kan försäkringsbolaget framställa sin invändning utan hinder av att något meddelande inte getts enligt paragrafen.

Vissa fall av s.k. omfattningsvillkor

12 § Bestämmelserna i 1–4 §§ och 8–11 §§ tillämpas också på sådana försäkringsvillkor som enligt sin lydelse begränsar försäkringens omfattning, när begränsningen beror av om någon på den försäkrades sida på förhand har känt till de förhållanden som har orsakat försäkringsfallet eller uppsåtligen eller genom vårdslöshet har medverkat till detta.

(Jfr 13 kap. 12 § promemorian. Paragrafen saknar motsvarighet i PFL.)

Paragrafen tar sikte på sådana villkor som är utformade som s.k. omfattningsbestämmelser men i realiteten rör en fråga som behandlas i de tvingande reglerna i detta kapitel. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 4 kap. 11 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.3.4.

I 5 § behandlas symtomklausuler och vissa liknande undantag som skulle kunna användas att kringgå bestämmelserna om upplysningsplikt. Bestämmelsen i förevarande paragraf tar sikte på andra typer av villkor där något liknande kan bli aktuellt. Den rör dock inte sådana förbehåll som särskilt regleras i 6 och 7 §§.

Ett fall där paragrafen kan bli tillämplig vid personförsäkring är om olycksfallsförsäkringens villkor enligt beskrivningen av olycksfallsskada undantar skada där det får antas att den skadevållande händelsen orsakats av att den försäkrade var påverkad av alkohol eller narkotika. En sådan

begränsning av ansvarsområdet bör bedömas enligt reglerna om framkallande av försäkringsfallet (9 §). Användningen av olycksfallsbegreppet i olycksfallsförsäkring innebär att uppsåtligt vållade skador över huvud taget faller utanför försäkringsområdet. Denna begränsning, som ligger i själva försäkringsformen, berörs inte av paragrafen.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 4 kap. 11 §.

13 kap. Premien

Kapitlet behandlar olika frågor om betalning av premien. Det har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 5 kap.

Kapitlet upptar sju paragrafer. Inledande 1 och 2 §§ handlar om tiden för premiebetalning respektive uppsägning på grund av dröjsmål. I 3 § finns regler om återupplivning. I 4 § finns bestämmelser om att försäkringsbolaget i vissa fall är skyldigt att underrätta panthavare m.fl. om det inträffar ett premiedröjsmål. I 5 § ges regler om när en premie som betalas genom post, bank eller girosystem skall anses betald. Kapitlets avslutande paragrafer innehåller bestämmelser om återbetalning av premie när ett avtal förklarats ogiltigt och om preskription av rätt till premie.

När premien skall betalas

1 § Den första premien för en personförsäkring skall betalas inom fjorton dagar från den dag då försäkringsbolaget avsände ett krav på premien till försäkringstagaren. Detta gäller dock inte om försäkringen skall tecknas genom att försäkringstagaren betalar premien eller om försäkringen annars är giltig bara under förutsättning att premien betalas innan försäkringstiden börjar.

Premien för en senare premieperiod skall betalas inom en månad från den dag då försäkringsbolaget avsände krav på premien till försäkringstagaren. Om premieperioden är högst en månad, skall premien dock betalas på periodens första dag. Om särskilda premieperioder inte har avtalats, skall senare premie för försäkringen betalas inom en månad från den dag då försäkringsbolaget avsände krav på premien till försäkringstagaren.

Bestämmelserna i andra stycket gäller också betalning av premien när en tidsbegränsad försäkring förnyas på grund av utebliven uppsägning.

(Jfr 14 kap. 1 § promemorian och 5 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen behandlar tidpunkten då premien skall betalas. Den har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 5 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.4. – Paragrafen har en viss motsvarighet i 12 § i 1927 års FAL.

I *andra styckets sista mening* ges en särskild regel för personförsäkringens del om betalning av senare premie för sådan försäkring som inte har bestämda premieperioder. Vid sådan försäkring skickar försäkringsbolaget normalt inte några krav i vanlig bemärkelse. I stället får försäkringstagaren en eller ett par gånger om året en uppgift om hur stort hans tillgodohavande på försäkringen är och vilka ramar som gäller om han vill göra en inbetalning. Ett sådant meddelande gäller inte som krav i paragrafens mening. Först om försäkringstagarens tillgodohavande hotar att sjunka under den nivå som behövs för att det avtalade skyddet skall kunna upprätthållas, ställer försäkringsbolaget krav i vanlig mening.

Försäkringstagaren får besked om att försäkringen kommer att upphöra om han inte betalar ett visst minsta belopp. Även ett sådant meddelande måste innehålla en betalningsfrist om minst en månad och följas av en uppsägning enligt 2 §. Detta gäller också om tillgodohavandet, kanske på grund av något förbiseende från försäkringsbolagets sida, redan har tillåtits bli så litet att det inte räcker till att betala skyddet för en månad.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 5 kap. 1 §.

Uppsägning på grund av dröjsmål med premien

2 § Betalas inte premien i rätt tid och är dröjsmålet inte av ringa betydelse, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen för upphörande eller begränsning av ansvaret enligt vad villkoren närmare föreskriver. Uppsägningen skall sändas till försäkringstagaren.

Uppsägningen får verkan fjorton dagar efter den dag då den avsändes, om inte premien betalas inom denna frist. Uppsägningen skall innehålla uppgift om detta och om möjligheten att få försäkringen återupplivad enligt 3 §. Saknas någon av dessa uppgifter, får uppsägningen ingen verkan.

Om försäkringstagaren inte har kunnat betala premien inom den i andra stycket angivna fristen på grund av svår sjukdom, frihetsberövande, utebliven pension eller utebliven lön från sin huvudsakliga anställning eller liknande oväntat hinder, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter det att hindret har fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.

(Jfr 14 kap. 2 § promemorian och 5 kap. 2 § PFL.)

Paragrafen behandlar uppsägning på grund av dröjsmål med premien., Den har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 5 kap. 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.4. – Paragrafen har viss motsvarighet i 13 § i 1927 års FAL.

Av *första stycket* framgår att försäkringsbolaget får säga upp försäkringen för upphörande. Vid sidan om det kan en personförsäkring sägas upp för begränsning av ansvaret enligt vad villkoren närmare föreskriver. På denna punkt råder alltså avtalsfrihet enligt lagen, frånsatt att försäkringstagaren alltid har rätt till försäkringens värde enligt 11 kap. 13 §.

Enligt *andra stycket* skall en uppsägning utöver andra uppgifter också skall innehålla en påminnelse om möjligheten att få försäkringen återupplivad.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 5 kap. 2 §.

Återupplivning

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

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

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

(Jfr 14 kap. 3 § promemorian och 5 kap 3 § PFL.)

Paragrafen handlar om försäkringstagarens möjligheter att återvinna sitt försäkringsskydd sedan han av någon anledning har upphört med premiebetalningen. Den har för konsumentförsäkring en viss motsvarighet i 5 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.4. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Bestämmelserna ger försäkringstagaren en chans att ”rädda” sin försäkring trots att han har försuttit fristen för premiebetalningen. Genom att betala den utestående premien inom en frist av tre månader får han försäkringen att på nytt gälla i sin tidigare omfattning.

Som framgår av lagtexten står möjligheten till återupplivning inte öppen när det är den första premien för försäkringen som inte har betalats. Sådan tidsbegränsad försäkring som fortlöpande förnyas skall emellertid här, liksom enligt 1 §, behandlas på samma sätt som långvarig försäkring. Det förnyade avtalet avser därvid samma försäkring som det ursprungliga avtalet. Undantaget för första premie gäller därför bara den allra första premien för en tidsbegränsad försäkring. Om försäkringsbolaget säger upp försäkringen på grund av dröjsmål med en förnyelsepremie, har försäkringstagaren alltså rätt till återupplivning.

Fristen för att begära återupplivning börjar löpa vid utgången av den frist som anges i 2 § andra stycket, dvs. fjorton dagar efter det att försäkringsbolaget har avsänt sin uppsägning med anledning av dröjsmålet. Att märka är att fristen för återupplivning inte skjuts fram av att den försäkrade t.ex. blir plötsligt sjuk och därför själva uppsägningen inte får omedelbar verkan (2 § tredje stycket). Redan möjligheten till återupplivning innebär ju också i detta fall ett väsentligt skydd för försäkringstagaren. När återupplivning begärs skall försäkringstagaren betala hela den utestående premien, dvs. både det premiebelopp som lämnades obetalt när försäkringen sades upp och de eventuella ytterligare premiebelopp som enligt försäkringsavtalet har förfallit till betalning därefter. Den avräkning som sedan skall göras mellan parterna regleras av 11 kap. 13 §.

Försäkringsbolaget får i och för sig också kräva ränta på premien, men betalning av räntan får inte göras till en förutsättning för återupplivningen.

Andra stycket

Det kan bero av en händelse om en försäkringstagare begär premiefrielse (fribrev) eller bara låter bli att betala premierna för sin försäkring. Möjligheten till återupplivning bör därför vara densamma i båda fallen. Motsvarande gäller när försäkringen ändras till försäkring mot lägre premie.

Bestämmelserna i denna paragraf har nära sakligt samband med dem i 11 kap. 6 § om rätt till fortsatt försäkring efter återköp. Vissa

samordningsfrågor uppstår om en försäkringstagare vill använda sig av flera av de möjligheter som står till buds.

En försäkringstagare, som har fått fribrev eller som på grund av dröjsmål med premiebetalningen har fått sin försäkring uppsagd att gälla med begränsat ansvar, kan vända sig till försäkringsbolaget och begära återköp av försäkringen. Om han sedan ändrar sig och vill ha hela eller delar av sitt skydd tillbaka, ger 11 kap. 6 § i förening med 13 kap. 3 §, möjlighet till detta, förutsatt att han betalar den premie som fordras inom tremånadersfristen.

Bestämmelserna tar dock bara sikte på det riskskydd försäkringen innebär. Om försäkringstagaren vill ha tillbaka en spardel som han har avstått från, måste han träffa en särskild överenskommelse med försäkringsbolaget om detta. Bestämmelserna i 11 kap. 6 § ger honom bara möjlighet till den motsatta ändringen av försäkringen, dvs. att avveckla spardelen men behålla riskdelen.

Tredje stycket

Stycket föreskriver att återupplivning skall gälla fr.o.m. dagen efter den då den utestående premien betalas, vilket stämmer med vad som enligt 11 kap. 2 § skall gälla i fråga om det vanliga ansvarsinträdet. Regeln är vald för att frågan om den exakta tidpunkten för betalningen inte skall få betydelse alltför ofta.

Underrättelse till annan om dröjsmål med premien

4 § Om det har begärts skall försäkringsbolaget sända ett meddelande enligt 2 § andra stycket också till den försäkrade och till den som har fått försäkringen i pant eller är förmånstagare enligt ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande. Försummar försäkringsbolaget att sända ett meddelande till någon sådan person, får bolaget inte mot honom åberopa att premien inte har betalats.

(Jfr 14 kap. 4 § och 5 kap. 4 § PFL.)

Särskilt vid livförsäkring kan också andra än försäkringstagaren själv ha sådant intresse i en försäkring att de har ett berättigat intresse av att få kännedom om att försäkringsskyddet håller på att upphöra på grund av bristande premiebetalning. I denna paragraf ges bestämmelser om att försäkringsbolaget är skyldigt att underrätta vissa sådana personer. Paragrafen har ingen motsvarighet vid konsumentförsäkring. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Skyldigheten att lämna en underrättelse enligt gäller bara om en sådan har begärts, av den som skall ha underrättelsen eller av försäkringstagaren. Det är naturligt att försäkringsbolaget ger den som framställer begäran någon form av bekräftelse på detta som bevis. Inget hindrar försäkringsbolaget från att ta ut en rimlig avgift för denna service. Däremot kan bolaget inte kräva att den som begär underrättelse också åtar sig att vid dröjsmål betala premien i försäkringstagarens ställe.

De som kan få rätt till underrättelse är den försäkrade (vid försäkring på annans liv), panthavare och förmånstagare enligt ett oåterkalleligt

förordnande. Ett meddelande skall ske enligt 2 § andra stycket och alltså innehålla de uppgifter som enligt den bestämmelsen skall finnas i uppsägningen till försäkringstagaren. Hänvisningen innebär också att underrättelsen skall avsändas samtidigt med uppsägningen. Om avsändandet försenas, får försäkringsbolaget i underrättelsen sätta ut en särskild fjortondagarsfrist för betalningen. Syftet med bestämmelsen är ju att panthavaren (den försäkrade, förmånstagaren) skall kunna hindra att försäkringen upphör genom att själv betala premien. Skulle ett försäkringsfall inträffa innan denna särskilda frist har gått till ända, men efter det att uppsägningen enligt 2 § andra stycket har fått verkan mot försäkringstagaren, är försäkringsbolaget ansvarigt mot panthavaren etc. men inte mot försäkringstagaren eller annan som skulle ha rätt till försäkringsbelopp. Försäkringstagaren kan alltså ha sämre rätt än panthavaren.

Däremot har en panthavare (och likställda) alltid möjlighet att rädda försäkringen så länge försäkringstagaren kan det. Fristen att betala räknas visserligen för panthavarens del från det att försäkringsbolaget avsände underrättelsen; de särskilda reglerna i 2 § tredje stycket och 16 kap. 6 § blir inte tillämpliga därför att han plötsligt insjuknar eller liknande eller försändelsen av någon anledning inte kommer fram. Men om försäkringen trots uppsägningen fortsätter att gälla enligt dessa bestämmelser, är också panthavaren bevarad vid sin rätt, även om det gått mer än fjorton dagar sedan försäkringsbolaget avsände underrättelsen.

Om någon underrättelse inte lämnas, ansvarar försäkringsbolaget enligt andra meningen trots dröjsmålet alltså mot den som skulle ha haft rätt till ett försäkringsbelopp om premiebetalningen hade fullgjorts. – I den mån försäkringsbolaget på detta vis blir skyldigt att utge försäkringsbelopp, trots att premie för försäkringen inte betalats, stannar förlusten på försäkringsbolaget. Något regresskrav mot försäkringstagaren kommer alltså inte i fråga, fränsett att naturligtvis premien kan krävas ut från denne.

Betalning genom post, bank eller girosystem, m.m.

5 § Om försäkringstagaren betalar premien på ett post- eller bankkontor, anses beloppet komma försäkringsbolaget till handa omedelbart vid betalningen. Lämnar försäkringstagaren ett betalningsuppdrag avseende premien till en bank eller ett girosystem, anses beloppet komma försäkringsbolaget till handa när uppdraget tas emot av förmedlaren.

(Jfr 14 kap. 5 § promemorian och 5 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen handlar om när en premie anses komma försäkringsbolaget till handa när betalningen sker via post eller bank eller genom giroinbetalning. Den har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 5 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.4. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL. – Det hänvisas till kommentaren till 5 kap. 5 §.

6 § Återgår försäkringsavtalet enligt 12 kap. 2 § första stycket, får försäkringsbolaget behålla erlagd riskpremie för förfluten tid.

Paragrafen, som inte har någon motsvarighet i 1927 års FAL, har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 5 kap. 6 §. Premien får beräknas

enligt vad som anges i den paragrafen, alltså enligt vad som skulle betalats om avtal slutits för den tid försäkringen gällt, med avdrag för vad som skulle ha belöpt på sparmomentet.

Preskription av rätt till premie

7 § Försäkringsbolaget förlorar rätten till en obetald premie när ett år har förflutit från det att premien skulle ha betalats, om försäkringen inte dessförinnan har sagts upp av bolaget eller av någon annan anledning har upphört att gälla.

(Jfr 14 kap. 6 § promemorian och 5 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen handlar om när försäkringsbolagets rätt till en obetald premie preskriberas. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 5 kap. 7 §. – Saken behandlas i avsnitt 9.4. – Paragrafen har en viss motsvarighet i 15 § i 1927 års FAL.

Preskriptionstiden har vid personförsäkring bestämts till ett år i stället för sex månader som enligt vid konsumentförsäkring. Skillnaden motiveras av den generösare praxis med uppskov som förekommer vid personförsäkring. Bestämmelsen förutsätter enligt sin lydelse att premien skulle ha betalats vid en viss tidpunkt. Vid fondanknuten försäkring får preskriptionstiden räknas från den tidpunkt när fondvärdet är förbrukat.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 5 kap. 7 §.

14 kap. Förfogande över försäkringen

I kapitlet behandlas försäkringstagarens möjligheter att förfoga över försäkringen genom förmånstagarförordnande, överlåtelse och pantsättning m.m. samt förfogandenas rättsverkningar i förhållande till tredje man. Kapitlet har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring.

Kapitlet omfattar 15 paragrafer. Det inleds med sju paragrafer som handlar om förmånstagarförordnanden. I 1–3 §§ ges grundläggande bestämmelser om formen för och verkningarna av sådana förordnanden. Regler om tolkning av förordnanden finns i 4–6 §§, och i 7 § upptas en jämningsregel. I 8–10 §§ behandlas förmånstagarförfoganderätt, i 11 § panthavares rätt och i 12 och 13 §§ förfogandets verkan mot försäkringstagarens borgenärer m.m. I 14 och 15 §§, slutligen, finns regler om förfoganden i strid mot inkomstskattelagens bestämmelser om pensionsförsäkringar respektive förverkande av förmånstagarförfoganderätt.

Rätten att göra, ändra och återkalla ett förmånstagarförordnande

1 § Försäkringstagaren har rätt att själv förfoga över en personförsäkring genom förmånstagarförordnande.

Det som sägs i 9 kap. 1 § och 13 kap. 2 och 3 §§ ärvdabalken om rätt att göra testamente och om testamentes ogiltighet gäller också i fråga om förmånstagarförordnande.

Det som sägs i 9 kap. 2 § ärvdabalken om förordnande genom testamente till den som inte är född eller avlad vid testators död gäller också för förmånstagarförordnande till den som inte är född eller avlad när förordnandet skall tillämpas första gången.

(Jfr 15 kap. 1 § promemorian och 6 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen tar upp försäkringstagarens rätt att förfoga över försäkringen genom ett förmånstagarförordnande. Den behandlar också frågan om hur gammal någon måste vara för att ha rätt att göra ett förmånstagarförordnande liksom verkningarna av att förordnandet har tillkommit under påverkan av en psykisk störning eller under inflytande av tvång, svek m.m. Vidare anger den vad som gäller om ett förordnande som görs till annan än den som är född m.m. Paragrafen har, som framgår av inledningen till kapitlet, ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.1. – Paragrafen har viss motsvarighet i 3 §, 102 § första meningen och 104 § första stycket i 1927 års FAL.

Första stycket

Förmånstagarförordnande får anses vara ett självständigt rättsinstitut, fristående från t.ex. instituten gåva och testamente. I flera hänseenden kan visserligen paralleller dras från reglerna om sådana förfoganden, men i andra fall – där avtalsförhållandet mellan försäkringstagaren och försäkringsgivaren står i blickfältet – får man snarare se förordnandet som en till försäkringsbolaget riktad betalningsanvisning.

Försäkringstagaren har rätt att genom ett förmånstagarförordnande bestämma vem som skall ha försäkringen eller utfallande belopp. Försäkringsbolaget kan alltså inte genom en villkorsbestämmelse hindra försäkringstagaren från denna form av förfogande. Förordnandet kan gälla till förmån för fysisk eller juridisk person.

Förordnandet kan vara avsett att tillämpas vid försäkringsfall – som kan vara livsfall eller dödsfall – och det kan gälla för försäkringstagarens död även om dödsfallet inte är försäkringsfall, främst när försäkringen är tecknad på någon annans liv eller hälsa.

I praxis har fastslagits att ett förmånstagarförordnande som regel skall antas avse inte bara det avtalade försäkringsbeloppet utan även sådana belopp som betalas ut i form av återbäring eller premierglering (rättsfallet NJA 1977 s. 587). Någon ändring av denna praxis är inte avsedd. Liksom försäkringstagaren kan dela upp det egentliga försäkringsbeloppet mellan flera förmånstagare kan han också förordna att försäkringsbeloppet skall tillfalla en person och återbäringen någon annan.

Rätten att utse förmånstagare tillkommer vid individuell försäkring försäkringstagaren, dvs. den som har ingått försäkringsavtalet med försäkringsbolaget. Rätten är dock av personlig art för försäkringstagaren. Därför övergår inte rätten att utse förmånstagare – och därmed inte heller rätten att återkalla eller ändra ett förordnande – till t.ex. försäkringstagarens dödsbo eller konkursbo. För tydlighetens skull har förhållandet markerats genom att försäkringstagaren sägs ha rätt att ”själv” förfoga över försäkringen. En annan sak är att den som genom bodelning eller arv eller efter exekution blivit ny ägare till försäkringen i denna egenskap har rätt att själv utse ny förmånstagare.

Rätten enligt försäkringsavtalet kan även övergå till någon annan genom frivillig överlåtelse från försäkringstagaren och genom tillämpning av ett förmånstagarförordnande. Den som har förvärvat försäkringen på något av dessa sätt har rätt att själv utse ny förmånstagare (jfr 1 kap.

3 § andra stycket). Möjligheten till detta kan dock vara begränsad genom att ett tidigare förordnande gjorts oåterkalleligt (se 2 §). Ett förordnande, som upptar flera förmånstagare med rätt efter varandra, kan också vara utformat så att den i första hand utsedde förmånstagaren inte får rätt att bestämma vem som skall ha de belopp som kan utfalla när hans egen rätt har upphört.

Ett förmånstagarförordnande innebär att försäkringstagaren själv bestämmer vem som i hans ställe skall ha försäkringen eller utfallande belopp. Ett förordnande som går ut på att försäkringstagaren uppdrar åt någon annan att helt efter eget gottfinnande bestämma vem som skall ha försäkringen saknar därför verkan. Försäkringsbeloppet får alltså då fördelas på samma vis som när inget förordnande alls har gjorts.

Andra stycket

I fråga om behörigheten att utse förmånstagare hänvisas här till ärvdabalkens regler om rätt att göra testamente.

Hänvisningen avser till att börja med 9 kap. 1 § ärvdabalken. Såvitt angår underåriga kan alltså den som har fyllt sexton år och som förvärvsarbetar sätta in förmånstagare till en tjänstegrupplivförsäkring som gäller för honom, liksom han kan använda en del av sina inkomster till att teckna en frivillig grupp-försäkring eller en individuell försäkring och själv utse förmånstagare.

Av 9 kap. 1 § jämförd med 13 kap. 2 § ärvdabalken framgår vidare att den som är över arton år har rätt att göra förmånstagarförordnande även om han har förvaltare. Förutsättningen är bara att förordnandet inte upprättas under inflytande av en psykisk störning. Vidare är förordnandet ogiltigt om det har tillkommit under inflytande av tvång, svek eller liknande (13 kap. 3 § ärvdabalken).

Någon hänvisning till 13 kap. 1 § ärvdabalken har inte ansetts erforderlig. Att ett förmånstagarförordnande är ogiltigt i sådana fall som avses i den paragrafen framgår med tillräcklig tydlighet av hänvisningen till 9 kap. 1 § ärvdabalken och 3 § i förevarande kapitel om formen för förmånstagarförordnanden.

Lika litet som i fråga om testamenten är ogiltigheten självverkande i den bemärkelsen att försäkringsbolaget utan vidare skall vägra att följa ett förordnande som upprättats t.ex. av en underårig. Om inte förordnandets giltighet bestrids av någon som annars skulle ha rätt till försäkringsbeloppet, skall förordnandet följas.

Tredje stycket

Enligt 9 kap. 2 § ärvdabalken är ett testamentsförordnande till den som inte är född eller avlad vid testators död som huvudregel utan verkan. Den som har utsett t.ex. sina syskon till testamentstagare kan dock bestämma att egendomen vid syskonens död skall tillfalla syskonens barn, och ett förordnande av detta slag är under vissa förutsättningar giltigt även om något sådant barn ännu inte är fött eller avlat vid testators död. Tanken är att försäkringstagaren inte skall kunna binda utvecklingen för längre tid än han själv någorlunda säkert kan överblicka.

2 § Försäkringstagaren kan, innan försäkringsersättningen skall betalas, ändra eller återkalla ett förmånstagarförordnande. Detta gäller dock inte om han gentemot förmånstagararen har utlovat att förordnandet skall stå fast (oåterkalleligt förmånstagarförordnande).

(Jfr 15 kap. 2 § promemorian och 6 kap. 2 § PFL)

Paragrafen reglerar rätten att ändra och återkalla ett förmånstagarförordnande. Den har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.3. – Paragrafen har viss motsvarighet i 102 § i 1927 års FAL.

En skillnad görs mellan vanliga förmånstagarförordnanden och oåterkalleliga sådana. Försäkringstagaren kan när som helst ändra eller återkalla sitt förordnande, om han inte har lovat förmånstagararen att förordnandet skall stå fast. Återkallelse eller ändring kan dock bara göras före den tidpunkt då försäkringsersättningen förfaller till betalning. Skälet för regeln är att det – bl.a. med tanke på förhållandet till borge-närerna – bör stå klart så snart som möjligt efter ett försäkringsfall vem som är rätt mottagare av beloppet.

Med tidpunkten då ersättningen skall betalas avses vid försäkring med engångsbelopp försäkringsfallet; man bortser alltså från den tid som försäkringsbolaget enligt 16 kap. 1 § kan ha på sig innan ersättningen måste betalas ut. Vid försäkring med periodisk utbetalning avses i stället var och en av de överenskomna förfallodagarna.

Utfästelsen skall göras till förmånstagararen. Det ställs inte upp något formkrav för oåterkallelighetsförklaringen, och inte heller behövs det någon anmälan till försäkringsbolaget för att utfästelsen skall vara bindande för försäkringstagaren. Eftersom den som påstår att ett förordnande till hans förmån har gjorts oåterkalleligt har bevisbördan för att så verkligen är fallet, finns det anledning att tro att förklaringen utan något krav i lagen i de allra flesta fall dokumenteras på tillförlitligt vis. Och som framgår av 13 § måste förmånstagararen ibland anmäla sin rätt till försäkringsbolaget om han vill vara skyddad mot nya förfoganden från försäkringstagarens sida.

Formkrav för ett förmånstagarförordnande

3 § Ett förmånstagarförordnande och en återkallelse eller ändring av ett sådant förordnande skall göras genom ett egenhändigt undertecknat meddelande till försäkringsbolaget.

Ett förmånstagarförordnande kan också göras genom att det tas in i försäkringsvillkoren. Ett sådan förordnande förlorar sin verkan, om ett nytt förordnande görs enligt första stycket.

Det som sägs i första och andra styckena gäller också ett villkor enligt 7 kap. 2 § 5 äktenskapsbalken om att ett försäkringsbelopp eller en försäkring skall vara förmånstagararens enskilda egendom och en återkallelse eller ändring av sådant villkor.

(Jfr 15 kap. 3 § och 6 kap 3 § PFL.)

Paragrafen behandlar formkravet för förmånstagarförordnande samt för återkallelse och ändring av ett sådant förordnande. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.2. – Paragrafen har en motsvarighet i 103 § i 1927 års FAL.

Första stycket

I första stycket anges det sätt att göra förmånstagarförordnande som består i ett egenhändigt undertecknat meddelande till försäkringsbolaget. Detta är en regel av praktisk betydelse, som kan undanröja oklarheter när svårtolkade papper anträffas hos en avliden person. Regeln ter sig också naturlig med tanke på det liknande formkravet vid testamente. I kravet på skriftligt meddelande till försäkringsbolaget ligger att meddelandet skall vara riktat till försäkringsbolaget och att försäkringstagaren skall ha vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att få meddelandet överbringat till bolaget, t.ex. postat det. Giltigheten är inte beroende av att förordnandet på något sätt blivit registrerat hos försäkringsbolaget. Det är inte heller nödvändigt att förordnandet har kommit in till försäkringsbolaget när försäkringsfallet inträffar. Däremot har ett förordnande inte någon verkan om försäkringstagaren bara har upprättat det och sedan låtit det ligga i en skrivbordslåda. Vilka åtgärder försäkringstagaren måste ha vidtagit för att få fram meddelandet till försäkringsbolaget får bedömas med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet. Mot bakgrund av att bestämmelsen inte innehåller någon motsvarighet till 10 kap. 3 § ärvdabalken om nödtestamenten bör skriftliga förordnanden som försäkringstagaren gör under sådana förhållanden som avses i det lagrummet ibland kunna behandlas som meddelanden som är avsedda för försäkringsbolaget (jfr rättsfallet NJA 1982 s. 390).

Däremot kan ett muntligt förordnande inte göras giltigt genom att försäkringsbolaget antecknar det i försäkringsbrevet.

Försäkringstagaren kan inte heller göra ett giltigt förmånstagarförordnande genom ett testamente. Ett testamente kan dock ha viss betydelse för fördelningen av försäkringsbeloppet. Försäkringstagaren kan genom ett förmånstagarförordnande underrätta försäkringsbolaget om att den person som anges i hans testamente skall vara förmånstagare. För att det skall föreligga ett tillräckligt preciserat förordnande torde det dock krävas att det testamente som avses har blivit angivet med t.ex. datum (om inte testamentet bifogas förordnandet). Har försäkringstagaren gjort ett vanligt förmånstagarförordnande, kan han dock inte ändra eller återkalla det genom ett testamente (jfr rättsfallet NJA 1976 s. 24). Däremot är det möjligt att testamentet kan bidra till tolkningen av förmånstagarförordnandet, särskilt om testamentet har tillkommit vid ungefär samma tid som förordnandet. Vidare får naturligtvis ett testamente betydelse för fördelningen av försäkringsbeloppet om det gäller ett förmånstagarförordnande till förmån för dödsboet efter försäkringstagaren.

Andra stycket

I andra stycket ges försäkringsbolaget möjlighet att på eget initiativ ordna ett lämpligt förordnande. En förutsättning är att förordnandet tas in i försäkringsvillkoren. Försäkringstagaren kan emellertid ändra förordnandet genom ett nytt förordnande enligt första stycket.

Tredje stycket

Samma regler som för ett förmånstagarförordnande gäller om villkor att ett försäkringsbelopp eller en försäkring skall vara enskild egendom.

Tolkning av ett förmånstagarförordnande

4 § Vid tolkningen av ett förmånstagarförordnande gäller det som sägs i 5 och 6 §§, om inte annat med hänsyn till omständigheterna får anses framgå av förordnandet.

(Jfr 15 kap. 4 § och 6 kap. 4 § PFL.)

Paragrafens materiella innehåll är att ange att ett förmånstagarförordnande skall tolkas med ledning av de två följande paragraferna i kapitlet, om inget annat får anses framgå. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.4. – Paragrafen har en viss motsvarighet i 105 § första stycket i 1927 års FAL.

I 5 och 6 §§ ges ett antal regler om hur förmånstagarförordnanden skall tolkas i olika fall. Reglerna gäller både för vanliga förordnanden och för oåterkalleliga sådana. I förevarande paragraf anges den gemensamma förutsättningen för att reglerna skall bli aktuella, nämligen att inte annat med hänsyn till omständigheterna får anses framgå av förordnandet.

Tolkningsreglerna i 5 och 6 §§ är alltså bara presumtioner. Men det torde bara sällan finnas utredning som kan bryta presumptionen. Många förordnanden görs bara genom en kryssmarkering på en förtryckt blankett, och om det dessutom har gått lång tid sedan förordnandet gjordes saknas oftast varje hållpunkt för att lägga in någon annan betydelse i förordnandet än som anges i lagens regler.

När det finns utredning som med rimlig grad av säkerhet tyder på att försäkringstagaren har haft en annan avsikt med sitt förordnande, skall presumptionen ge vika. Tolkningsreglerna skall bara fungera som hjälpregler när individuella tolkningsdata saknas. Liksom vid testaments-tolkning är det bara försäkringstagarens avsikter vid förordnandets tillkomst som kan tillmätas betydelse (jfr rättsfallet NJA 1976 s. 24).

5 § Vid försäkring på försäkringstagarens liv eller hälsa gäller ett förmånstagarförordnande bara för försäkringstagarens död.

Om vid försäkring på annans liv försäkringstagaren avlider före försäkringsfallet, övergår försäkringstagarens rätt till försäkringen genast till förmånstagaren. Detsamma gäller när annars försäkringsbeloppets utbetalande enligt villkoren beror av annat än försäkringstagarens död.

Kan ett förmånstagarförordnande inte verkställas såvitt angår en viss förmånstagare, gäller förordnandet till förmån för hans avkomlingar, om de i fråga om arv efter försäkringstagaren eller den försäkrade hade haft rätt att träda i förmånstagarens ställe. Om sådana avkomlingar saknas men det finns andra förmånstagare, tillfaller hela försäkringen dem.

Det som sägs i tredje stycket gäller inte vid en sådan pensionsförsäkring som avses i 58 kap. 2 § första stycket inkomstskattelagen (1999:1229). Kan ett förmånstagarförordnande i ett sådant fall inte verkställas såvitt angår en förmånstagare men det finns andra förmånstagare, tillfaller hela försäkringen dem.

(Jfr 15 kap. 5 § promemorian och 6 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen innehåller presumtionsregler om när ett förmånstagarförordnande skall gälla. Vidare anges vad som skall gälla när försäkringsstagaren avlider i visst fall samt om ett förordnande inte kan verkställas. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.4. – Första stycket motsvarar i sak 107 § och andra stycket 110 § i 1927 års FAL. Tredje stycket ligger i linje med 11 kap. 6 och 7 §§ ärvdabalken, som avser testamente.

Första stycket

Regeln i detta stycke tar i första hand sikte på försäkring för både dödsfall och livsfall, s.k. sammansatt kapitalförsäkring, som skall betalas ut antingen vid försäkringstagarens död eller när han uppnår en bestämd ålder. Den gäller också för andra försäkringar av blandad karaktär, t.ex. en olycksfallsförsäkring som innehåller ett dödsfallsmoment. Presumptionen innebär att försäkringstagaren i dessa fall anses ha avsett att själv uppbära de belopp som kan utbetalas under hans livstid.

Bestämmelsen gäller för såväl återkalleliga som oåterkalleliga förordnanden. Den gäller däremot inte försäkring på annans liv.

Andra stycket

Andra stycket innehåller en motsvarighet till 110 § FAL. Det ger liksom paragrafen i övrigt tolkningsregler som kan frångås när annat framgår av förordnandet.

Tredje stycket

Tredje stycket handlar om vad som skall gälla när ett förmånstagarförordnande inte kan verkställas beträffande en eller flera förmånstagare, t.ex. när förmånstagaren är avliden eller avstår från sin rätt. Från styckets tillämpningsområde har enligt fjärde stycket undantagits sådan pensionsförsäkring som avses i 58 kap. 2 § första stycket inkomstskattelagen. Stycket innehåller – indirekt och tillsammans med 4 § – en bestämmelse om att ett förordnande kan fortsätta att gälla, trots att det inte kan verkställas enligt sin ordalydelse, samt tolkningsregler för sådana fall. Bestämmelserna gäller för försäkring på eget eller annans liv och för både livsfalls- och dödsfallssituationer.

Bestämmelsen i *första meningen* ger en s.k. representationsrätt och motsvarar det som gäller inom testamentsrätten (11 kap. 6 § ärvdabalken). Regeln gäller för både livsfalls- och dödsfallssituationen, men man kan utgå från att presumptionen till förmån för lagens regel är svagare vid livsfallsutbetalning.

Vid försäkring på annans liv kan det gälla ett förmånstagarförordnande för den försäkrades död. I denna situation skall enligt bestämmelsen en avliden förmånstagarers avkomlingar träda i hans ställe, om de haft rätt till det i fråga om arv efter försäkringstagaren eller den försäkrade. Om t.ex. ett par makar båda har egna barn från tidigare äktenskap men inga gemensamma, och mannen efter att ha tecknat en försäkring på hustruns liv sätter in sina egna barn som förmånstagare, får hans barnbarn träda i ett avlidet barns ställe. Utser han i stället hustruns barn till förmåns-

tagare, får hennes barnbarn vara förmånstagare i andra hand. – Regleringen gäller också vid utbetalning för livsfall från en försäkring på annans liv.

Andra meningen motsvarar 11 kap. 7 § ärvdabalken. Om ett förordnande inte kan verkställas beträffande en av flera förmånstagare och regeln i första meningen inte kan tillämpas, får de övriga förmånstagarna dela på hela försäkringsbeloppet. Förutsättningen är dock att försäkringstagaren inte har gjort något andrahandsförordnande för denna situation och att det inte heller får anses framgå att de övriga förmånstagarnas rätt under alla förhållanden skall vara begränsad till de belopp som för deras del har angetts i förordnandet.

Fjärde stycket

Fjärde stycket innehåller en särreglering för sådana pensionsförsäkringar som avses i inkomstskattelagen. Den är betingad av de skatterättsliga bestämmelserna. Om ett förmånstagarförordnande inte kan verkställas beträffande en av flera förmånstagare, får de övriga förmånstagarna dela på hela försäkringsbeloppet. Vid denna typ av försäkring blir det alltså inte aktuellt med någon sådan representationsrätt för förmånstagarens avkomlingar som gäller vid annan försäkring. Även vid sådan försäkring är förutsättningen dock att försäkringstagaren inte har gjort något andrahandsförordnande för denna situation och att det inte heller får anses framgå att de övriga förmånstagarnas rätt under alla förhållanden skall vara begränsad till de belopp som för deras del angetts i förordnandet.

6 § Har försäkringstagaren till en försäkring som gäller på hans liv eller hälsa utan att namnge förmånstagaren använt någon av nedan angivna beteckningar, anses detta innebära följande:

make: den som är gift med försäkringstagaren när förordnandet tillämpas; om det pågår mål om äktenskapsskillnad mellan makarna, gäller inte förordnandet,

registrerad partner: den som är registrerad partner med försäkringstagaren när förordnandet tillämpas; om det pågår mål om upplösning av partnerskapet, gäller inte förordnandet,

sambo: den som är sambo med försäkringstagaren när förordnandet tillämpas,

barn: försäkringstagarens bröstarvingar, med fördelning av försäkringen efter vad som gäller i fråga om arvsrätt efter försäkringstagaren,

make och barn: försäkringstagarens make är förmånstagare till halva försäkringen och hans bröstarvingar till återstoden; om försäkringstagaren efterlämnar bara make eller bara bröstarvingar, tillfaller hela försäkringen maken eller bröstarvingarna,

arvingar: de som har arvsrätt efter försäkringstagaren, med fördelning av försäkringen efter vad som gäller för arvsrätten.

(Jfr 15 kap. 6 § promemorian och 6 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen anger den innebörd en rad beteckningar, som ofta används i förmånstagarförordnanden, skall anses ha, om inte annat får anses framgå av förordnandet (jfr 4 §). – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.4. – Paragrafen har en motsvarighet i 105 § i 1927 års FAL.

Paragrafen gäller bara vid försäkring på försäkringstagarens eget liv eller egen hälsa. Som en ytterligare förutsättning gäller att försäkringstagaren skall ha använt någon av de beteckningar som anges i paragrafen utan att

namnge förmånstagaren. Inget hindrar dock att man i enskilda fall utanför det egentliga tillämpningsområdet hämtar ledning från lagens regler. Sådan tillämpning kan tvärtom ibland ligga nära till hands, t.ex. om försäkringstagaren vid försäkring på främmande liv har utsett ”den försäkrades arvingar” till förmånstagare. Det är inte avsett att några motsatsslut skall dras för de situationer som faller utanför paragrafens tillämpningsområde.

Ett förordnande till make gäller till förmån för den som är gift med försäkringstagaren när förordnandet skall tillämpas. Vid försäkrings-tagarens dödsfall avses den som han var gift med vid dödsfallet, även om detta upplöser äktenskapet (1 kap. 5 § äktenskapsbalken).

Med sambo avses sambo i den allmänt tillämpliga betydelsen (se 1 § första stycket i 2003 års sambolag).

Jämkning av förmånstagarförordnande

7 § Om tillämpningen av ett förmånstagarförordnande som gäller för försäkringstagarens död skulle leda till ett resultat som är oskäligt mot en make eller bröstarvinge efter försäkringstagaren, kan förordnandet jämkas så att försäkringen helt eller delvis tillfaller maken eller bröstarvingen. Vid prövningen skall särskilt beaktas skälen för förordnandet samt förmånstagarens och makens eller bröstarvingens ekonomiska förhållanden.

Har dödsfallet inträffat sedan det har dömts till äktenskapsskillnad mellan försäkrings-tagaren och hans make, eller sedan talan om äktenskapsskillnad har väckts men innan bodelning har förrättats, gäller i stället för det som sägs i första stycket att, om maken inte vid bodelningen kan få ut sin andel därför att försäkringen tillfaller någon annan som förmånstagare, denne är skyldig att avstå vad som fattas.

Den som vill begära jämkning enligt första eller andra stycket skall väcka talan mot förmånstagaren inom ett år från det att bouppteckning efter försäkringstagaren avslutades eller dödsboanmälan gjordes. Väcks inte talan inom denna tid, är rätten till jämkning förlorad.

(Jfr 15 kap. 7 § och 6 kap. 7 § PFL.)

Paragrafen handlar om att en förmånstagarförordnande kan jämkas i vissa fall. Där anges förutsättningarna för att jämkning skall kunna ske och den frist inom vilken talan om jämkning måste väckas. – Saken behandlas i avsnitt 9.5.5. – Paragrafen motsvarar 104 § andra till fjärde styckena i 1927 års FAL. För en kommentar hänvisas till de motiven, prop. 1986/87:86.

Förmånstagarens förfoganderätt

8 § Innan förmånstagarens rätt har inträtt får han inte genom överlåtelse, pantsättning eller på annat sätt förfoga över den rätt som förordnandet medför.

(Jfr 15 kap. 14 § promemorian och 6 kap. 14 § PFL)

Bestämmelsen handlar om förutsättningen för att en förmånstagare skall kunna förfoga över den rätt som förmånstagarförordnandet medför. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.2. – Paragrafen motsvarar i sak 109 § i 1927 års FAL (se NJA II 1927 s. 518).

Bestämmelsen gäller både vid återkalleliga och oåterkalleliga förordnanden.

Att förmånstagarens rätt inträder är oftast detsamma som att försäkringsfallet inträffar. Vid försäkring som är tecknad på annas liv kan hans rätt också inträda genom att försäkringstagaren avlider (jfr 14 kap. 5 § andra stycket). Vid försäkring som skall betalas ut i rater inträder en i andra hand utsedd förmånstagares rätt först när den förste förmånstagarens rätt upphör.

En konsekvens av att förmånstagaren inte i förväg kan t.ex. överlåta den rätt som förordnandet medför är att denna rätt inte heller kan utmätas eller tas i anspråk i konkurs. Inte heller kan den bli föremål för familjerättsliga anspråk, exempelvis i samband med bodelning.

Om förmånstagaren i strid mot det uppställda förbudet förfogar över sin rätt, torde i analogi med vad som gäller om arvsavtal förordnandet anses som ogiltigt, om det angrips av någon som hade ett berättigat intresse av dess undanröjande (jfr 17 kap. 1 § ärvdabalken). Sedan förmånstagarens rätt inträtt, kan han godkänna avtalet med verkan att det anses som giltigt från den tidpunkt då det ingicks.

Försäkringstagarens rätt att förfoga över försäkringen på annat sätt än genom förmånstagarförordnande

9 § Försäkringstagaren har rätt att förfoga över försäkringen genom överlåtelse, pantsättning eller på annat sätt. Försäkringsbolaget får dock i försäkringsvillkoren föreskriva att ett förfogande som inte avser hela försäkringen, eller en kvotdel av den, är utan verkan mot bolaget.

Om ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande gäller för försäkringen, skall försäkringstagaren anses ha utfäst sig att inte utan förmånstagarens samtycke förfoga över försäkringen på ett sätt som inskränker dennes rätt.

(Jfr 15 kap. 9 § och 6 kap. 9 § PFL.)

Bestämmelsen reglerar försäkringstagarens rätt att förfoga över försäkringen. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.7. – 1927 års FAL innehåller ingen uttrycklig motsvarighet till paragrafen (jfr dock 3 § andra stycket).

Första stycket

Stycket handlar om försäkringstagarens rätt att förfoga över försäkringen på annat sätt än genom förmånstagarförordnande. Att rätten till en försäkring, liksom de flesta andra rättigheter, kan t.ex. överlåtas är i och för sig självklart, och en allmän bestämmelse om detta i lagen behövs bara som ett skydd mot att försäkringsbolaget i försäkringsavtalet tar in föreskrifter som begränsar försäkringstagarens rättigheter i dessa avseenden. Försäkringsbolaget får dock i villkoren föreskriva att ett förfogande som inte avser hela försäkringen eller en kvotdel av den är utan verkan mot bolaget.

I detta stycke behandlas en annan typ av inskränkning, nämligen den som följer av att försäkringstagaren har gjort ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande. I denna situation skall försäkringstagaren anses ha lovat förmånstagaren att inte förfoga över försäkringen på ett sätt som inskränker förmånstagarens rätt.

Detta betyder emellertid inte att ett sådant förfogande under alla omständigheter är ogiltigt. Om försäkringstagaren i samband med att han gör förordnandet oåterkalleligt förbehåller sig rätt att t.ex. pantsätta försäkringen (jfr rättsfallen NJA 1939 s. 85 och 89), blir pantsättningen giltig, även om panthavaren känner till att förordnandet har gjorts oåterkalleligt. Vidare kan förmånstagaren senare gå med på att försäkringstagaren förfogar över försäkringen, och samtycket kan lämnas formlost.

Vilka förfogandemöjligheter som skall anses uteslutna genom ett oåterkalleligt förordnande får avgöras efter en bedömning av de rättsverkningar som ett tänkt förfogande skulle få i det enskilda fallet. Under förutsättning att försäkringstagaren underrättar förvärvaren om det oåterkalleliga förordnandet, torde överlåtelse normalt inte möta något hinder. Förordnandet gäller också efter överlåtelsen. En annan sak är att det bara undantagsvis, t.ex. om förordnandet är tidsbegränsat och tiden håller på att löpa ut, finns något att vinna på att överlåta respektive förvärva en försäkring med ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande.

Pantsättning och belåning av försäkringen hos försäkringsbolaget torde däremot som regel inte kunna ske utan förmånstagarens samtycke. Man kan dock även här tänka sig förfoganden som är till nytta för försäkringstagaren utan att inskränka förmånstagarens rätt och som därför är tillåtna. Detta kan gälla t.ex. i det inte helt ovanliga fallet att vid s.k. sammansatt kapitalförsäkring det oåterkalleliga förordnandet gäller bara rätten till dödsfallsbelopp. Det är då inget som hindrar att försäkringstagaren pantsätter rätten till livsfallsbeloppet; i vad mån någon är beredd att godta en sådan pant beror på hur lång tid som återstår till livsfallsutbetalningen.

Om försäkringstagaren i strid med bestämmelsen skulle förfoga över försäkringen, är förmånstagaren berättigad till skadestånd av försäkringstagaren eller hans dödsbo i enlighet med allmänna principer.

10 § Överlåts försäkringen, förfaller ett tidigare förmånstagarförordnande som inte är oåterkalleligt, om inte något annat har avtalats eller får anses förutsatt vid överlåtelsen. Om försäkringstagaren på något annat sätt förfogar över försäkringen, påverkar det inte ett tidigare förmånstagarförordnande.

(Jfr 15 kap. 10 § promemorian och 6 kap. 10 § PFL.)

Paragrafen behandlar konsekvenserna för ett återkalleligt förmånstagarförordnande av att försäkringen överlåts. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.7 – Första meningen motsvarar 111 § i 1927 års FAL.

Ett oåterkalleligt förordnande står sig som princip vid en överlåtelse (se 12 och 13 §§). För sådana förordnanden som kan återkallas uppställer

första meningen en presumption. Förordnandet förfaller, om inte annat har avtalats eller får anses förutsatt vid överlåtelsen.

Man kan räkna med att presumptionen kan vara oriktig i flera praktiska situationer. Särskilt kan detta vara fallet vid överlåtelser inom en familj. Om t.ex. en man har tecknat en försäkring på sitt eget liv och satt in sin hustru och de gemensamma barnen som förmånstagare och han sedan överlåter försäkringen till hustrun, kan det ligga nära till hands att förordnandet till förmån för barnen skall fortsätta att gälla. En liknande situation föreligger om en arbetsgivare har tecknat en pensionsförsäkring på en anställds liv, med den anställde som förmånstagare till ålderspensionen och hans anhöriga som förmånstagare till efterlevandepensionen, och försäkringen sedan överlåts till den anställde.

Lagen ställer inte upp något formkrav för överlåtelse av försäkring. Redan ett formlost överlåtelseavtal innebär att ett tidigare förmånstagarförordnande förfaller (om detta alltså är parternas avsikt).

Inte heller när förordnandet skall fortsätta att gälla, fordras det någon underrättelse till försäkringsbolaget. Men självfallet är det ändå ofta viktigt att parterna underrättar försäkringsbolaget om överlåtelsen och då också ger besked om huruvida ett tidigare förmånstagarförordnande skall fortsätta att gälla eller inte. De frågor som uppstår om försäkringsbolaget inte får tillräckliga upplysningar, och därför betalar ut försäkringsbeloppet till fel person, behandlas i 16 kap. 2 §.

I *andra meningen* finns ett förtydligande tillägg av innebörd att t.ex. en pantsättning av försäkringen inte inverkar på ett gällande förmånstagarförordnande.

Panthavarens rätt

11 § Pantsättning av försäkringen medför rätt för panthavaren att få utfallande försäkringsersättning tillsammans med den återbäring som försäkringsbolaget är skyldigt att utge på grund av försäkringsavtalet. Vid försäkring för dödsfalls skall gälla detta även om pantfordringen inte är förfallen till betalning. Om försäkringen är förenad med återköpsrätt, får panthavaren också kräva återköp av försäkringen. Återköp får dock ske bara om panthavaren har underrättat försäkringstagaren och denne inte inom två månader har återlöst panten genom att betala det belopp som panthavaren kan få ut från försäkringsbolaget.

Ett förbehåll om rätt att göra panträtten gällande på annat sätt än som sägs i första stycket är ogiltigt mot försäkringstagaren.

(Jfr 15 kap.11 § promemorian och 6 kap. 11 § PFL.)

Paragrafen reglerar panthavares möjligheter att göra sig betald ur en pantsatt försäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.7. – I huvudsak samma frågor behandlas i 112 § i 1927 års FAL.

Första stycket

I stycket anges olika sätt på vilka panthavaren kan få betalt ur försäkringen. För att han över huvud taget skall få vidta åtgärder för att realisera panten, t.ex. genom att påkalla återköp av försäkringen, måste allmänna förutsättningar för pantrealisation vara uppfyllda.

Den första möjlighet som nämns är att panthavaren uppbär försäkringsbeloppet när det faller ut. Panthavaren har rätt till försäkringsbeloppet

(eller den del av beloppet som behövs för att täcka hans fordran), även om pantfordran ännu inte har förfallit till betalning. I enlighet med allmänna panträttsliga principer omfattar panträtten normalt också sådan återbäring som betalas ut tillsammans med försäkringsbeloppet.

Den andra möjlighet som nämns är att panthavaren kan påkalla återköp av försäkringen. För att han skall få utnyttja denna möjlighet krävs det dock att försäkringen är förenad med återköpsrätt. Denna form av pantrealisation kommer alltså i fråga främst för kapitalförsäkringar med sparmoment. Panthavaren måste före återköpet ge försäkringstagaren en möjlighet att lösa tillbaka panten genom att betala det belopp som panthavaren skulle kunna få ut från försäkringsbolaget. Skälet för denna regel är att ett återköp ofta medför en särskild typ av värdeförstöring för försäkringstagaren. Om försäkringen har gällt under bara ett begränsat antal år, är det återköpsvärde panthavaren kan få ut betydligt lägre än de kostnader som försäkringstagaren har lagt ned på försäkringen och som genom återköpet går förlorade. Ett återköp kan också vara allvarligt för försäkringstagaren på det viset att hans hälsa kan ha försämrats så att han inte längre kan få teckna en ny försäkring.

Andra stycket

Reglerna i första stycket är tvingande till försäkringstagarens fördel, vilket klargörs i andra stycket. Den viktigaste effekten av förbudet mot andra former för pantrealisationen är att panthavaren inte kan förbehålla sig rätt att sälja försäkringen, t.ex. på offentlig auktion.

Förfogandets verkan mot försäkringstagarens borgenärer

12 § Om det av ett försäkringsbrev framgår att bara den som innehar detta har rätt att få ut försäkringsersättning eller annars förfoga över försäkringen, gäller följande.

Ett förfogande över försäkringen genom överlåtelse, pantsättning, belåning hos försäkringsbolaget eller oåterkalleligt förmånstagarförordnande blir gällande mot försäkringstagarens borgenärer när den till vars förmån förfogandet sker får försäkringsbrevet i sin besittning.

Förfogar försäkringstagaren på sådant sätt över försäkringen till förmån för flera, gäller ett tidigare förfogande framför ett senare. Ett senare förfogande gäller dock framför ett tidigare, om den till vars förmån det senare förfogandet sker i god tro får försäkringsbrevet i sin besittning.

(Jfr 15 kap. 12 § promemorian och 6 kap. 12 § PFL.)

Paragrafen behandlar det fallet då ett försäkringsbrev har värdepapperskaraktär och sakrättsligt skydd uppkommer genom tradition av brevet. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.8 – Paragrafen motsvarar 113 § i 1927 års FAL.

Paragrafen ger besked om när olika förfoganden får verkan mot försäkringstagarens borgenärer och om företrädesrätten vid dubbelöverlåtelser m.m. Bestämmelserna bygger på principerna i skuldebrevslagen. Avgörande är om den till vars förmån förfogandet sker får försäkringsbrevet i sin besittning. Utöver överlåtelse och pantsättning nämner paragrafen särskilt belåning av försäkringen och oåterkalleligt förmånstagarförord-

nande. Den bör kunna tillämpas analogt också på andra förfoganden av mindre praktisk betydelse. Att märka är dock att den som är förmåns-tagare enligt ett förordnande som kan återkallas inte har något sådant skydd som bestämmelsen anger även om han får försäkringsbrevet i sin besittning.

Ett tidigare förfogande ger företräde framför ett senare. Har den till vars förmån ett förfogande skett väl fått försäkringsbrevet i sin besittning och är han i god tro, gäller dock alltid detta förfogande.

13 § Utfärdas inte ett sådant försäkringsbrev som anges i 12 §, blir ett förfogande över försäkringen genom överlåtelse, pantsättning eller oåterkalleligt förmånstagarförordnande gällande mot försäkringstagarens borgenärer när ett meddelande om förfogandet kommer in till försäkringsbolaget. Förfogar försäkringstagaren på sådant sätt över försäkringen till förmån för flera, gäller ett tidigare förfogande framför ett senare. Ett senare förfogande gäller dock framför ett tidigare, om ett meddelande om det senare förfogandet kommer in till försäkringsbolaget först och den till vars förmån förfogandet skett då är i god tro.

Belåning av försäkringen hos försäkringsbolaget ger bolaget bättre rätt till försäkringen än försäkringstagarens övriga borgenärer när lånebeloppet betalas ut. Har försäkrings-tagaren tidigare förfogat över försäkringen på annat sätt, gäller belåningen dock framför det förfogandet bara om försäkringsbolaget är i god tro vid utbetalningen.

(Jfr 15 kap. 13 § promemorian och 6 kap. 13 § PFL.)

Paragrafen behandlar frågan när sakrättsligt skydd uppkommer i ett fall när det inte har utfärdats ett försäkringsbrev med värdepapperskaraktär. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.8. – Paragrafen har ingen uttrycklig motsvarighet i 1927 års FAL.

Paragrafen blir tillämplig t.ex. på livränteförsäkringsbrev och på försäkringsbrev för sjuk- eller olycksfallsförsäkring. I sådana fall är det enligt vanliga principer underrättelse till gäldenären (dvs. försäkringsbolaget) som blir avgörande för när skyddet mot försäkringstagarens borgenärer skall inträda vid överlåtelse m.m. Ett tidigare förfogande gäller i enlighet med allmänna principer före ett senare, såvida inte ett meddelande om det senare förfogandet kommer till försäkringsbolaget först och den till vars förmån förfogandet sker då är i god tro. Det finns en speciell regel om belåning av sådana försäkringar som paragrafen handlar om. Belåning av försäkringen ger bolaget bättre rätt till denna än försäkrings-tagarens övriga borgenärer när lånebeloppet betalas ut. Har försäkrings-tagaren tidigare förfogat över försäkringen på annat sätt, gäller belåningen dock framför förfogandet bara om bolaget är i god tro när beloppet betalas ut. Någon formlig denuntiation är inte avgörande.

Förfoganden som är utan verkan

14 § Ett förfogande över försäkringen är utan verkan i den mån förfogandet är förbjudet enligt ett försäkringsvillkor som enligt inkomstskattelagen (1999:1229) skall tas in i försäkringsavtalet. Ett förbud mot överlåtelse hindrar dock inte utmätning eller överlåtelse vid ackord eller i konkurs i vidare utsträckning än detta följer av vad som annars föreskrivs i lag eller annan författning.

(Jfr 15 kap. 16 § promemorian och 6 kap. 16 § PFL.)

Paragrafen behandlar det fallet att försäkringstagaren förfogar över försäkringen på ett sätt som är förbjudet av skatteskäl. Ett sådant förfogande är utan verkan. – Övervägandena till paragrafen finns i avsnitt 9.5.7. – Bestämmelsen motsvarar 3 § andra stycket i 1927 års FAL.

Enligt 58 kap. 16 § inkomstskattelagen skall ett avtal om pensionsförsäkring – begreppet pensionsförsäkring i skattemässig mening definieras i 58 kap. 2 § – innehålla villkor att försäkringen inte får pantsättas eller belånas, ändras på ett sådant sätt att den inte längre uppfyller villkoren för pensionsförsäkring eller överlåtas eller återköpas annat än i vissa fall. Avtalet skall också innehålla de villkor i övrigt som avgör om försäkringen är en pensionsförsäkring.

För de skatterättsliga övervägandena hänvisas till prop. 1975/76:31 s. 123 f. (jfr prop. 1999/2000:2 s. 739).

Förlust av rätten till försäkring

15 § Om någon genom brott som avses i 15 kap. ärvdabalken har dödat försäkringstagaren, den försäkrade eller en förmånstagare, gäller det som där sägs om förlust av rätt att ta arv eller testamente beträffande rätten till försäkringen eller försäkringsersättningen.

(Jfr 15 kap. 15 § promemorian och 6 kap. 15 § PFL.)

Paragrafen handlar om att en person som annars skulle ha haft rätt till försäkringen eller försäkringsersättningen kan gå miste om denna rätt i vissa fall. – Övervägandena finns i avsnitt 9.5.9. – Paragrafen motsvarar i sak reglerna om förverkande av rätt till försäkringsersättning i 100 a § i 1927 års FAL (se prop. 1990/91:194) med den avvikelsen att den utvidgats till att gälla all personförsäkring. Avsikten är att anknyta till ärvdabalkens regler om motsvarande fall, och rörande paragrafens innebörd kan hänvisas till motiven till 15 kap. i balken.

15 kap. Förhållandet till borgenärerna

I kapitlet behandlas frågor som gäller möjligheterna för försäkringstagarens och vissa andras borgenärer att ta försäkringen eller utfallande försäkringsbelopp i anspråk liksom möjligheterna för försäkringstagaren att förhindra att detta sker. Kapitlet har ingen motsvarighet vid skadeförsäkring.

Kapitlet innehåller nio paragrafer. I 1 § uttrycks vissa grundläggande förutsättningar beträffande möjligheten till utmätning i försäkring och utfallande ersättning. Enligt 2 § är livförsäkring skyddad för utmätning i vissa fall före försäkringsfallet, och 3 § ger bestämmelser om ett sådant skydd efter flyttning av försäkringens värde till en ny försäkring. I 4 § behandlas skyddet för en livförsäkring efter försäkringsfall. I 5 § anges vad som gäller för sambor m.m. Följande paragraf, 6 §, innehåller en tidsfrist för utmätning. I 7 § likställs anställda m.fl., till vars förmån arbetsgivaren har tecknat försäkring, med en försäkringstagare när det gäller utmätningsskyddet. I 8 § finns regler om återkrav av premier vid

försäkringstagarens. Slutligen behandlas skyddet för sjuk- och olycksfallsförsäkring i 9 §.

1 § I den mån ett förmånstagarförordnande verkställs eller 14 kap. 7 § tillämpas, ingår försäkringen i den delen inte i försäkringstagarens förmögenhet eller kvarlåtenskap. Vid förordnande för livsfall gäller detta bara utbetalda belopp.

Det som sägs i första stycket hindrar inte att en försäkring och ersättning som utfaller från den tas i anspråk för försäkringstagarens eller någon annan berättigads skulder i enlighet med detta kapitel och lagstiftningen i övrigt. Ersättning som tillfaller en förmånstagare får dock tas i anspråk för försäkringstagarens skulder, bara om fordringen har uppkommit före försäkringsfallet och inte kan betalas ur försäkringstagarens förmögenhet eller kvarlåtenskap.

Om verkan av oåterkalleliga förmånstagarförordnanden finns bestämmelser i 14 kap. 9, 10, 12 och 13 §§.

(Jfr 16 kap. 1 § promemorian och 7 kap. 1 § PFL; även 15 kap. 1 § och 6 kap. 1 §.)

Paragrafen anger den rättsliga ramen för när utmätning av försäkring och försäkringsersättning får ske liksom en begränsning av möjligheten att utmäta ersättning som tillfaller en förmånstagare. Paragrafen har, som framgår av inledningen till kapitlet, ingen motsvarighet vid skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Paragrafen har ingen uttrycklig motsvarighet i 1927 års FAL.

Första stycket

Verkställigheten av ett förmånstagarförordnande innebär att försäkringen faller utanför försäkringstagarens förmögenhet och kvarlåtenskap. Utgångspunkten är alltså att försäkringen blir oåtkomlig för försäkringstagarens borgenärer i den mån ett förmånstagarförordnande tillämpas. Detta gäller oavsett om det är fråga om försäkring på försäkringstagarens eller någon annans liv och oavsett om en i första hand insatt förmånstagare får förfoganderätt till försäkringen eller inte. Detsamma gäller när en make eller bröstarvinge får del av försäkringen med stöd av 14 kap. 7 § (jfr rättsfallet NJA 1978 s. 329). Utbetalade belopp ingår inte heller i försäkringstagarens förmögenhet eller kvarlåtenskap. – Ett klargörande görs beträffande förmånstagarförordnanden för livsfall.

Andra stycket

Bestämmelsen i *första meningen* uttrycker huvudregeln om utmätning av försäkringar och försäkringsersättning, nämligen att försäkringen och ersättningen från den får tas i anspråk av borgenärerna för försäkringstagarens skulder. Enligt bestämmelsen kan försäkringen och försäkringsersättningen också utmätas för annan berättigads skulder, t.ex. en förmånstagares skulder. Att märka är dock att förmånstagaren enligt 14 kap. 8 § inte kan förfoga över sin rätt innan denna inträtt, dvs. i allmänhet inte före försäkringsfallet, och då kan inte heller rätten tas i anspråk för hans borgenärer.

Återstoden av kapitlet innehåller undantag från huvudregeln. Hänvisningen till lagstiftningen i övrigt syftar till att klargöra att kapitlet skall läsas tillsammans med i första hand utsökningsbalken, bl.a. bestämmelserna om utmätning av livräntor i 5 kap. 8 § och 7 kap. samt även förbudet mot utmätning i egendom som enligt föreskrift t.ex. i gåva eller testamente inte kan överlåtas (5 kap. 5 § första stycket). Ett överlåtelseförbud i försäkringsvillkoren, något som kan förekomma bl.a. vid grupppersonförsäkring och kollektivavtalsgrundad personförsäkring, hindrar däremot inte utmätning. Även andra delar av denna lag skall beaktas i fråga om utmätningsskyddet, särskilt bestämmelserna om förfogande över försäkringen i 14 kap.

I *andra meningen* ges ett särskilt skydd för utfallande ersättning som tillkommer en förmånstagare. Dels kan borgenären göra anspråk på ersättningen bara om hans fordran uppkommit före försäkringsfallet, en tämligen självklar regel eftersom han i ett senare skede inte har kunnat räkna med försäkringen som en möjlighet att få betalt. Dels kan han ta ersättningen i anspråk bara i sista hand när försäkringstagarens övriga egendom eller kvarlåtenskap inte räcker.

Av 3 kap. 3 § konkurslagen (1987:672) följer att i den mån en försäkring inte kan utmätas den inte heller ingår i gäldenärens konkursbo.

Tredje stycket

Förekomsten av ett enkelt förmånstagarförordnande inverkar inte på möjligheten att utmäta en försäkring före försäkringsfallet. När det gäller oåterkalleliga förordnanden får man emellertid beakta det skydd mot försäkringstagarens borgenärer som kan finnas enligt 14 kap. Har förmånstagaren skaffat sig ett sådant skydd, måste utmätning för försäkringstagarens skulder ske med förbehåll för förmånstagarens rätt; förordnandet fortsätter att gälla också mot ny ägare av försäkringen. På motsvarande sätt innebär ett oåterkalleligt förordnande enligt 14 kap. att de försäkringsbelopp som förordnandet omfattar alltid tillfaller förmånstagaren, oavsett om förutsättningarna för utmätningsskydd enligt 15 kap. är uppfyllda. Den enda möjligheten för försäkringstagarens borgenärer att kunna ta beloppet i anspråk är att utnyttja återvinningsreglerna i konkurslagen.

Skyddet för en livförsäkring före försäkringsfall

2 § Innan något försäkringsfall har inträffat får en livförsäkring som gäller på försäkringstagarens eller försäkringstagarens makes liv utmätas bara i den mån det under något av de senaste tio åren har betalats premie för försäkringen med belopp som överstiger

1. för tidsbegränsad försäkring som endast avser dödsfall: fem gånger den premie som beräknas belöpa på det året,

2. för livförsäkring där försäkringsbolagets betalningsskyldighet efter försäkringsfall inte längre är beroende av att en viss person lever, om den inte omfattas av 1: dubbla genomsnittet av de premier som betalats under perioden eller den kortare tid under vilken försäkringen gällt,

3. för försäkring med periodisk utbetalning där försäkringsbolagets betalningsskyldighet är beroende av att en eller flera personer lever, om den inte omfattas av 1: femton procent av den premie som skulle ha betalats om försäkringen hade tecknats mot engångspremie vid början av det året.

I fråga om fondförsäkring skall alltid gälla det som sägs i första stycket 2.

Om prisbasbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring ändrats efter premiebetalningen, ändras det belopp som får utmätas i proportion till ändringen av prisbasbeloppet.

(Jfr 16 kap. 2 § promemorian och 7 kap. 2 § PFL).

Paragrafens behandlar utmätningsskyddet *före* försäkringsfallet, då det i praktiken inte kan bli tal om utmätning för någon annans skulder än försäkringstagarens. Om försäkringstagaren avlider utan att det utgör försäkringsfall och försäkringen tillfaller en förmånstagare, kommer denne att behandlas som en försäkringstagare enligt paragrafen (se 1 kap. 3 § andra stycket). Reglerna är dock utformade så att utmätning inte kan ske för någons skulder när förutsättningarna för skydd är uppfyllda. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Paragrafen har viss motsvarighet i 116 § första stycket i 1927 års FAL (se också 118 § tredje stycket).

Första stycket

Här anges förutsättningarna för att en livförsäkring skall skyddas mot utmätning före försäkringsfallet. Till en början skall försäkringen gälla på försäkringstagarens eller dennes makes (eller partners) liv. Vem som från början tecknat den saknar betydelse. Om ett förmånstagarförordnande gäller eller ej, spelar ingen roll för utmätbarheten enligt paragrafen. Ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande kan emellertid innebära ett särskilt skydd för förmånstagaren och kan medföra att försäkringen helt saknar värde för försäkringstagarens borgenärer.

Vidare krävs för utmätningsskyddet en viss jämn fördelning av premiebetalningarna. En alltför stor betalning leder dock inte till att hela försäkringsskyddet går förlorat. Det är bara det överskjutande beloppet som kan tas i anspråk. En premiebetalning som ligger mer än tio år tillbaka i tiden kan inte medföra att någon del av försäkringen blir utmätningsskyddad.

Gränsen för den premiebetalning som är förenlig med utmätningsskyddet växlar av tekniska skäl för olika typer av försäkring. *Punkt 1* gäller tidsbegränsad försäkring bara för dödsfall. Bestämmelsen avser både tidsbegränsad kapitalförsäkring och tidsbegränsad livränteförsäkring. Här har gränsen satts till fem gånger den s.k. naturliga premien, dvs. den premie som skulle ha tagits ut om försäkringen hade gällt bara för året för den för stora premiebetalningen. (Rörande skälen för denna gränsdragning, se SOU 1986:56 s. 650 f.)

Punkt 2 anger gränsen för sådan kapitalförsäkring som inte faller under punkt 1, dvs. i första hand livsvarig försäkring och s.k. sammansatt kapitalförsäkring. Av betydelse blir om den faktiskt erlagda premien i något fall markant överstiger genomsnittet under en tioårsperiod. Har inte försäkringen gällt så länge, får man beräkna genomsnittet av de premiebetalningar som gjorts medan försäkringen gällt.

Punkt 3 avser livränteförsäkringar, dvs. försäkringar med periodisk utbetalning som beror av att någon lever. En förutsättning är att de inte omfattas av punkt 1 genom att de gäller också (eller enbart) för livsfall eller visserligen gäller enbart för dödsfall men inte är tidsbegränsade. Hit hör bl.a. flertalet försäkringsformer inom pensionsförsäkrings-

området. I detta fall anknyter gränsdragningen till den premie som skulle ha betalats om försäkringen nytecknats mot engångspremie vid början av det aktuella året. (Jfr närmare om beräkningen SOU 1986:56 s. 651 f.)

Andra stycket

Bestämmelsen gäller för fondförsäkringar. Liksom enligt punkt 2 blir det av betydelse om den faktiskt erlagda premien i något fall markant överstiger genomsnittet under en tioårsperiod eller under den kortare tid när försäkringen har gällt.

Tredje stycket

När man skall fastställa vilket belopp som skall få utmätas på grund av en alltför stor premiebetalning, får man räkna med att de inbetalda beloppen under tiden efter betalningen kan ha undergått en värdestegring hos försäkringsbolaget. I detta läge får borgenärerna ta i anspråk lika många prisbasbelopp eller delar av sådana som försäkringstagaren har betalat för mycket. Om exempelvis en betalning översteg den ”tillåtna” premien med två prisbasbelopp, kan borgenären senare ta dubbla det då gällande prisbasbeloppet i anspråk för utmätning. Om de inbetalda beloppen däremot har undergått en värdeminskning, skall utgången bli den motsatta.

3 § Om värdet av en försäkring, som enligt 2 § inte får utmätas, förs över till en annan försäkring på motsvarande sätt som sägs i 58 kap. 18 § tredje stycket inkomstskattelagen (1999:1229), anses den nya försäkringen som samma försäkring vid tillämpningen av 2 §.

(Paragrafen saknar motsvarighet i promemorian och PFL.)

Paragrafen tar sikte på det fallet då värdet av en försäkring som är utmätningsskyddad flyttas över till en ny försäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.2.8. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Innebörden av bestämmelsen är att också den nya försäkringen blir utmätningsskyddad när värdet av en utmätningsskyddad försäkring flyttas över till en ny försäkring hos samma försäkringsbolag eller hos ett annat bolag. En förutsättning är att den nya försäkringen gäller med samma person som försäkrad.

Skyddet för en livförsäkring efter försäkringsfall

4 § Sedan ett försäkringsfall har inträffat får en livförsäkring och ersättning som utfaller från den inte utmätas för försäkringstagarens eller annan berättigads skulder i den mån ersättningen tillfaller någon som själv behöver den för sin försörjning eller för en underhållsskyldighet. Detta förbud gäller dock bara om den försäkrade har försörjt eller varit skyldig att försörja den berättigade. När ersättningen betalas i form av livränta, gäller förbudet bara rätten till livräntan.

Från vad som efter den försäkrades död på grund av förmånstagarförordnande tillfaller den försäkrades make eller den försäkrades eller makens barn som vid dödsfallet inte fyllt 25 år skall för varje berättigad alltid undantas från utmätning ett sammanlagt försäkringsbelopp som motsvarar sex gånger det prisbasbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring som gäller för dödsåret.

Trots det som sägs i första och andra styckena får ett ersättningsbelopp som inte hålls avskilt efter utbetalningen utmätas för den berättigades skulder. När två år har gått från det att beloppet skulle betalas, får också det som hålls avskilt utmätas till den del beloppet inte behövs för den berättigades försörjning eller för att fullgöra underhållsskyldighet som åvilar honom.

(Jfr 16 kap. 3 § promemorian och 7 kap. 3 § PFL.)

Paragrafen behandlar möjligheterna till utmätning av försäkringen och utfallande belopp *efter* försäkringsfallet. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Första och andra styckena har viss motsvarighet i 104 § första stycket i 1927 års FAL men har delvis annat tillämpningsområde och innehåll. Tredje stycket motsvarar 5 kap. 7 § andra stycket utsökningsbalken med vissa avvikelser.

Första stycket

Den första förutsättningen för utmätningsfrihet är enligt *första meningen* att försäkringen eller utfallande ersättning tillfaller någon som själv behöver den för sin försörjning eller för att fullgöra underhållsskyldighet som åvilar honom. En liknande formulering förekommer i 5 kap. 8 § utsökningsbalken och skall i vart fall när det gäller periodiskt utfallande belopp tillämpas på samma vis som den bestämmelsen. När det gäller engångsbelopp som utgår från försäkringen får man försöka jämföra detta med motsvarande periodiska förmåner, t.ex. med hjälp av försäkringsbolagens tariffer för livränteförsäkring. – Av lagtexten framgår att utmätningsfriheten inte gäller när beloppet tillfaller ett dödsbo, en stiftelse eller en annan juridisk person.

Enligt *andra meningen* gäller ytterligare ett krav. Den försäkrade skall ha varit mottagarens försörjare. Har den försäkrade varit försörjnings-skyldig enligt lag är alltid kravet uppfyllt, men detta kan också vara fallet vid faktisk försörjning t.ex. av en sambo eller ett syskon. Den försäkrade behöver inte ha stått för hela försörjningen, men det måste i varje fall ha gällt ett regelbundet understöd (i pengar eller i form av t.ex. mat eller bostad) som utgjort en väsentlig del av den andres försörjning, något som oftast är fallet mellan föräldrar och hemmavarande barn. Ofta gäller detsamma mellan makar och mellan sambor. Efter dödsfall ligger det nära till hands med en generös bedömning av försörjarfrågan. Om sålunda två makar gemensamt försörjer hemmavarande barn och vardera makens ekonomiska situation är sådan att ingen av dem skulle kunna försörja barnen och sig själv ensam, kan man mestadels anse makarna bidra också till varandras försörjning, i motsats till när två makar utan hemmavarande barn har ungefär jämnstora inkomster som var och en skulle kunnat leva ensam på.

För livränteförsäkringar gäller dessutom enligt *tredje meningen* att skyddet är begränsat till att avse rätten till livräntan som sådan, vilket innebär att utfallande belopp efter hand kan tas i anspråk genom utmätning enligt 7 kap. utsökningsbalken. Detta stämmer med bestämmelser i 5 kap. 7 § utsökningsbalken om utmätning av skadeståndslivränta.

Andra stycket

I andra stycket föreskrivs ett schabloniserat grundskydd för den försäkrades närstående. För varje berättigad får sex prisbasbelopp tas undan utmätning, utan någon prövning av den berättigades behov och utan något krav på att den försäkrade skall ha försörjt den berättigade. I de flesta fall kommer denna mera lätthanterliga regel att lösa frågan om utmätningsskyddet och tillåta att de närstående i varje fall får behålla ett omställningsbelopp ur försäkringen, utan att prövningen enligt första stycket blir aktuell.

Schablonregeln gäller till förmån för den försäkrades make (och partner) samt för den försäkrades barn och barn till den försäkrades make, under förutsättning att barnet vid dödsfallet inte fyllt 25 år. Barnets ålder vid utbetalningen saknar betydelse. Som barn räknas självfallet även adoptivbarn men inte fosterbarn. Regeln gäller inte heller bröstarvingar i senare led. Fosterbarn och barnbarn kan alltså få skydd mot utmätning bara enligt första stycket.

De sex prisbasbeloppen får tas undan oavsett vilken typ av livförsäkring det gäller. I fråga om försäkring med periodisk ersättning gäller utmätningsskyddet de belopp som betalas först, dvs. tills summan av gjorda utbetalningar uppgår till sex gånger det prisbasbelopp som gäller för dödsåret. Det går alltså inte att uppskjuta skyddet till senare utbetalningar.

Tredje stycket

Under de förutsättningar som anges i första och andra styckena får en förmånstagare som regel skydd mot både försäkringstagarens och sina egna borgenärer fram till dess försäkringsbeloppet betalas ut. När det utfallande beloppet är skyddat enligt dessa regler, innebär det att *försäkringstagarens* borgenärer normalt mist varje möjlighet att ta beloppet i anspråk. Då det gäller *den berättigades* borgenärer är inte utmätningsskyddet lika fullständigt. Enligt tredje stycket begränsas det fortsatta skyddet på liknande sätt som enligt 5 kap. 7 § andra stycket utskönningsbalken.

En grundförutsättning för detta skydd är att försäkringsbeloppet hålls avskilt, exempelvis genom att sättas in på särskild bankräkning eller genom att betala en annan försäkring i samma bolag. Dessutom fordras för fortsatt skydd antingen att det gått mindre än två år sedan beloppet skulle betalas – oavsett när beloppet lyfts – eller att den berättigade behöver beloppet för sin försörjning eller för att fullgöra underhållsskyldighet.

Man skall bara ta undan så stor del av det avskilda försäkringsbeloppet från utmätning som kan anses behövt för den berättigades fortsatta försörjning eller underhållsskyldighet. Här skiljer sig bestämmelsen från vad som anses gälla i fråga om skadestånd enligt 5 kap. 7 § andra stycket utskönningsbalken.

Bestämmelsernas tillämpning på sambor m.m.

5 § Det som sägs i 2 § om make gäller också sambo samt tidigare make och tidigare sambo. Det som sägs i 4 § om make gäller också sambo.

(Jfr 16 kap. 4 § promemorian och 7 kap. 4 § PFL.)

Paragrafen handlar om att vissa personer skall jämföras med makar. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Enligt paragrafen jämföras sambo med make. Med sambo avses sambo enligt 1 § första stycket i 2003 års sambolag.

Med make eller sambo jämföras också tidigare make (eller partner) eller sambo vid tillämpning av 2 §. Det gäller exempelvis fall där innan förhållandet upplöses försäkring har tecknats på den andra partens liv för att skydda gemensamma barn. Upplösningen hindrar alltså inte att utmätningsskyddet gäller. Att bestämmelsen inte säger något om avliden make beror på att efter den försäkrades död – alltså försäkringsfallet – det saknar betydelse för utmätningsskyddet om försäkringen tecknats på eget eller på makens liv.

Tidsfrist för utmätning för försäkringstagarens skulder

6 § Om en livförsäkring eller ersättning som utfaller från den tillfaller en förmånstagare, får utmätning för försäkringstagarens skulder äga rum enligt 1–5 §§ bara om ansökan om det görs inom tre år från det att förmånstagarens rätt inträdde.

(Jfr 16 kap. 5 § och 7 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen sätter upp en tidsfrist för utmätning i vissa fall. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Paragrafen ger borgenärerna en frist om tre år att ansöka om utmätning för försäkringstagarens skulder. Fristen räknas från tiden när förmånstagarens rätt inträdde. Efter tre år kan han alltså känna sig trygg för krav från dessa borgenärer. När det finns flera förmånstagare med rätt efter varandra, löper en ny frist för varje förmånsrättstagare.

Skyddet för en livförsäkring som tecknas av arbetsgivare

7 § Om en försäkring som en arbetsgivare har tecknat på en anställds liv inte gäller till förmån för arbetsgivaren själv, får försäkringen och ersättning som utfaller från den inte tas i anspråk för arbetsgivarens skulder på något annat sätt än som sägs i 8 §. Detta gäller också om den försäkrade inte är anställd hos arbetsgivaren men har någon annan anknytning till dennes verksamhet eller är medförsäkrad som närstående till någon annan försäkrad.

(Jfr 16 kap. 6 § och 7 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen handlar om vad som gäller om utmätning i det fallet då en arbetsgivare har tecknat en försäkring på en anställds liv men inte till

förmån för arbetsgivaren själv. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

En individuell försäkring, som en arbetsgivare tecknat på en anställds liv och inte gäller till förmån för arbetsgivaren själv, skall behandlas på ett speciellt sätt såvitt gäller den försäkrades ställning. Den anställda skall i flera avseenden jämnställas med en försäkringstagare (se 1 kap. 4 §).

Första meningen i förevarande paragraf klargör att en sådan princip gäller beträffande utmätningsskyddet. Försäkringen kan i princip inte utmätas för arbetsgivarens skulder, trots att denne har tecknat försäkringen. Undantag görs bara för vissa fall där regeln annars kunde missbrukas av försäkringstagaren till att uppnå otillbörliga förmåner på borgenärernas bekostnad (se 8 §).

Enligt *andra meningen* likställs med anställda också andra med anknytning till verksamheten hos en arbetsgivare. Rörande innebörden av detta hänvisas till kommentaren till 18 kap. 1 §, där en liknande formulering förekommer. Vidare gäller av naturliga skäl samma princip om utmätningsskydd beträffande den som är medförsäkrad såsom närstående till t.ex. en anställd.

Återkrav vid konkurs m.m.

8 § Om vid livförsäkring försäkringstagaren eller dödsboet efter honom försätts i konkurs och försäkringstagaren senare än tre år före den fristdag som anges i 4 kap. 2 § konkurslagen (1987:672) har betalat premie för försäkringen med belopp som vid betalningstillfället inte stod i skäligt förhållande till hans villkor, får konkursboet av tillgodohavandet hos försäkringsbolaget kräva åter vad han har betalat för mycket. Om försäkringstagaren inte har lämnat sitt samtycke till återbetalningen, skall konkursboet för prövning av dess rätt väcka talan mot honom. Vid en sådan talan tillämpas 4 kap. 19 och 20 §§ konkurslagen.

Har försäkringsbeloppet betalats ut, är den som har uppburit beloppet skyldig att till konkursboet betala tillbaka det belopp som konkursboet annars hade kunnat kräva åter av försäkringsbolaget. Har beloppet uppburits av en förmånstagare, gäller detta dock bara om utbetalningen har skett senare än sex månader före fristdagen. Också vid en talan mot den som har uppburit försäkringsbeloppet tillämpas 4 kap. 19 och 20 §§ konkurslagen.

Bestämmelserna i första och andra styckena tillämpas också i fråga om offentligt ackord vid företagsrekonstruktion. Vid en talan med anledning av ackordsförhandling tillämpas 3 kap. 6 och 7 §§ lagen (1996:764) om företagsrekonstruktion.

Vid sådan försäkring som avses i 7 § får krav enligt denna paragraf göras gällande bara om den försäkrade eller den till vars förmån försäkringen annars gäller är närstående till arbetsgivaren på det sätt som anges i 4 kap. 3 § konkurslagen.

(Jfr 16 kap. 7 § promemorian och 7 kap. 7 § PFL.)

Paragrafen behandlar vissa möjligheter att återkräva betalda premiebelopp vid livförsäkring för den händelse försäkringstagaren eller dennes dödsbo skulle försättas i konkurs eller offentligt ackord har fastställts vid en företagsrekonstruktion. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Paragrafen utgör en viss motsvarighet till 117 § i 1927 års FAL.

Första stycket behandlar krav som framställts innan försäkringsbeloppet har betalats ut. Förutsättningarna för återkrav av premier är att försäkringstagaren under de tre senaste åren före fristdagen eller därefter betalat premier som inte stod i skäligt förhållande till hans villkor. Vad som

får återkrävas är det belopp som överskjuter det skäligen. Regeln gäller alla typer av försäkringar, oavsett om de varit utmätningsskyddade eller ej. Vid livränteförsäkring bör som tillgodohavande hos försäkringsbolaget betraktas det s.k. tekniska återköpsvärdet (jfr SOU 1964:35 s. 474). Någon omräkningsbestämmelse motsvarande 2 § tredje stycket förekommer inte i denna paragraf, som ju rör återkrav inom en så pass kort frist som tre år. Återkravet avser alltså nominella belopp.

Krav på för mycket erlagda premier kan också enligt *andra stycket* riktas mot försäkringstagare eller förmånsrättstagare sedan försäkringsbeloppet utbetalats, dock bara inom en sexmånadsfrist för förmånsstagarens del. Bestämmelsen sammanhänger med reglerna om utmätningsskydd för utfallande belopp; det har ansetts angeläget att man skall kunna ingripa mot otillbörliga transaktioner även sedan försäkringsfallet inträffat. Andra stycket innehåller dock inget särskilt krav på otillbörlighet för dessa fall.

Bestämmelsen i *fjärde stycket* ansluter till 7 § om försäkringar som en arbetsgivare tecknar på en anställds liv. Den regeln innebär att dessa försäkringar i princip är oåtkomliga för arbetsgivarens borgenärer, även om han genom att betala oskäligt höga premier för försäkringen fört över tillgångar till den anställda. För att hindra att regeln missbrukas får krav enligt förevarande paragraf göras gällande när den försäkrade eller den till vars förmån försäkringen annars gäller är en sådan närstående till arbetsgivaren som anges i 4 kap. 3 § konkurslagen. Vid prövningen av frågan om återkrav bör man beakta, utom premiens allmänna skälighet med hänsyn till arbetsgivarens förhållanden, vilka försäkringsförmåner denne tillförsäkrat sådana anställda som inte är närstående till honom. Om den närstående har fått bara sådana förmåner som övriga anställda, torde det i allmänhet inte finnas skäl för något återkrav. Regeln avser ju att hindra att arbetsgivaren på borgenärernas bekostnad skall ge just sina närstående särskilda förmåner.

Skyddet för en sjuk- och olycksfallsförsäkring

9 § Om ersättningen från en sjuk- eller olycksfallsförsäkring skall tillfalla den försäkrade, får försäkringen och ersättning som utfaller från den inte utmätas för försäkringstagarens eller den försäkrades skulder. När ersättning betalas i form av livränta, gäller förbudet mot utmätning för den berättigades skulder bara rätten till livräntan.

Trots det som sägs i första stycket får ett ersättningsbelopp som har tillfallit den försäkrade och som inte hålls avskilt efter utbetalningen utmätas för den försäkrades skulder. När två år har gått sedan beloppet skulle betalas, får också det som hålls avskilt utmätas till den del beloppet inte behövs för den försäkrades försörjning eller för att fullgöra underhållsskyldighet som åvilar honom.

Om ersättning skall tillfalla någon annan än den försäkrade, tillämpas vad som gäller enligt 2–7 §§ om utmätning av tidsbegränsad livförsäkring som bara avser dödsfall och av ersättning som utfaller från livförsäkring.

(Jfr 16 kap. 8 § promemorian och 7 kap. 8 § PFL.)

Paragrafen rör utmätningsskydd i vissa fall för sjuk- och olycksfallsförsäkring och ersättning från sådan försäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.6. – Paragrafen har viss motsvarighet i 123 § i 1927 års FAL.

Sjuk- och olycksfallsförsäkring har en speciell social betydelse som motiverar ett långtgående skydd mot borgenärerna. Men detta gäller bara om ersättningen skall tillfalla den försäkrade själv, dvs. den som drabbats av sjukdom eller olycksfallsskada. Tillfaller den någon annan, motsvarar förhållandena i stort sett vad som gäller vid livförsäkring på annans liv. Reglerna i denna paragraf liknar dem i 4 §.

Skyddet enligt *första stycket* gäller alltså efter försäkringsfall men också innan försäkringsfall inträffat. I detta skede har dock en sjuk- eller olycksfallsförsäkring normalt inte något utmätningbart värde. Också då blir det avgörande om ersättningen skall tillfalla den försäkrade (man kan här bortse från att vid försäkringar som innehåller ett dödsfallsmoment dödsfallsbeloppet betalas till någon annan). I sådana fall kan försäkringen inte utmätas före försäkringsfall.

Andra stycket ger en regel liknande 4 § tredje stycket om betydelsen av att beloppet hålls avskilt.

Om ersättning från sjuk- eller olycksfallsförsäkring skall tillfalla någon annan än den försäkrade – en arbetsgivare försäkras sig t.ex. mot risken att en anställd i nyckelposition blir sjuk eller råkar ut för olycksfall – skall enligt *tredje stycket* livförsäkringsregler tillämpas.

16 kap. Regleringen av försäkringsfall, m.m.

Kapitlet behandlar försäkringsbolagets skyldigheter i samband med regleringen av försäkringsfall samt vissa andra frågor, flera med sikte på tiden efter att ett försäkringsfall har inträffat. Bestämmelserna stämmer i de flesta fall med vad som gäller för skadeförsäkring enligt 7 kap.

Kapitlet innehåller tio paragrafer och inleds med bestämmelser om försäkringsbolagets skyldighet att skyndsamt reglera ett försäkringsfall och om tidpunkten då försäkringsersättning senast skall betalas ut (1 §). Därefter följer bestämmelsen om betalning till annan än rätt förmånstagare (2 §). I de två följande paragraferna finns bestämmelser om följderna av att den ersättningsberättigade försummar att följa försäkringsvillkor som tar sikte på regleringen av försäkringsfall eller lämnar oriktiga uppgifter till försäkringsbolaget av betydelse för regleringen av försäkringsfallet (3 och 4 §§). De följs av bestämmelser om preskription av rätten till försäkringsersättning (5 §), om risken för förseningar av meddelanden från försäkringsbolaget (6 §) och – liksom i 7 kap. – om domstolsprövning av vissa beslut av försäkringsbolaget (7–9 §§). Den avslutande paragrafen innehåller en bestämmelse om försäkringsbolagets regressrätt mot skadevällaren om försäkringsbolaget har ersatt en skada (10 §).

Tiden för utbetalning av försäkringsersättning

1 § Ett försäkringsbolag som har fått underrättelse om ett försäkringsfall skall utan uppskov vidta de åtgärder som behövs för att försäkringsfallet skall kunna regleras. Regleringen skall ske skyndsamt och med beaktande av den ersättningsberättigades behöriga intressen.

Försäkringsersättning som inte avser periodiska utbetalningar skall betalas ut senast en månad efter det att rätten till ersättningen inträtt och sådan utredning som skäligen kan

begäras för att fastställa betalningsskyldigheten och mot vem denna skall fullgöras har lagts fram för försäkringsbolaget.

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

(Jfr 17 kap. 1 § promemorian och 8 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets skyldigheter vid regleringen av försäkringsfall. Den har vid konsumentförsäkring en motsvarighet i 7 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.7.1. – Paragrafen har viss motsvarighet i 24 § i 1927 års FAL.

Med uttrycket efter det att rätten till ersättningen inträtt i *andra stycket* åsyftas inte bara att försäkringsfall inträffat. Om det t.ex. angående invaliditetsersättning i olycksfallsförsäkring föreskrivs att invaliditeten skall fastställas först när minst ett år förflutit efter olycksfallet, inträder rätten till ersättning tidigast ett år efter olycksfallet. Också annars kan rätten till ersättning enligt försäkringsavtalet uppkomma långt efter försäkringsfallet, såsom då försäkringsbolaget fortlöpande under ett antal år skall betala vissa belopp.

Även om försäkringsbolaget i vissa fall skall inleda skaderegleringen utan att försäkringsfall anmälts, är bolaget inte skyldigt att också göra en utbetalning utan några som helst kontakter med den ersättningsberättigade eller annan i dennes ställe. Även i så pass klara fall som t.ex. vid sammansatt kapitalförsäkring måste försäkringsbolaget, alltefter omständigheterna, beträffande den försäkrade få del av antingen personbevis som visar att han är vid liv vid den ålder som anges i försäkringsavtalet eller intyg som utvisar att personen i fråga tidigare har avlidit.

I försäkringsvillkoren brukar anges vad som närmare skall iakttas av den som önskar framställa anspråk mot försäkringsbolaget, exempelvis att viss utredning skall framläggas. Försäkringsbolaget har alltid rätt att före en utbetalning få försäkringsbrevet företett, om detta är att bedöma som ett värdepapper. Många gånger måste flera sakuppgifter lämnas till försäkringsbolaget efter ett försäkringsfall. Vid sjuk- och olycksfallsförsäkring behöver försäkringsbolaget normalt få tillgång till läkarintyg av vilket försäkringsfallet kan bedömas. Om ersättning skall utges för förvärvsmässig invaliditet, krävs ofta den försäkrades medverkan för att försäkringsbolagets ansvar skall kunna klarläggas. I sådana fall måste man nämligen som regel beakta även frågor om rehabilitering och omskolning. Då det gäller ersättning för förlorad arbetsförtjänst kan försäkringsbolaget behöva ta del av utredning som visar den försäkrades inkomstförhållanden, t.ex. i form av intyg från arbetsgivaren om den försäkrades lön. Vid sjuk- och olycksfallsförsäkring, där ersättning skall utgå efter verkliga utgifter eller förluster, kan det ibland bli nödvändigt med en särskild utredning om någon eller några poster. Försäkringsbolaget får då uppskjuta utbetalningen i motsvarande del i avvaktan på sådan utredning.

Om det är försäkringsbolaget som skaffar fram utredning i ett ärende, t.ex. enligt fullmakt att inhämta vissa upplysningar från läkare, får månadsfristen enligt andra stycket normalt anses börja löpa först när försäkringsbolaget fått del också av sådana upplysningar.

När ersättning skall utges till viss eller vissa förmånstagare, kan försäkringsbolaget behöva infordra upplysningar innan utbetalning sker om förmånstagaren inte mera exakt angivits i förordnandet. Om det rör ersättning som utfaller på grund av dödsfall, kan ofta tillräckliga uppgifter om förmånstagaren inhämtas genom släktutredning som fogas till dödsfallsintyget. I andra fall är förmånstagaren kanske inte alls släkt med den avlidne eller också kan han vara bosatt på okänd ort, vilket gör en särskild utredning nödvändig. När ersättning enligt försäkringsvillkoren skall tillfalla den avlidnes sambo kan det hända att den avlidnes släktingar bestrider ett påstående om att ett samboförhållande förelegat vid tiden för dödsfallet. I fall som dessa börjar månadsfristen att löpa först när försäkringsbolaget utrett förhållandet eller fått del av den utredning som läggs fram.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 7 kap. 1 §.

Utbetalning till annan än rätt förmånstagare

2 § Har försäkringsbolaget betalat ut försäkringsersättning till någon annan än den som i egenskap av förmånstagare har rätt till ersättningen och därvid iakttagit skälig aktsamhet, är bolaget befriat från sin skuld. Detta gäller dock inte om utbetalningen grundats på en handling som är förfalskad eller som är ogiltig på grund av att den har tillkommit under tvång som avses i 28 § lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område eller som har utfärdats under sådana omständigheter som anges i 17 § andra stycket lagen (1936:81) om skuldebrev.

(Jfr 17 kap. 2 § promemorian och 8 kap. 2 § PFL.)

Paragrafen handlar om betalning av försäkringsersättning i god tro till annan än rätt förmånstagare. Den har ingen motsvarighet vid konsumentförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 9.7.2. – Paragrafen har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Paragrafen innebär att ett försäkringsbolag som i god tro betalar försäkringsersättning till någon annan än den som i egenskap av förmånstagare har rätt till ersättningen i princip inte kan åläggas att betala ytterligare en gång. Undantag görs bara för fall då utbetalningen har grundats på en handling som varit behäftad med kvalificerat giltighetsfel. Paragrafen skall tillämpas när någon är berättigad just i egenskap av förmånstagare. Här regleras alltså inte det fallet att ersättning inte har betalats till en försäkringstagare eller en panthavare som varit materiellt ersättningsberättigad. Reglerna omfattar inte heller den situationen att försäkringsersättningen med stöd av jämningsreglerna i 14 kap. 7 § skall tillkomma t.ex. försäkringstagarens make, eftersom maken här inte är förmånstagare.

Innebörden av paragrafens *första mening* är således att försäkringsbolaget, då utbetalning aktualiseras, i princip skall kunna stödja sig på det förmånstagarförordnande som har meddelats försäkringsbolaget. Emellertid är det inte alltid sådana förordnanden gäller. Ett förordnande kan t.ex. ha återkallats eller ändrats. Då det gäller periodiskt utgående belopp kan den som insatts som förmånstagare ha avlidit eller avstått från sin rätt mot försäkringsbolaget till förmån för sina barn. Sådana omständigheter kan under en längre eller kortare tid vara okända för

försäkringsbolaget. För att betalning skall kunna ske med befriande verkan till den förmånstagare som angetts i det tillgängliga förmånstagarförordnandet kan i allmänhet inte begäras att försäkringsbolaget skall undersöka om någon annan är berättigad till ersättning på grund av sådana omständigheter. Bara då det finns någon särskild anledning får försäkringsbolaget anses skyldig att närmare undersöka förhållandena. Om försäkringsbolaget t.ex. kort före försäkringsfallet har fått besked av försäkringstagaren om att denne avsett att återkalla eller ändra ett förmånstagarförordnande eller fått upplysning om att en återkallelse eller ändring av ett förordnande avsänts till bolaget, får bolaget anses skyldigt att dröja några dagar med utbetalning i avvaktan på att nås av ett eventuellt meddelande.

Någon gång kan ett förmånstagarförordnande vara så vagt formulerat att det inte med bestämdhet kan avgöras vem av flera personer som skall ha rätt till försäkringsbeloppet. Då kan försäkringsbolaget inte med befriande verkan betala till någon som senare visar sig inte vara berättigad till ersättning. Försäkringsbolaget får skydda sig genom att sätta ned beloppet hos länsstyrelsen.

Som framgår av paragrafens *andra mening* kan även ett försäkringsbolag som iakttagit skälig aktsamhet vid utbetalningen bli tvunget att senare utge ersättning på nytt till någon som materiellt har varit berättigad till den. Detta gäller när en handling som legat till grund för försäkringsbolagets beslut om utbetalning varit behäftad med vissa allvarliga giltighetsfel: den är förfalskad eller annars ogiltig på grund av att den tillkommit under allvarligt tvång (28 § avtalslagen) eller utfärdats av någon som varit omyndig, handlat under påverkan av en psykisk störning eller stod under förvaltare enligt föräldrabalken (17 § skuldebrevslagen). Det krävas alltså att handlingen haft en omedelbar betydelse för beslutet, såsom fallet brukar vara framför allt med förmånstagarförordnanden samt återkallelser och ändringar av sådana förordnanden.

Försummelse att anmäla försäkringsfall, m.m.

3 § Om den ersättningsberättigade har försummat att följa försäkringsvillkor om skyldighet att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget inom viss tid eller villkor eller anvisningar enligt dessa om skyldighet att medverka till utredningen av försäkringsfallet eller av bolagets ansvar, och försummelsen har medfört skada för bolaget, kan den ersättning som annars skulle ha betalats till den ersättningsberättigade sättas ned efter vad som är skäligt med hänsyn till omständigheterna.

Första stycket tillämpas inte om oaktsamheten har varit ringa.

(Jfr 17 kap. 3 § promemorian och 8 kap. 3 § PFL.)

Paragrafen handlar om det fallet då försäkringsvillkoren anger att ett försäkringsfall skall anmälas inom viss tid eller villkor innehåller eller anvisningar enligt vilka den försäkrade skall medverka på visst sätt i utredningen men den försäkrade försummar att göra detta. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 7 kap. 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.7.3. – Paragrafen har delvis sin motsvarighet i 21 § i 1927 års FAL.

I villkoren kan anges inom vilken tid ett försäkringsfall skall anmälas till försäkringsbolaget och i vilken omfattning den som har ett anspråk skall medverka i regleringen av försäkringsfallet. Skyldigheten att medverka i regleringen av ett försäkringsfall kan innebära att den som gör anspråk på ersättning har att inge läkarintyg och andra handlingar som kan vara av betydelse för bedömningen av försäkringsfallet och försäkringsbolagets ansvar. Vidare kan ett försäkringsbolag med stöd av villkoren föreskriva att den försäkrade, som vid sjuk och olycksfallsförsäkring ofta är den som framställer anspråk mot bolaget, inställer sig för t.ex. undersökning hos en läkare som bolaget anvisar. Villkoren kan också föreskriva att den försäkrade sedan ett försäkringsfall har inträffat skall tillställa försäkringsbolaget en fullmakt så att bolaget kan få nödvändiga hälsoupplýsingar från t.ex. en läkare. Dessa frågor får alltså regleras i försäkringsvillkoren. Lagen ger bara besked om följderna av att föreskrifterna i villkoren eller, när det gäller medverkan i sådana utredningar som just har nämnts, anvisningar som bygger på villkoren, försummas i denna del.

Om villkorsbestämmelserna och de med stöd av dessa utfärdade anvisningarna inte följs, kan detta medföra att försäkringsbolaget drabbas av kostnader som annars inte skulle ha uppkommit. En försenad anmälan kan t.ex. försvåra och fördyra bolagets utredning av sådana frågor som om försäkringstagaren brutit mot upplysningsplikten eller om ett påstått försäkringsfall verkligen beror på en olycka eller sjukdom. För att nedsättning skall kunna komma i fråga krävs att försäkringsbolaget lidit skada genom att villkoren inte följts. Nedsättning kan bara bli aktuell då det är den ersättningsberättigade själv som åsidosatt villkoren, alltså försäkringstagaren, en förmånstagare eller en pantavare. Reglerna bör också kunna tillämpas analogt på ett försumligt dödsbo, när försäkringstagaren avlidit och försäkringsersättning skall utges till boet. – Det kan här erinras om att vid obligatorisk grupp-försäkring och kollektivavtalsgrundad försäkring den försäkrade är att anse som försäkringstagare då bl.a. denna paragraf skall tillämpas (jfr 19 kap. 3 § tredje stycket och 20 kap. 2 §).

I övrigt hänvisas till kommentaren till 7 kap. 2 §.

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

(Jfr 17 kap. 4 promemorian och 8 kap 4 § PFL.)

Paragrafen handlar om att försäkringsersättningen i vissa fall kan sättas ned som en följd av vad som förevarit efter ett försäkringsfall. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 7 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.7.3. – Paragrafen har en viss motsvarighet i 23§ i 1927 års FAL.

De oriktiga uppgifterna kan t.ex. vid olycksfallsförsäkring avse att den försäkrade felaktigt uppger att han haft högre sjukvårdskostnader än som varit fallet eller drabbats av vissa skador. Förtigandet eller hemlighållandet kan exempelvis vid sjukförsäkring gälla att den försäkrade under en

sjukperiod faktiskt haft vissa arbetsinkomster som rätteligen skall beaktas då försäkringsbeloppet fastställs. Nedsättning kan komma i fråga då grunden för nedsättning uppmärksammas av försäkringsbolaget innan ersättning betalas ut. Men försäkringsbolaget kan också göra gällande felaktiga uppgifter etc. som upptäcks senare och får då helt eller delvis återkräva det belopp som har betalats ut. Här kan det få viss betydelse för skälighetsprövningen hur lång tid som förflutit efter skaderegleringen.

Nedsättningsreglerna är tillämpliga då de oriktiga uppgifterna osv. kunnat leda till att försäkringsbolaget fått betala en ersättning som över huvud taget inte skulle ha utgetts. Det är också möjligt att tillämpa dem om uppgifterna har eller skulle ha medfört en större ersättning än den riktiga eller om en ersättningsberättigad försöker att lura till sig ett belopp som rätteligen skall tillfalla någon annan, t.ex. då en förmånstagare förtiger att det finns ytterligare en förmånstagare som också skall ha del av försäkringsersättningen. Om det med hänsyn till reglerna i 16 kap. 2 § finns risk att försäkringsbolaget trots tidigare utbetalning kan åläggas att utge ersättning också till den andra förmånstagaren, kan ersättningen till den som förtigit de rätta förhållandena sättas ned. De felaktiga uppgifterna etc. kan också tänkas avse att gynna inte den ersättningsberättigade själv utan någon annan. En sambo, som i egenskap av förmånstagare har rätt till visst belopp, försöker t.ex. genom falska uppgifter hjälpa också sina egna barn till ersättning.

Med hänsyn till den sociala betydelse som ersättning från personförsäkring ofta har bör nedsättning ske något mera återhållsamt än enligt 7 kap. 3 §, särskilt när uppsåt saknas.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 7 kap. 3 §.

Preskription av rätt till försäkringsersättning

5 § Den som vill göra anspråk på försäkringsersättning måste väcka talan mot försäkringsbolaget inom tre år efter att ha fått kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från det att anspråket tidigast kunde göras gällande. Annars går rätten till ersättning förlorad. Om anspråk har framställts till försäkringsbolaget inom denna tid, är fristen enligt första meningen alltid minst sex månader från det att bolaget har förklarat att det har tagit slutlig ställning till anspråket.

(Jfr 17 kap. 5 § promemorian och 8 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen handlar om vad som måste göras av den som har anspråk på försäkringsersättning för att hans fordran inte skall preskriberas, dvs. förlora sin verkan. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 7 kap. 4 §. – Saken behandlas i avsnitt 9.7.3. – Paragrafen motsvarar i sak 29 § 1927 års FAL.

Paragrafen förutsätter att det är fråga om ett krav på sådan ersättning som grundas direkt på ett försäkringsavtal, alltså försäkringsersättning. Om någon framställer ett anspråk på skadestånd mot ett försäkringsbolag, t.ex. på grund av att detta inte utan uppskov har vidtagit de åtgärder som behövs för att reglera försäkringsfallet, eller inte har handlagt ärendet tillräckligt skyndsamt (jfr 1 §), är paragrafen inte tillämplig. På ett sådant krav skall i stället preskriptionslagen (1981:130) tillämpas. Den tar inte

heller sikte på den tid inom vilken den ersättningsberättigade har att anmäla försäkringsfall till försäkringsbolaget.

Av *första meningen* framgår hur ett preskriptionsavbrott kan åstadkommas, nämligen genom den som vill göra anspråk på försäkringsersättning väcker talan mot försäkringsbolaget. Med att väcka talan avses i första hand att den som vill ha ersättning ansöker om stämning eller om betalningsföreläggande mot försäkringsbolaget. Uttrycket inbegriper också att en fordran på ersättning bevakas i försäkringsbolagets konkurs liksom att saken hänskjuts till skiljeman. Utan att det framgår av lagtexten gäller att ett preskriptionsavbrott sker om försäkringsbolaget erkänner kravet på ersättning, vilket kan ske genom ett muntligt eller skriftligt besked till den som begär ersättning men också konkludent genom att viss ersättning betalas ut. Krav utom rätta eller anmälan till Allmänna reklamationsnämnden eller till någon av försäkringsbranschens nämnder är däremot inte tillräckligt för att bryta preskriptionen. Det är en skillnad mot vad som gäller enligt preskriptionslagen.

Av *andra meningen* framgår hur lång tid den som vill ha ersättning har på sig för att väcka talan. Huvudregeln är att talan skall väckas inom tre år från det att han fått kännedom om att anspråket kunde göras gällande. Detta innefattar till att börja med att det har uppkommit ett anspråk, en fordran. Det kan yttra sig i att en viss händelse, t.ex. en båtolycka, har fått en viss skadeeffekt. Olyckseffekten kan i exemplet bestå i att en passagerare fortlöpande får personskador av olika slag, t.ex. sveda och värk i form av smärta och yrsel, en pisksnärtskada som medför sjukvårdskostnader och förlorad arbetsinkomst, m.m. Kravet på kännedom innebär att den ersättningsberättigade skall ha fått ett objektivt sett någorlunda säkert underlag i fråga om alla de faktiska förhållanden som grundar rätten till försäkringsersättning. Hit hör att skadan skall ha blivit märkbar för honom. Vidare skall han ha fått ett objektivt stöd (t.ex. i form av ett läkarutlåtande) för att, i exemplet, skadan har samband med båtolyckan. Att han visserligen haft kännedom om att han har en försäkring men inte förstått att han kunde ta den i anspråk inverkar däremot inte på frågan när preskriptionstiden börjar löpa.

I exemplet ovan uppkommer olika typer av skador, och vid skilda tidpunkter ett sådan läge skall preskriptionsberäkningen avse varje post för sig. Om skadorna uppkommer vid olika tidpunkter, skall det också vägas in i bilden. Preskriptionstiden börjar inte löpa förrän den skadelidande fått kännedom av det slag som har behandlats ovan om varje skada för sig. Vidare skall ersättning kunna utgå under en ersättningspost som redan ersatts, eller som tvärtom preskriberats. Som exempel kan tas det fallet att den skadade vid båtolyckan inte har fört talan i tid i fråga om den sveda och värk som han drabbades av i direkt anslutning till olyckshändelsen och att hans anspråk på ersättning för den har preskriberats. Det hindrar inte att han kan återkomma med anspråk på ersättning för sådan sveda och värk som kanske uppkommer långt senare med anledning av båtolyckan (jfr rättsfallen NJA 2000 s. 285 och 2001 s. 93).

Andra meningen innehåller också en kompletteringsregel. Oavsett om och när den som vill ha ersättning fick kännedom om att ett anspråk kunde göras gällande, måste talan väckas innan det har gått tio år från det att anspråket tidigast kunde göras gällande. Utgångspunkten för denna

frist är den tidpunkt då en skada ger sig till känna och alltså inte olyckstillfället (även om dessa tidpunkter naturligtvis kan sammanfalla). Och på samma sätt som i fråga om treårsfristen gäller att varje skada skall bedömas för sig (se rättsfallet NJA 2001 s. 695).

Av *tredje meningen* framgår att ett anspråk mot försäkringsbolaget preskriberas om inte talan väcks mot bolaget inom de angivna fristerna. Sedan preskription inträtt kan en tidigare ersättningsberättigad inte längre få bolaget förpliktat att betala något försäkringsbelopp.

Syftet med bestämmelsen i den *fjärde meningen* är att hindra rättsförlust när den som gör anspråk på ersättning väl har anmält skadan till försäkringsbolaget men ärendet regleras först sedan treårs- eller tioårsfristen har gått ut eller kort tid dessförinnan. Han kan givetvis hålla sig till fristen enligt första meningen, om denna löper ut senare än sexmånadersfristen enligt förevarande mening.

Risken för vissa meddelanden

6 § Gör försäkringstagaren sannolikt att en uppsägning enligt 11 kap. 4 eller 8 § eller 13 kap. 2 § har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte har kunnat råda över, får uppsägningen verkan tidigast en vecka efter den dag då den kom fram och senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände den. Uppsägningen får dock aldrig verkan tidigare än som anges i uppsägningshandlingen.

(Jfr 17 kap. 6 § promemorian och 8 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen ger besked om vem som står risken, den s.k. postrisken, för att vissa meddelanden som försäkringsbolaget enligt lagen har att tillställa försäkringstagaren försenas eller inte alls kommer fram. Reglerna tar sikte på dels uppsägningar, dels ändringar av försäkringsvillkoren. Paragrafen har vid konsumentförsäkring en motsvarighet i 7 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.7.4. – Paragrafen har en motsvarighet i 15 § andra stycket i 1980 års KFL.

Bestämmelsen i 11 kap. 4 § handlar om uppsägning av en tidsbegränsad sjuk- eller olycksfallsförsäkring till försäkringstidens utgång. Bestämmelsen i 11 kap. 8 § avser det fallet att försäkringsbolaget med stöd av ett förbehåll i försäkringsavtalet om sådan rätt säger upp en sjuk- eller olycksfallsförsäkring i förtid vid slutet av en premieperiod. Enligt 13 kap. 2 § får försäkringsbolaget säga upp försäkringen vid premiedröjsmål. Av bestämmelserna framgår att uppsägningarna skall ske skriftligen.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 7 kap. 5 §.

Tvist om rätten att teckna eller behålla en försäkring

7 § Har ett försäkringsbolag i strid mot 11 kap. 1 § vägrat någon att teckna eller förnya en försäkring, skall domstol på yrkande av denne förklara att han har rätt att teckna eller förnya försäkringen.

Talan om förklaring enligt första stycket skall väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget till sökanden har avsänt meddelande om sitt beslut, uppgift om skälen för detta och upplysning om vad sökanden skall göra för att få beslutet prövat av domstol. Väcks inte talan inom denna tid, är rätten att föra talan förlorad.

Domstolen får bestämma att försäkringstiden skall räknas från den tidpunkt som skulle ha gällt om försäkringsbolaget hade bifallit ansökan.

(Jfr 17 kap. 7 § promemorian och 8 kap. 7 § PFL.)

Paragrafen reglerar vad som gäller när någon har vägrats försäkringsskydd – att nyteckna en försäkring eller att förnya den – och därför vill föra domstolstalan mot försäkringsföretaget i denna fråga. Den har vid konsumentförsäkring sin motsvarighet i 7 kap. 6 §. – Saken behandlas i avsnitt 9.7.5. – Paragrafen har en viss motsvarighet i 41 § i 1980 års KFL.

Försäkringsbolagets möjligheter att avslå en begäran om en försäkring eller en förnyelse av en försäkring behandlas i 11 kap. 1 §.

Av *första stycket* framgår att den som har fått avslag på en ansökan om försäkring har möjlighet att få till stånd en domstolsprövning av om försäkringsbolagets beslut överensstämmer med de förutsättningar som anges i 11 kap. 1 §.

En tidsbegränsad sjuk- eller olycksfallsförsäkring förnyas, om försäkringsbolaget inte säger upp försäkringen. Uppsägning får inte ske tidigare än sex månader före försäkringstidens utgång (11 kap. 4 §). I ett sådant fall behöver därför talan aldrig väckas under själva försäkringstiden. En tidsbegränsad livförsäkring förnyas inte automatiskt på samma sätt som en sjuk- eller olycksfallsförsäkring utan bara om detta är avtalat. En sådan försäkring kan också förnyas om försäkringstagaren begär det och försäkringsbolaget går med på det. Inget hindrar att frågan om förnyelse väcks tidigare än sex månader före försäkringstidens slut. Enligt *andra stycket* skall försäkringstagaren dock vända sig till domstol senast sex månader efter att försäkringsbolaget avsänt bl.a. sitt beslut och skälen för det. Talan måste väckas inom den angivna fristen, även om försäkringstiden då ännu inte har löpt ut. – Med skälen för beslutet avses den avgörande anledningen till det.

Innebörden av *tredje stycket* att domstolen får bestämma att försäkringstiden skall räknas retroaktivt är bl.a. att t.ex. ett olycksfall som inträffar efter det att sökanden fått avslag på sin ansökan om försäkring men innan domstolen meddelat sin bifallande dom kan komma att omfattas av försäkringen.

Det kan också hänvisas till kommentaren till 7 kap. 6 §.

8 § Har ett försäkringsbolag sagt upp en försäkring i förtid i strid mot denna lag eller mot försäkringsavtalet, skall domstol på yrkande av försäkringstagaren förklara att uppsägningen är ogiltig.

Talan om förklaring enligt första stycket skall väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget till försäkringstagaren har avsänt uppsägningen, uppgift om skälen för denna och upplysning om vad försäkringstagaren skall göra för att få beslutet prövat av domstol. Talan behöver dock aldrig väckas före den tidpunkt när uppsägningen skulle få verkan. Väcks inte talan inom denna tid, är rätten att föra talan förlorad.

(Jfr 17 kap. 8 § promemorian och 8 kap. 8 § PFL.)

Paragrafen reglerar vad som gäller när försäkringsbolaget har beslutat att säga upp försäkringen i förtid och försäkringstagaren därför vill föra talan mot försäkringsbolaget i denna fråga. Bestämmelsen omfattar alltså

inte uppsägning som sker på grund av att ett försäkringsbolag inte önskar förnya försäkringen. Den har för konsumentförsäkringen sin motsvarighet i 7 kap. 7 §. – Saken behandlas i avsnitt 9.7.5. – Paragrafen har en motsvarighet i 42 § i 1980 års KFL.

När en försäkring sägs upp får detta ofta betydelse även för andra än försäkringstagaren, bl.a. den som fått försäkringen som pant eller insatts som förmånstagare. Avlider försäkringstagaren vid försäkring på eget liv, kan t.ex. en förmånstagare inte få ut något försäkringsbelopp om dödsfallet inträffat efter att försäkringen sagts upp av försäkringsbolaget och försäkringstagaren låtit bli att inom föreskriven tid väcka talan mot försäkringsbolagets uppsägningsbeslut. Om försäkringstagaren avlider innan tiden för att väcka talan löpt ut, har däremot förmånstagaren i egenskap av rättsinnehavare rätt att begära domstolsprövning av uppsägningsbeslutet. Även dödsboet efter en avliden förmånstagare kan på samma sätt i stället för försäkringstagaren väcka talan vid domstol. Särskilt då försäkringsbeloppet inte skall tillfalla någon förmånstagare har dödsboet intresse av att få ett uppsägningsbeslut prövat.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 7 kap. 7 §.

9 § Domstolen kan på yrkande meddela förklaring som avses i 7 eller 8 § att gälla för tiden intill dess att det föreligger ett avgörande som har vunnit laga kraft. En sådan förklaring får inte meddelas utan att försäkringsbolaget har beretts tillfälle att yttra sig över yrkandet.

(Jfr 17 kap. 9 § promemorian och 8 kap. 9 § PFL.)

Paragrafen reglerar domstolens möjlighet att meddela interimistiskt beslut i en fråga enligt 7 eller 8 §. Bestämmelsen överensstämmer med regeln om konsumentförsäkring i 7 kap. 8 §. – Saken behandlas i avsnitt 9.7.5. – Paragrafen har en motsvarighet i 43 § i 1980 års KFL. – Det hänvisas till kommentaren till 7 kap. 8 §.

Regressrätt

10 § Försäkringsbolaget inträder i den försäkrades rätt till skadestånd i fråga om ersättning för sjukvårdskostnader och andra utgifter och förluster som bolaget har ersatt enligt försäkringsavtalet. Försäkringsvillkor som ger bolaget större rätt till återkrav är utan verkan mot den skadeståndsskyldige.

(Jfr 17 kap. 10 § promemorian och 8 kap. 10 § PFL.)

Paragrafen anger i vad mån försäkringsbolaget har rätt att rikta återkrav mot den som har orsakat en skada som har ersatts av bolaget. Den har för konsumentförsäkring sin motsvarighet i 7 kap. 9 §. – Övervägandena finns i avsnitt 9.7.6. – Paragrafen har viss motsvarighet i 25 § andra stycket i 1927 års FAL.

Av *första meningen* framgår att ett försäkringsbolag som har betalat ut ersättning för att täcka den skada som en försäkrad har drabbats av har viss rätt att kräva tillbaka det utbetalade beloppet av den som är ansvarig för skadan enligt skadeståndsrättsliga regler. Rätten avser bara vad bolaget på grund av försäkringsavtalet har betalat ut för att täcka sådan

ekonomisk skada som anges i paragrafen. Återkravet kan endast gälla den försäkrades verkliga förlust, något som framgår av att det skall gälla den försäkrades rätt till skadestånd. Om försäkringsbolaget lämnat en mera generös ersättning, kan detta ju inte öka den skadeståndsskyldiges ansvar mot den skadelidande. Ersättning som utgår från en s.k. summaförsäkring kan inte utkrävas av den skadeståndsskyldige.

Regeln är tvingande, vilket klargörs i *andra meningen*.

Sjätte avdelningen

Kollektiv försäkring

17 kap. Gruppskadeförsäkring

I kapitlet regleras olika frågor vid gruppskadeförsäkring av samma karaktär som för den individuella försäkringens del behandlas i 2–9 kap. Vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring behandlas motsvarande frågor i 18 kap. Kapitlet har vid grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. – Kapitlet har ingen motsvarighet i 1927 års FAL eller 1980 års KFL. – Bestämmelserna är dispositiva för gruppskadeförsäkringar för en grupp näringsidkare.

Kapitlet, som omfattar 23 paragrafer, innehåller dels regler som är gemensamma för all gruppskadeförsäkring, dels särskilda regler om frivillig och obligatorisk gruppskadeförsäkring. I 1 § ges definitioner av dessa senare begrepp. I 2 § undantas vissa typer av gruppskadeförsäkring från flera av de tvingande bestämmelserna i kapitlet. I 3 § beskrivs konstruktionen av frivillig och obligatorisk gruppskadeförsäkring. Särskilda informationsregler har tagits in i 4–7 §§. I 8 och 9 §§ behandlas tiden för försäkringsbolagets ansvar. I 10 § behandlas förnyelse och uppsägning av försäkringen till försäkringstidens utgång. I 11–13 §§ tas upp bestämmelser om att försäkringen upphör genom förfaranden från den försäkrade gruppens eller gruppmedlemmens sida. Den följande paragrafen, 14 §, reglerar försäkringsbolagets rätt att ändra en försäkring under försäkringstiden och att säga upp den i förtid. Genom 15 § regleras situationen vid försäkringsbolagets konkurs. I 16 § behandlas begränsningar av försäkringsbolagets ansvar. Tidpunkten för premiebetalningen och andra frågor som anknyter till premien behandlas i 17–19 §§. I 20–22 §§ regleras försäkringsersättningen, skaderegleringen m.m. och tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet. I den avslutande 23 § finns bestämmelser om hur meddelanden till de försäkrade skall distribueras.

Definitioner och tillämpningsområde

1 § I detta kapitel betyder

frivillig gruppskadeförsäkring: gruppskadeförsäkring som gruppmedlemmarna ansluter sig till genom egen anmälan eller genom att inte avböja försäkringen,

obligatorisk gruppskadeförsäkring: gruppskadeförsäkring som varje medlem i gruppen är ansluten till på grund av gruppavtalet.

Bestämmelserna tillämpas också om flera försäkringsbolag meddelar grupp försäkring för olika medlemmar i samma grupp. Varje försäkringsbolag har då de skyldigheter och rättigheter som bestämmelserna anger i förhållande till dem som bolaget meddelar försäkring för.

Om försäkringsbolaget avtalar med en gruppmedlem om en särskild utformning av medlemmens försäkringsskydd, anses avtalet som en del av grupp försäkringen för medlemmen.

(Jfr 9 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger innebörden av begreppen frivillig och obligatorisk gruppskadeförsäkring. Den har vid grupp personförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 1 §. – Övervägandena bakom första stycket finns i avsnitt 10.1. Övervägandena bakom andra stycket finns i avsnitt 10.11 och bakom tredje stycket i avsnitt 10.12. – Paragrafen har, som framgår av det som sägs i inledningen till kapitlet, ingen motsvarighet i 1927 års FAL eller 1980 års KFL.

Första stycket

Paragrafens första stycke innehåller definitioner av begreppen frivillig gruppskadeförsäkring och obligatorisk gruppskadeförsäkring. Definitionerna av gruppavtal och gruppskadeförsäkring finns i 1 kap. 3 §.

Som framgår av lagtexten är den avgörande skillnaden mellan de två försäkringstyperna om gruppmedlemmen har någon möjlighet att påverka försäkringsskyddets inträde eller upphörande (utöver att gå in i eller lämna gruppen).

Definitionen av frivillig försäkring innebär att det är fråga om sådan försäkring inte bara när gruppmedlemmarna ansluter sig genom en aktiv åtgärd – anmälan till gruppens företrädare eller direkt till försäkringsbolaget – utan också när anslutningen sker genom s.k. reservationsanslutning. Att den som sluter gruppavtalet tidigare fått i uppdrag av gruppen att ordna försäkring medför däremot inte att grupp försäkringen blir frivillig i lagens mening, om den försäkring som sedan avtalas gäller för alla som tillhör gruppen utan att de enskilda medlemmarna kan påverka detta.

Vid obligatorisk grupp försäkring är gruppavtalet grunden för medlemmens anslutning. Enligt 3 § andra stycket är vid sådan grupp försäkring den enskilde gruppmedlemmen inte skyldig att betala premien. En grupp försäkring kan emellertid någon gång vara obligatorisk i den bemärkelsen att t.ex. en föreningsmedlem på grund av en föreskrift i föreningens stadgar är skyldig att ansluta sig till en försäkring på ett sätt som medför att medlemmen själv blir betalningsskyldig mot försäkringsbolaget. Sådana föreskrifter kan förekomma särskilt vid ansvarsförsäkring. I enlighet med principen att förhållandet mellan den enskilde försäkrade och den som ordnar försäkringen faller utanför området för lagen skall en sådan försäkring betraktas som en frivillig grupp försäkring.

Andra stycket

Andra stycket tar sikte på den speciella situationen att försäkringen av en grupp är uppdelad på flera försäkringsbolag. När bestämmelsen talar om

”dem som bolaget meddelar försäkring för” avses också medförsäkrade till gruppmedlem.

Tredje stycket

Bestämmelsen i tredje stycket avser det fallet då gruppavtalet är utformat så att det ger utrymme för den enskilda gruppmedlemmen och försäkringsbolaget att komplettera den kollektivt utformade delen av avtalet med ett innehåll av individuell karaktär. Avtalet skall också i denna del anses som en gruppförsäkring och alltså falla under de regler som gäller för en sådan. Ansvar inträder vid samma tidpunkt (varvid dock skall observeras den särskilda regeln i 8 § fjärde stycket), och samma regler gäller om exempelvis uppsägning, begränsning av försäkringsbolagets ansvar och premiebetalning, oavsett vilka individuella förmåner som har avtalats.

2 § Bestämmelserna i 5 och 6 §§, 10–13 §§, 18 § andra och tredje styckena samt 19 § tillämpas inte på en försäkring som gäller under högst en månad.

(Jfr 9 kap. 2 § andra stycket promemorian och 9 kap. 2 § tredje meningen SkFL.)

Paragrafen handlar om att vissa av bestämmelserna om gruppskadeförsäkring inte skall gälla i en del fall. Paragrafen har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 2 §. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring eller vid individuell skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.6.

Enligt paragrafen undantas vissa gruppförsäkringar av mera speciell typ från flera bestämmelser i kapitlet, nämligen när försäkringen gäller högst en månad. Bestämmelsen avser bland annat försäkringar som syftar till att ge vissa tillfälliga besökande på en bestämd plats – en lokal eller ett område – ett försäkringsskydd (t.ex. besökare vid ett idrottsevenemang eller på ett nöjesfält). I dessa fall passar inte bestämmelserna om försäkringsbesked och information under försäkringstiden (5 och 6 §§), förnyelse, uppsägning och försäkringens upphörande i vissa andra fall (10–13 §§) och inte heller bestämmelserna om meddelanden vid premiedröjsmål (18 § andra och tredje styckena) eller om uppskov med premiebetalningen (19 §).

Ingående av avtal

3 § Avtal om frivillig gruppskadeförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och gruppmedlemmen på grundval av gruppavtalet. Ett sådant avtal kan ingås också genom att gruppmedlemmen låter bli att avböja försäkringen inom viss tid, om detta föreskrivs i gruppavtalet.

Avtal om obligatorisk gruppskadeförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och företrädare för gruppen genom gruppavtalet. Genom ett sådant avtal uppkommer ingen betalningsskyldighet för gruppmedlemmen mot försäkringsbolaget.

Den som enligt första eller andra stycket anses ingå avtal om gruppskadeförsäkring med försäkringsbolaget är försäkringstagare.

(Jfr 9 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen ger vissa regler om vilka som skall anses vara avtalsparter vid gruppskadeförsäkring. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 3 §. Den har ingen direkt motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring (jfr dock 18 kap. 2 §) eller vid individuell skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.2.

Första stycket

Här klargörs i *första meningen* att avtal om frivillig gruppskadeförsäkring anses ingånget mellan gruppmedlemmen och försäkringsbolaget. Uttrycket anses ingånget används med tanke på att det är fråga om en juridisk konstruktion. Vidare sägs i förtydligande syfte att avtal om frivillig grupp-försäkring anses ingånget ”på grundval av gruppavtalet”.

För tydlighetens skull har vidare i *andra meningen* tillagts att försäkringsavtalet kan ingås också genom reservationsanslutning. Detta framgår visserligen redan av definitionen i 1 §, men det har ansetts att det bör omtalas också i den paragraf som behandlar avtalets ingående

Vid anslutning genom anmälan gäller allmänna avtalsrättsliga regler. Av lagtexten framgår att vid reservationsanslutning bindande avtal anses ingånget när fristen för att avböja försäkringen går ut, låt vara att krav på premien inte gäller innan gruppmedlemmen informerats om sin möjlighet att säga upp försäkringen.

Andra stycket

Konstruktionen är en annan vid obligatorisk grupp-försäkring än vid frivillig försäkring. Ett avtal till förmån för gruppmedlemmen anses ingånget redan genom gruppavtalet. Detta gäller också om medlemmen inträder senare i gruppen. Man får då se situationen så att företrädaren för gruppen sluter avtal också till förmån för blivande gruppmedlemmar. Försäkringen gäller för dem under förutsättning att de går med i gruppen och uppfyller anslutningskraven.

I klargörande syfte sägs att avtalet om obligatorisk grupp-försäkring ingås med företrädare för gruppen. Vem företrädaren är – t.ex. ett företag eller en organisation – lämnas öppet. Det behövs ingen fullmakt för företrädaren att sluta försäkringsavtal av detta slag.

Det uppkommer inte redan genom gruppavtalet någon skyldighet för den enskilde medlemmen att betala premien. Däremot kan man naturligtvis tänka sig att en sådan skyldighet uppkommer genom att grupp-företrädaren på grund av något slag av fullmakt handlar på medlemmens vägnar. Lagen hindrar sålunda inte avtal om obligatorisk grupp-försäkring med personlig betalningsskyldighet för medlemmarna.

Tredje stycket

Genom bestämmelsen i detta stycke klargörs vem som är försäkringsbolagets avtalspart och ådrar sig förpliktelser mot försäkringsbolaget, t.ex. att betala premier. Vid frivillig försäkring är detta grupp-

medlemmen, även om medlemmen har ingått avtalet genom att inte avböja försäkringen – alltså genom reservationsanslutning. Vid obligatorisk försäkring är avtalsparten däremot den som är part i gruppavtalet. Ofta sluts detta av företrädare för en juridisk person, och då är det den juridiska personen som har förpliktelser enligt försäkringsavtalet. Några självständiga skyldigheter mot försäkringsbolaget har inte gruppmedlemmen i detta fall. En annan sak är att medlemmen för att få ersättning vid skadefall kan vara tvungen att uppfylla vissa biförpliktelser, t.ex. att följa en säkerhetsföreskrift eller vidta åtgärder mot en hotande skada.

Information

4 § Innan ett gruppavtal ingås skall försäkringsbolaget lämna gruppen information som är utformad så att den underlättar valet av försäkring. Informationen skall avse försäkringsvillkoren och andra förhållanden som gruppen behöver för att kunna bedöma kostnaderna för och omfattningen av försäkringen. Innan ett avtal om frivillig gruppskadeförsäkring ingås skall försäkringsbolaget också på ett ändamålsenligt sätt ge gruppmedlemmarna information för bedömning av frågan om de bör ansluta sig till försäkringen.

Innebär ett gruppavtal om frivillig gruppskadeförsäkring att gruppmedlemmarna kan bli anslutna genom att inte avböja försäkringen, skall försäkringsbolaget skriftligen meddela dem om detta förhållande och deras möjlighet att enligt 11 § säga upp försäkringen för omedelbart upphörande.

(Jfr 9 kap. 4 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om den grundläggande information som försäkringsbolagen skall lämna innan ett gruppavtal om gruppskadeförsäkring ingås. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 4 §. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 2 kap. 2 § och vid individuell företagsförsäkring i 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3. – Bestämmelserna är huvudsakligen gemensamma för frivillig och obligatorisk gruppörsäkring, fast de inte kan tillämpas på riktigt samma sätt i båda fallen.

Första stycket

Av första meningen framgår att informationen skall lämnas till gruppen. I detta ligger att informationen, alltefter vad som är lämpligt, kan riktas antingen till en företrädare för gruppen eller till de enskilda gruppmedlemmarna. Innan gruppavtalet ingås är det naturligt att informationen i första hand ges till någon som redan förhandlar på gruppens vägnar eller annars kan antas ha intresse av att träffa gruppavtal om försäkringen. Under vissa omständigheter, särskilt när gruppmedlemmarna kan väntas ha direkt inflytande på sitt försäkringsskydd, kan det emellertid vara anledning för försäkringsbolaget att också ge upplysningar åt de enskilda medlemmarna, i den utsträckning det finns praktiska sätt att nå dem – t.ex. genom medlemstidningar eller liknande.

Vid obligatorisk försäkring finns det anledning att mera koncentrera informationen på den person som ingår gruppavtalet och följaktligen har att besluta om försäkring skall tecknas. Det är dock tänkbart att också medlemmarna i en del fall bör få vissa upplysningar. Också här får man

ta hänsyn till i vad mån de kan antas komma att påverka beslutet att ingå gruppavtal.

I första meningen anges också det övergripande ändamålet med denna s.k. förköpsinformation: att underlätta gruppens val av försäkring. Detta innebär att gruppen skall få upplysning om de alternativ för att tillgodose ett visst – kollektivt – försäkringsbehov som försäkringsbolaget erbjuder och kunna göra jämförelser mellan dem. Däremot är bolaget lika lite som vid individuell försäkring skyldigt att redovisa andra försäkringsbolags produkter.

I *andra meningen* anges två syften med informationen, nämligen att göra det möjligt för gruppen att bestämma vilken typ av försäkring som är lämplig att välja och att göra det möjligt för gruppen att bedöma kostnaden för och omfattningen av försäkringen. Kostnaden för försäkringen kan vid grupp-försäkring vara svår att ange i förväg, framför allt eftersom den vid frivillig grupp-försäkring beror av hur många som kommer att ansluta sig. Man kan rimligen inte begära mer av försäkringsbolaget på denna punkt än att det ger vissa ungefärliga uppgifter om premien. Vid frivillig försäkring bör bl.a. anges hur premien skall betalas.

Omfattningen av försäkringen kräver i allmänhet något mera ingående information. Skyddets innebörd bör anges i stora drag, och det kan då vara skäl att ange undantag av stor praktisk betydelse. Begränsningar av detta slag kommer att närmare framgå av försäkringsbeskedet (se 5 §).

Informationen skall avse bl.a. försäkringsvillkoren. Villkoren kan många gånger vara omfattande och svåröverskådliga, och de kan inte självklart anses vara så utformade att de ensamma underlättar valet av försäkring eller bedömningen av kostnaderna för och omfattningen av försäkringen. Det behöver alltså inte vara tillräckligt att villkoren överlämnas till gruppen. Det kan dessutom krävas mera lättillgänglig information som utgör en sammanfattning i förenklad och klagörande form av de punkter i avtalet som kan antas vara av särskild betydelse för gruppen. På begäran skall den naturligtvis alltid få del av de fullständiga avtalsvillkoren för gruppavtalet. Informationens närmare innehåll får i det enskilda fallet anpassas efter den aktuella typen av grupp-försäkring och efter den grad av insikt i försäkringsförhållanden som gruppens företrädare kan förväntas ha.

Bestämmelsen i *tredje meningen* avser den information som gruppmedlemmarna vid frivillig försäkring skall få för att kunna bedöma om en anslutning till försäkringen är motiverad bl.a. med hänsyn till deras försäkringsskydd i övrigt så att de skall kunna undvika dubbelförsäkring. Informationen skall alltså klargöra om den aktuella gruppskedeförsäkringen medför samma, eller åtminstone väsentligen samma, skydd som sedvanlig individuell försäkring av motsvarande slag.

Andra stycket

Bestämmelsen tar sikte på det fallet när gruppavtalet föreskriver att reservationsanslutning kan ske. Innan gruppavtalet ingås skall gruppen få information om att en gruppmedlem kan bli ansluten genom att inte avböja försäkringen och om möjligheten att säga upp den. Sådan

information är en förutsättning för att försäkringsbolagets krav på första premien skall få verkan (se 17 § första stycket tredje meningen).

5 § När en försäkring har meddelats skall försäkringsbolaget snarast på ett ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de försäkrades kännedom. Beskeden skall innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga begränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har ändrats eller förnyats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat till, gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte återopas om nya försäkringsbesked eller ett annat meddelande i frågan på ett ändamålsenligt sätt har avsänts för de försäkrades kännedom senast fjorton dagar före försäkringsfallet eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till har insett eller bort inse att uppgiften är oriktig eller inte längre är giltig.

(Jfr 9 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om att försäkringsbolaget efter att en försäkring har meddelats skall lämna s.k. efterköpsinformation i form av försäkringsbesked, liksom om beskedets innehåll och civilrättsliga verkningar. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 5 § och för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en motsvarighet i 18 kap 4 §. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 2 kap. 4 §. I fråga om individuell företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3.

Första stycket

Paragrafen ger bestämmelser om försäkringsbesked för både frivillig och obligatorisk gruppförsäkring. En sådan handling är i båda fallen väsentlig för de försäkrades information. Man kan inte med säkerhet räkna med att de försäkrade kan ha möjlighet att ta del av några andra uppgifter om försäkringens innebörd. Villkoren för gruppförsäkring kan ibland vara så vidlyftiga att de är svåra att överblicka och de kan därför behöva sammanfattas i koncentrerad form. Detta skall ske genom försäkringsbeskedet.

Försäkringsbolaget skall enligt *första meningen* avsända försäkringsbeskedet på ett ändamålsenligt sätt för de försäkrades kännedom dels när gruppförsäkring har meddelats, dels vid vissa senare ändringar i försäkringsskyddet. Denna information sker lämpligen genom att beskeden tillställs gruppmedlemmarna. Det har dock inte ansetts möjligt att föreskriva att varje försäkringsbesked för en gruppmedlem skall tillställas medlemmen personligen. Beskeden får alternativt distribueras genom den som företrätt gruppen när gruppavtalet ingicks eller vid senare förhandlingar med försäkringsbolaget om gruppförsäkringen.

Det är också tänkbart att beskedet om försäkringens innehåll i stället bör delges de försäkrade genom en medlemstidning – särskilt när det gäller helt okomplicerade besked om ändring av försäkringen – eller som bilaga till denna. Om försäkringsbolaget vid frivillig försäkring känner till de enskilda försäkrades namn och en adress där de kan nås (eventuellt på arbetsplatsen), bör bolaget inrikta sig på ett besked som tillställs den

försäkrade direkt från bolaget. I kravet på ändamålsenlighet ligger också att beskedet skall nå den försäkrade så säkert som rimligen kan begäras.

Utgångspunkten är att försäkringsbolaget får välja det tillvägagångssätt som framstår som lämpligast från informationssynpunkt, men kan förfarandet inte anses som ändamålsenligt riskerar försäkringsbolaget både marknadsrättsliga och civilrättsliga påföljder. Som framgår av fortsättningen får man dock lämna bolaget en ganska vid marginal vid bedömningen av vad som är lämpligt i olika situationer.

Det räcker att beskedet avsänds på ändamålsenligt sätt, vare sig detta sker till de försäkrade själva eller till gruppens representant. Det fordras inte att beskedet nått den försäkrade.

Beskedet skall enligt *andra meningen* innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen. Det är visserligen inte något krav på att den försäkrade gruppmedlemmens namn anges, men det bör klart framgå att medlemmen får beskedet i egenskap av medlem i en viss grupp, t.ex. såsom anställd i ett visst företag eller medlem i en viss förening. Av beskedet skall framgå inte bara vilka risker som omfattas utan också försäkringsbelopp och självrisker. Vidare skall beskedet ange viktiga begränsningar i försäkringsskyddet. Regeln utgår inte från att ett visst försäkringsskydd under alla omständigheter skall vara normalt. Om det förekommer undantag från vad den försäkrade kunnat vänta sig med hänsyn till försäkringens allmänna beteckning och det sätt på vilket den presenteras – t.ex. om det i en hemförsäkring görs uttryckligt undantag för vissa typer av egendom – bör detta dock motivera ett särskilt påpekande.

Enligt *tredje meningen* skall försäkringsbesked utfärdas också vid vissa ändringar i försäkringsskyddet som görs i samband med att försäkringen förnyas eller under försäkringstiden. Varje inskränkning i skyddet utgör skäl för ett nytt besked, även om den ter sig mindre betydelsefull för den genomsnittlige försäkrade. Utvidgas däremot skyddet eller ändras försäkringens utformning utan att skyddet kan sägas ha försämrats i något avseende, räcker det däremot med att ett nytt besked utgår när förändringarna är väsentliga.

När reglerna om försäkringsbesked tillämpas på gruppskadeförsäkring för näringsidkare, är det naturligt att försäkringsbolaget förutsätter viss vana hos gruppmedlemmarna att ta del av handlingar av liknande slag.

Andra stycket

Här behandlas en civilrättslig påföljd av brister i informationen, nämligen att en felaktig uppgift kan åberopas mot försäkringsbolaget vid god tro på motsidan. Detta behandlas i *första meningen*. Regeln rör alltså i första hand positiva oriktiga upplysningar i beskedet. Det kan gälla sådana förhållanden som ersättningsbeloppens storlek eller förutsättningen för att ersättning skall utgå men också vilka som tillhör den försäkrade kretsen eller den tid under vilken skyddet skall gälla. Också en underlåtenhet att i beskedet ange ett undantag från försäkringen kan omfattas av regeln, om beskedet i övrigt har en formulering som tyder på ett fullständigt skydd på denna punkt.

Bestämmelsen innebär också att en person som inte alls omfattas av försäkringen kan få ett försäkringsskydd, om han av misstag tillställs ett

besked att han är försäkrad. En förutsättning för att en sådan person skall kunna åberopa beskedet torde dock vara att det uttryckligen anger mottagaren som försäkrad, eller åtminstone anger att försäkringen gäller för viss grupp som mottagaren tillhör. I annat fall kan denne inte utan vidare förlita sig på beskedet utan bör kontrollera vem det egentligen avser.

Det saknar betydelse om misstaget har begåtts av försäkringsbolaget eller en gruppföreträdare som handlar på dess vägnar.

Beskedet får emellertid inte en sådan verkan i alla lägen. Till en början gäller regeln i allmänhet bara det senast utfärdade beskedet. Om ett nytt besked på ändamålsenligt sätt har avsänts, är det innehållet i detta besked som blir avgörande sedan fjorton dagar gått från avsändandet. Inträffar det därefter ett försäkringsfall, skall det bedömas enligt det nya beskedet. Detta framgår av *andra meningen*. Det kan någon gång innebära att en händelse som enligt tidigare besked utgjort försäkringsfall numera inte alls omfattas av försäkringen. Ett tidigare besked kan också mista sin verkan genom andra åtgärder från försäkringsbolagets sida, nämligen om den försäkrade genom dem kommit i ond tro. Ett meddelande om felaktigheten, som inte har karaktären av försäkringsbesked, kan t.ex. ha tillställts medlemmarna. Fjorton dagar därefter kan det oriktiga beskedet inte längre åberopas.

En ytterligare begränsning av regeln om verkan av oriktiga försäkringsbesked är alltså att den som fått beskedet inte får ha insett eller bort inse felaktigheten. Den onda tron kan avse såväl riktigheten av en uppgift i och för sig som dess giltighet i tiden. Framgår det på något sätt av beskedet att det är tidsbegränsat, kan det inte åberopas efter den tidsgräns som kan utläsas av beskedet. Godtrosregelns huvudsakliga betydelse är därför att den kan medföra att den försäkrade får större förmåner än villkoren medger eller undgår att träffas av vissa undantag.

När frågan uppkommer vad en försäkrad borde ha insett får man utgå från att denne verkligen läst beskedet. Det går alltså inte att åberopa t.ex. att vederbörande på grund av sjukdom aldrig fick tillfälle att ta del av det och därför inte haft någon anledning att fatta misstankar. Vid bedömningen är det vidare avgörande vad som rent objektivt kan begäras av en försäkrad vid den aktuella försäkringstypen. Är beskedet utformat med rimlig begriplighet, kan en gruppmedlem inte åberopa att han på grund av särskilda personliga förhållanden, t.ex. språksvårigheter, missförstått vad det egentligen gick ut på. Man kan också begära att medlemmen tar del av annat material om försäkringen som försäkringsbolaget gett medlemmarna, åtminstone om materialet är utformat så att dess betydelse för försäkringsskyddet utan vidare framgår.

6 § Under försäkringstiden och i samband med att försäkringen förnyas skall försäkringsbolaget i skälig omfattning informera de försäkrade om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för dem att känna till. Efter ett försäkringsfall gäller informationsskyldigheten också mot andra som har anspråk mot försäkringsbolaget. Det som sägs i 2 kap. 7 § om information om möjligheter till överprövning m.m. tillämpas också vid gruppskadeförsäkring.

(Jfr 9 kap. 4 § tredje stycket promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om försäkringsbolagets generella skyldighet att informera de försäkrade under försäkringstiden och i samband med förnyelse av försäkringen liksom mera specifikt vid försäkringsfall. Paragrafen har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 6 § och för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en motsvarighet i 18 kap. 5 §. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 2 kap. 5 och 7 §§. Vad som gäller vid individuell företagsförsäkring, se i 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3.

Under försäkringstiden och när försäkringen förnyas skall försäkringsbolaget enligt *första meningen* i skälig omfattning informera de försäkrade. I stora drag kan här hänvisas till det som sägs om information under försäkringstiden vid individuell försäkring. Av särskild betydelse blir informationen i samband med förnyelsen, då de försäkrade behöver ha reda på eventuella ändringar i villkoren. Hänsyn får dock tas till att också andra förhållanden kan spela en roll vid grupp-försäkring, bl.a. ändringar i vad som gäller om den försäkrade lämnar gruppen (t.ex. rätten till fortsättningsförsäkring).

Liksom andra meddelanden under försäkringstiden skall uppgifter enligt detta stycke sändas på ändamålsenligt sätt för den försäkrades kännedom (23 §).

Vad angår situationen efter försäkringsfall finns det inte anledning att i något avseende göra skillnad mellan grupp-försäkring och individuell försäkring. Det är innebörden av *andra och tredje meningarna*. Det hänvisas till kommentaren till 2 kap. 7 §.

7 § Om ett försäkringsbolag inte lämnar information enligt 4–6 §§, tillämpas 2 kap. 9 § vid gruppskadeförsäkring som tecknas av en konsument eller ett dödsbo och 8 kap. 2 och 3 §§ vid annan gruppskadeförsäkring.

Paragrafen, som vid grupp-personförsäkring har sin motsvarighet i 19 kap. 7 §, reglerar påföljderna vid brott mot informationsplikten. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3. – Det hänvisas dels till vad som gäller vid individuell konsumentförsäkring (den marknadsrättsliga påföljden i 2 kap. 9 §), dels till vad som gäller vid individuell företagsförsäkring (8 kap. 2 och 3 §§).

Tiden för försäkringsbolagets ansvar m.m.

8 § När ett gruppavtal om frivillig gruppskadeförsäkring har ingåtts, räknas tiden för försäkringsbolagets ansvar från den tidpunkt som anges i gruppavtalet. Ansvariet omfattar alla gruppmedlemmar som då uppfyller anslutningskraven enligt avtalet och som har anslutit sig till försäkringen. Om en gruppmedlem ansluter sig senare, räknas ansvaret från och med dagen efter anslutningen. Detsamma gäller om gruppavtalet saknar föreskrift om ansvarets inträde.

Anslutning enligt första stycket anses ske när medlemmen gör anmälan hos försäkringsbolaget eller hos någon som tar emot anmälningar för dess räkning. Om medlemmen ansluter sig genom att inte avböja försäkringen, anses anslutning ske när tiden för avböjande går ut.

Om ingen annan tidpunkt har avtalats, räknas vid obligatorisk gruppskadeförsäkring tiden för försäkringsbolagets ansvar mot medlemmarna från och med dagen efter den då gruppavtalet ingicks eller, om någon inträder i gruppen senare, från och med dagen efter inträdet.

Om ett försäkringsfall inträffar innan avtal träffats om utformningen av en gruppmedlems försäkringsskydd, bestäms ansvaret efter vad som är skäligt med hänsyn till medlemmens förhållanden och de villkor som gäller för gruppen i övrigt.

(Jfr 9 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar tidpunkten för ansvarets inträde. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 8 § och för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en motsvarighet i 18 kap. 7 §. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 3 kap. 2 § och vid individuell företagsförsäkring i 8 kap. 4 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.2.

Första stycket

När det gäller tidpunkten för ansvarets inträde råder avtalsfrihet i den meningen att det i gruppavtalet får bestämmas vilken tidpunkt som helst då ansvaret börjar gälla, t.ex. när gruppmedlemmen inkommit med de handlingar som behövs för försäkringen eller när återförsäkring har meddelats. Detta framgår av *första meningen*. Ansvaret omfattar enligt *andra meningen* då alla som vid den angivna tidpunkten anslutit sig och uppfyller anslutningskraven. Inte heller i fråga om dessa krav ger lagen några regler. Anslutningskraven kan utformas på det sätt som parterna bestämmer i gruppavtalet. – Däremot är bestämmelsen såtillvida tvingande (utom vid gruppskadeförsäkring för näringsidkare) att försäkringsbolaget inte kan i villkoren uppskjuta ansvarets inträde mot vissa gruppmedlemmar som i och för sig uppfyller kraven, t.ex. sådana som resterar med premie för en tidigare försäkring. Alla gruppmedlemmar måste alltså behandlas på samma sätt, fränsett när försäkringen tillåter en individuell utformning av medlemmarnas försäkringsskydd.

En annan sak är att en gruppmedlem kan ansluta sig vid en senare tidpunkt än när ansvaret inträder för gruppen i övrigt – medlemmen har kanske från början inte velat gå med i försäkringen eller inte tillhört gruppen. Också i detta fall är regeln tvingande, här genom att ansvaret sist skall inträda dagen efter anslutningen, vilket framgår av *tredje meningen*.

Fjärde meningen tar sikte på det fallet att gruppavtalet saknar föreskrift om när ansvaret inträder. Ansvaret räknas då från och med dagen efter det att en gruppmedlem har anslutit sig. Självfallet kan en anslutning inte ske innan något gruppavtal har ingåtts.

Andra stycket

Här regleras hur en gruppmedlem ansluts till försäkringen. Det sker enligt *första meningen* genom anmälan. Något krav på viss form för anmälan gäller inte. Anmälan kan alltså göras genom ett muntligt meddelande, om inte gruppavtalet föreskriver att anslutning skall ske skriftligen. Sker anmälan skriftligen, framgår det av lagtexten ("gör anmälan") att det avgörande är när meddelandet avsänds, inte när det kommer fram.

Anmälan skall för att få verkan göras antingen hos försäkringsbolaget eller hos någon som mottar anmälningar för dess räkning. Det kan vara samma person som slutit gruppavtalet med försäkringsbolaget som nu handlar på bolagets vägnar, men det kan också vara en annan funktionär inom ett företag eller en förening som sköter administrationen av försäkringen i detta avseende. Ett uttryckligt uppdrag just till denna person fordras inte för att denne skall vara behörig att motta anmälan, utan det räcker att försäkringsbolaget faktiskt godtagit att anmälningarna samlas in hos någon sådan representant för gruppen. Om denne representant försummar att vidarebefordra en anmälan, får försäkringsbolaget bära risken för detta. Gruppmedlemmen räknas ändå som anmäld.

I styckets *andra mening* anges när anslutning sker vid reservationsanslutning. Avgörande blir den tidpunkt då fristen att avböja försäkringen utgår för gruppmedlemmen. Senast i och med detta börjar också försäkringsbolagets ansvar att gälla. Meddelar gruppmedlemmen tidigare en önskan att gå med i försäkringen, inträder naturligtvis ansvaret i och med detta. Försäkringsvillkoren kan också innebära att skyddet börjar gälla redan under reservationstiden. – Gruppmedlemmens skyldighet att erlægga den första premien inträder däremot först sedan viss information har skickats (se 17 § första stycket).

Tredje stycket

Stycket innehåller en dispositiv regel om obligatorisk försäkring. Ansvaret räknas, om inte annat sägs i gruppavtalet, från och med dagen efter den då detta avtal ingicks, såvitt gäller dåvarande medlemmar i gruppen. Inträder någon senare i gruppen, gäller ansvaret från och med dagen efter inträdet. Avvikelse från regeln kan avtalas, t.ex. om försäkringsskydd inte behövs förrän vid en senare tidpunkt.

Fjärde stycket

Bestämmelsen i detta stycke tar sikte på den situationen att försäkringsskyddet för den enskilde gruppmedlemmen inte i sin helhet bestäms genom gruppavtalet utan ges en delvis individuell utformning genom en överenskommelse mellan medlemmen och försäkringsbolaget och försäkringsfall inträffar innan en sådan överenskommelse har träffats. Man får då bestämma skyddet främst med hänsyn till vad som gäller för andra gruppmedlemmar av samma kategori.

9 § När ansvaret inträder mot en gruppmedlem gäller det också mot den som ansluts som försäkrad tillsammans med honom.

(Jfr 9 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen, som gäller både frivillig och obligatorisk försäkring, reglerar ansvarets inträde mot en person som ansluts som försäkrad tillsammans med en gruppmedlem. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 9 §. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad

skadeförsäkring eller vid individuell konsumentförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.2.

Uttrycket medförsäkrad, som används i fråga om grupppersonförsäkring (19 kap. 9 §), har här ersatts med det lämpligare uttrycket den som ansluts som försäkrad tillsammans med gruppmedlemmen.

Bestämmelsen omfattar bara sådana personer som enligt gruppavtalet ansluts som försäkrad jämte gruppmedlemmen, exempelvis make eller annan närstående eller, för företagsförsäkringens del, anställda hos eller ställföreträdare för det anslutna företaget. Den är så till vida tvingande att försäkringsbolaget vid gruppskadeförsäkring för konsumenter inte kan föreskriva att ansvaret mot de avsedda personerna inträder vid en senare tidpunkt än mot gruppmedlemmen om de redan anmälts som försäkrade. Men det finns inte något hinder mot att man i avtalet föreskriver att alla försäkrade skall uppfylla vissa anslutningskrav eller att bara gruppmedlemmen, och inte dennes anhöriga, skall omfattas av försäkringen. Om en försäkrad gruppmedlem först efter sin egen anslutning anmäler att någon annan skall försäkras jämte honom, inträder i tvivelsmål ansvaret mot denne dagen efter anmälningen (jfr 8 § första stycket).

Förnyelse av försäkringen och uppsägning till försäkringstidens utgång

10 § Ett avtal om gruppskadeförsäkring förnyas för en tid av ett år, om avtalet inte har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens slut. I 5 och 6 §§ finns bestämmelser om information i samband med förnyelse.

Om försäkringsbolaget säger upp försäkringen till försäkringstidens utgång, skall det skriftligt meddela den som har ingått gruppavtalet och berörda gruppmedlemmar om uppsägningen. Uppsägningen får verkan en månad efter det att meddelandena avsändes.

Första stycket första meningen gäller inte om annat framgår av avtalet eller omständigheterna i övrigt.

(Jfr 9 kap. 10 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen, som gäller både frivillig och obligatorisk försäkring, reglerar förnyelse av gruppskadeförsäkring samt uppsägning av försäkringen från försäkringsbolagets sida till försäkringstidens utgång. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 10 § och i fråga om uppsägning för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en viss motsvarighet i 18 kap. 8 §. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 3 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Första stycket

Den enskilda försäkringen skall förnyas, om avtalet inte har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens slut. Den normala förnyelsetiden är ett år, men som framgår av tredje stycket är regeln dispositiv. Oavsett vad avtalet innehåller kan emellertid den försäkrade gruppmedlemmen säga upp den förnyade försäkringen med stöd av 11 §.

Lagen innehåller inte några bestämmelser om ändring av villkoren för försäkringen i samband med att gruppavtalet förlängs. Kommer parterna i detta avtal överens om att villkoren skall ändras för den nya avtalstiden,

skall de försäkrade informeras om detta enligt 5 § första stycket tredje meningen.

Andra stycket

I *första meningen* regleras förfarandet när försäkringsbolaget vill säga upp försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång. Liksom annars ges regler om det enskilda försäkringsavtalet, inte om gruppavtalet. En uppsägning av gruppavtalet innebär alltså inte i och för sig en uppsägning av försäkringen, om inte försäkringsbolaget iakttar det som föreskrivs i bestämmelsen.

För att uppsägningen skall få rättsverkan skall meddelande sändas dels till medkontrahenten i gruppavtalet, dels till gruppmedlem som uppsägningen gäller. Såvitt angår frivillig gruppförsäkring behandlar regeln både uppsägning av alla försäkringar som berörs av gruppavtalet och uppsägning av försäkringen för viss gruppmedlem. När det gäller obligatorisk försäkring, kommer uppsägningen att avse hela gruppen.

Behörig att ta emot uppsägningen är den som har ingått gruppavtalet. I händelse av överlåtelse av rätten enligt gruppavtalet får man anse den nye medkontrahent som försäkringsbolaget godtagit som rätt mottagare, fast detta inte sägs uttryckligt i lagtexten. Regeln om uppsägning hos den som ingått gruppavtalet gäller också om det bara är en enstaka frivillig gruppförsäkring som försäkringsbolaget av någon anledning vill säga upp. Gruppens företrädare har i allmänhet större möjligheter att överblicka den rättsliga situationen och kan hjälpa den gruppmedlem som uppsägningen avser, eventuellt genom att förhandla på medlemmens vägnar med försäkringsbolaget.

Det meddelande som skall ges till den försäkrade gruppmedlem som berörs av uppsägningen skall enligt den allmänna bestämmelsen i 23 § sändas på ändamålsenligt sätt för den försäkrades kännedom.

Gruppförsäkringen upphör för den försäkrades del, som framgår av *andra meningen*, först en månad efter det att försäkringsbolaget vidtagit båda de nämnda åtgärderna – uppsägning hos gruppens representant och ett meddelande till berörda gruppmedlemmar. Om uppsägningen sker kortare tid före försäkringstidens utgång, fortsätter alltså försäkringen att gälla under någon tid därefter.

Tredje stycket

Bestämmelsen i första stycket om förnyelse är dispositiv också vid gruppskadeförsäkring för konsumenter. Villkoren kan alltså innehålla att försäkringen inte skall förnyas vid försäkringstidens utgång eller att försäkringen förnyas på annan tid än ett år.

En gruppmedlems rätt att säga upp eller avstå från försäkringen

11 § En försäkrad gruppmedlem har rätt att när som helst säga upp försäkringen att genast upphöra för egen del och för sådana försäkrade som har anslutits tillsammans med honom.

Vid obligatorisk försäkring kan en medlem i gruppen också undgå anslutning genom att hos gruppens företrädare förklara sig avstå från försäkringen.

(Jfr 9 kap. 8 § andra stycket promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om en gruppmedlems rätt att säga upp eller avstå från en gruppskadeförsäkring. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 11 §. Den har ingen direkt motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Vid individuell konsumentförsäkring finns en viss motsvarighet i 3 kap. 4 och 5 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Första stycket

De enskilda gruppmedlemmarna har rätt att säga upp sin försäkring, och någon uppsägningstid gäller inte. Gruppmedlemmens uppsägning får verkan också för försäkrade som har anslutits tillsammans med honom. Däremot har en medlem inte rätt att själv utträda ur försäkringen men låta dessa andra försäkrade kvarstå. Detta hindrar naturligtvis inte att försäkringsbolaget i ett enskilt fall kan medge ett sådant arrangemang. Vidare kan en uppsägning inskränkas till att gälla dem som har anslutits tillsammans med gruppmedlemmen.

Bestämmelsen anger inte hos vem uppsägningen skall ske. En uppsägning hos försäkringsbolaget får naturligtvis alltid anses giltig. En uppsägning kan också göras hos någon annan som på försäkringsbolagets vägnar sköter viss administration av försäkringarna, t.ex. arbetsgivaren eller någon som annars finns angiven som gruppföreståndare i avtalet.

Gruppmedlemmen har rätt att säga upp också en obligatorisk gruppskadeförsäkring för egen del. Detta medför visserligen inga direkta ekonomiska fördelar för gruppmedlemmen, eftersom denne inte har några egentliga förpliktelser mot försäkringsbolaget på grund av försäkringen. I stället avstår medlemmen från sina rättigheter på grund av denna. Det är dock tänkbart att, t.ex. på grund av stadgarna i en organisation som slutit försäkringsavtalet, en uppsägning kan medföra vissa fördelar i förhållande till organisationen, t.ex. en reduktion av medlemsavgiften. Det kan också förekomma att en medlem av principiella skäl inte vill påtvingas ett försäkringsskydd. En annan sak är att gruppmedlemmen i förhållande till sin organisation eller arbetsgivare kan ha förpliktelser att t.ex. hålla en ansvarsförsäkring som täcker medlemmens eventuella skadeståndsskyldighet, men det påverkar inte medlemmens rätt i förhållande till försäkringsbolaget.

Andra stycket

En medlem har möjlighet att redan från början avstå från en obligatorisk försäkring. På detta sätt slipper han att över huvud taget debiteras någon andel i premien. Förklaringen skall riktas till gruppföreträdaren; i detta tidiga skede kan det ju vara oklart vilket bolag som meddelar försäkringen. Det kan förutsättas att gruppföreträdaren meddelar försäkringsbolaget om förhållandet, vilket kan leda till lägre premie för försäkringen.

Verkan av att en medlem lämnar gruppen

12 § Om en försäkrad gruppmedlem utträder ur gruppen av någon annan anledning än att han uppnår en viss ålder, upphör försäkringsbolagets ansvar för honom och för sådana försäkrade som har anslutits tillsammans med honom en månad efter utträdet (efterskydd).

Det som sägs i första stycket om efterskydd gäller inte om den försäkrade på något annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare. Behövs det på grund av försäkringens art, får försäkringsbolaget göra förbehåll om att första stycket inte heller annars skall tillämpas.

(Jfr 9 kap. 9 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar verkan av att en gruppmedlem lämnar gruppen eller inte längre hör till den kategori som enligt avtalet kan försäkras tillsammans med gruppmedlemmen. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 12 §. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring eller vid individuell försäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Första stycket

En försäkrad gruppmedlem som lämnar gruppen har rätt till ett visst efterskydd. De mest praktiska fallen är att medlemmen slutar sin anställning eller lämnar en förening som han har tillhört. Enbart frånvaro från arbetsplatsen kan inte anses innebära att en anställd lämnat gruppen, även om denne försummat att anmäla frånvaron. Det fordras att uppsägning skett från arbetsgivarens eller den anställdes sida. Under uppsägningstiden får en anställd alltjämt betraktas som gruppmedlem, och vid en process om avskedande eller uppsägning av arbetstagare eller om uteslutning av föreningsmedlem kan det anses vara fråga om ett utträde först när ett avgörande i saken vunnit laga kraft. Om medlemmen accepterat att lämna sin anställning eller sitt medlemskap men kräver skadestånd, exempelvis enligt lagen om anställningsskydd, saknar däremot skadeståndprocessen betydelse i sammanhanget.

För att ge gruppmedlemmen tid att anpassa sitt försäkringsskydd efter den nya situationen har föreskrivits ett efterskydd under en månad. Om medlemmen avlider och på detta sätt lämnar gruppen, gäller försäkringen under efterskyddet till förmån för dödsboet (liksom för dem som eventuellt försäkrats jämte medlemmen). I motsats till vad som gäller vid personförsäkring har det inte ansetts motiverat att ge något efterskydd av samma slag till make efter äktenskapsskillnad eller till sambo efter separation. Liksom vid individuell försäkring är det naturligt att maken eller sambon i detta läge inte längre omfattas av försäkringen och genast ser till att skaffa sig försäkringsskydd på annat sätt. Detta korta efterskydd gäller oavsett under hur lång tid gruppmedlemmen varit försäkrad (jfr däremot 19 kap. 15 § första stycket andra meningen).

Någon skyddsregel för de försäkrade ges inte när utträdet beror på att viss ålder uppnås. Gruppmedlemmen vet då på förhand om att skyddet upphör, och bestämmelser om efterskydd har inte ansetts påkallade i detta fall.

Andra stycket

Bestämmelsen innehåller vissa begränsningar i efterskyddet. Av *första meningen* framgår till en början att efterskyddet inte gäller om den försäkrade saknar egentligt behov av skyddet. Närmast avses fall när den försäkrade byter anställning och ansluter sig, eller har möjlighet att ansluta sig, till en gruppskadeförsäkring av motsvarande typ på den nya arbetsplatsen. Med skydd av samma slag åsyftas bara grupp-försäkring, inte individuell försäkring. För dödsbon blir därför regeln knappast aktuell. – Vidare kan enligt *andra meningen* försäkringsbolaget göra förbehåll om att efterskydd inte skall gälla vid försäkringar av mera speciell art, exempelvis sådana som ger skydd vid viss verksamhet eller annars är knutna till vissa tidsbegränsade förhållanden.

Verkan av att gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida

13 § Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida, upphör försäkringen för samtliga försäkrade vid den tidpunkt som anges i uppsägningen, dock tidigast en månad efter det att uppsägningen togs emot av försäkringsbolaget. När försäkringsbolaget har tagit emot en uppsägning av frivillig gruppskadeförsäkring, skall det genast sända ett meddelande om denna till de försäkrade gruppmedlemmarna.

(Jfr 9 kap. 8 § första stycket promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar uppsägning av försäkringen från gruppens sida. Den har för grupp-personförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 13 §. Paragrafen har ingen uttrycklig motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring eller vid individuell skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Paragrafen är tillämplig vid både frivillig och obligatorisk grupp-försäkring och reglerar rättsverkningarna av att gruppavtalet sägs upp på gruppens vägnar. Det förutsätts att uppsägningen görs av den som har slutit gruppavtalet med försäkringsbolaget. Om rätten enligt detta avtal med försäkringsbolagets godkännande har gått över till någon annan, t.ex. när ett företag som slutit avtalet överlåts, är det förvärvaren som har rätt att säga upp avtalet.

Den uppsägning av gruppavtalet som behandlas i *första meningen* avser antingen att avtalet skall upphöra vid avtalstidens utgång (jfr 10 §) eller upphöra i förtid. Några regler om rätten att säga upp gruppavtalet i förtid innehåller inte lagen. Frågan om en sådan rätt kan fritt regleras i gruppavtalet.

Följden av att man från gruppens sida säger upp gruppavtalet är att samtidigt med detta alla försäkringar som grundas på detta avtal upphör att gälla. De försäkrade gruppmedlemmarna och deras medförsäkrade kan inte hindra detta. De försäkrade har emellertid minst en månads frist efter att uppsägningen mottogs av försäkringsbolaget. Av praktiska skäl föreskrivs att fristen skall räknas från denna tidpunkt, närmast med tanke på försäkringsbolagets underrättelseplikt. Detta ger i praktiken de försäkrade ytterligare någon frist. Skyddsregeln kan sägas närmast rikta sig mot åtgärder av gruppens företrädare – kanske en arbetsgivare eller styrelsen

för en förening – men genom att den avser de försäkrades förhållande till försäkringsbolaget hör den hemma i en försäkringsrättslig lagstiftning.

För att gruppmedlemmarna skall kunna få reda på sin försäkrings-situation föreskrivs vidare i *andra meningen* att försäkringsbolaget skall underrätta den försäkrade gruppmedlemmen om uppsägningen av grupp-avtalet. Meddelandet skall, med tanke på den försäkrades behov av rådrum för att i tid ordna sitt försäkringsskydd, sändas genast efter det att uppsägningen har tagits emot. Om sättet för meddelandet gäller den allmänna bestämmelsen i 23 §.

Försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringen eller säga upp den i förtid

14 § Utom i de fall som anges i lagen får försäkringsbolaget säga upp en försäkring att upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden bara i fråga om en gruppmedlem eller någon annan försäkrad som grovt åsidosatt sina förpliktelser mot försäkringsbolaget. Uppsägning beträffande gruppmedlemmen omfattar också den som försäkrats tillsammans med honom. Om uppsägningen gäller 3 kap. 6 § andra stycket.

(Jfr 9 kap. 11 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen, som gäller både frivillig och obligatorisk försäkring, begränsar försäkringsbolagets möjligheter att använda villkor om att försäkringen skall upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 16 § och för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en viss motsvarighet i 18 kap. 8 och 9 §§. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 3 kap. 6–8 §§ och vid individuell företagsförsäkring delvis en viss motsvarighet i 8 kap. 6 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Bestämmelsen i *första meningen* begränsar försäkringsbolagets möjlighet att frigöra sig från försäkringsavtalet i förtid gentemot enskilda försäkrade. Vid gruppskadeförsäkring för konsumenter är detta möjligt bara i vissa angivna fall: dels när en gruppmedlem eller någon som har anslutit med honom ("någon annan försäkrad") har grovt åsidosatt sina förpliktelser mot försäkringsbolaget (vilket regleras av förevarande paragraf), dels när det annars förekommer en särskild bestämmelse om det i denna lag (se 18 § om premiedröjsmål). Här bör också erinras om den möjlighet som försäkringsbolaget har att göra gällande att avtalet är ogiltigt på grund av svek eller förfarande i strid med tro och heder i samband med avtalets ingående (se 4 kap. 2 § och 8 kap. 9 §, som enligt 16 § är tillämpliga också på gruppskadeförsäkring). Enligt 12 § blir försäkringsbolaget vidare vid gruppmedlemmens utträde ur gruppen utan särskild uppsägning fritt från sina skyldigheter i varje fall en månad efter utträdet.

I övrigt kan försäkringsbolaget i villkoren för en gruppskadeförsäkring inte föreskriva att bolaget vid andra, mindre allvarliga kontraktsbrott från en försäkrads sida skall vara fritt från ansvar. Inte heller kan det i villkoren göras förbehåll om att försäkringen automatiskt skall upphöra före avtalstidens utgång om en viss händelse inträffar. En sådan klausul kan inte åberopas mot den försäkrade.

Avgörande för försäkringsbolagets uppsägningsrätt är hur pass grovt ett kontraktsbrott är. Som exempel på när uppsägning eller villkorsändringar kan bli aktuella kan tas fallet att en gruppmedlem eller någon

som har anslutits till försäkringen tillsammans med honom gör sig skyldig till ett mycket allvarligt brott mot en säkerhetsföreskrift, uppsåtligt framkallar ett försäkringsfall eller försöker vilseleda försäkringsbolaget vid en skadereglering. Om kontraktsbrottet är sådant att det inte rimligen kan begäras att försäkringsbolaget alltjämt skall ge gruppmedlemmen försäkringsskydd, kan avtalet sägas upp i förhållande till den personen (däremot inte i förhållande till gruppen som sådan).

Att uppsägningen sker i fråga om en gruppmedlem innebär att den omfattar också sådana som har försäkrats jämte honom, även om dessa inte själva har åsidosatt några förpliktelser. Det omvända är däremot inte fallet. Har en överträdelse begåtts av någon försäkrad av denna senare kategori, drabbar det inte gruppmedlemmen.

Som framgår saknas i förevarande paragraf en motsvarighet till bestämmelsen i 3 kap. 6 § första stycket att försäkringen kan sägas upp eller ändras när det annars finns synnerliga skäl.

Av hänvisningen i *andra meningen* till 3 kap. 6 § andra stycket framgår att en uppsägning skall vara skriftlig och att försäkringen eller de förändrade villkoren upphör att gälla – och de nya träder i kraft – två veckor efter uppsägningen.

Försäkringens upphörande på grund av försäkringsbolagets konkurs, m.m.

15 § Det som sägs i 3 kap. 9–11 §§ om konkurs m.m. tillämpas också vid grupp-skadeförsäkring.

(Paragrafen har ingen motsvarighet i promemorian eller SkFL.)

Paragrafen handlar om vissa följder av att ett försäkringsbolag försätts i konkurs eller i övrigt kommer på obestånd. Den har för grupp-personförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 17 § och för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en motsvarighet i 18 kap. 11 §. Vid individuell företagsförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 8 kap. 7 §. – Saken behandlas i avsnitt 10.7. – Det hänvisas till kommentaren till 3 kap. 9–11 §§.

Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

16 § Det som sägs i 4 kap. om begränsningar av försäkringsbolagets ansvar tillämpas också vid grupp-skadeförsäkring som tecknas av en konsument eller ett dödsbo. Vid annan grupp-skadeförsäkring tillämpas 8 kap. 8–16 §§.

Försäkringsbolaget får inte mot en gruppmedlem åberopa att någon annan än denne själv eller någon som är försäkrad tillsammans med honom har eftersatt sina skyldigheter enligt 4 kap. 1–3 §§ eller 8 kap. 8–10 §§ eller haft vetskap om detta.

(Jfr 9 kap. 12 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger i vilken utsträckning begränsningar av försäkringsbolagets ansvar är möjliga vid grupp-skadeförsäkring. Den har för grupp-personförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 18 § och för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en motsvarighet i 18 kap. 12 §. Vid individuell konsumentförsäkring och individuell företagsförsäkring finns

motsvarande bestämmelser i de kapitel som paragrafen hänvisar till, alltså 4 och 8 kap. – Övervägandena finns i avsnitt 10.4.

Andra stycket tar sikte på identifikation. Här framgår att en gruppmedlem skall identifieras med den som försäkrats tillsammans med honom (jfr 9 §) och omvänt. Bakgrunden är den intressegemenskap som motiverar att den ene försäkrade tillräknas den andres överträdelser. Vid individuell försäkring drabbar eftersatt upplysnings- eller anmälningsplikt utan vidare annan försäkrad. Paragrafen innebär däremot inte att det sker någon identifikation med andra gruppmedlemmar som inte är försäkrade tillsammans med den ersättningsberättigade eller med gruppföreträdaren.

Också denna paragraf är dispositiv vid gruppförsäkring för näringsidkare. Genom försäkringsvillkoren kan alltså ansvaret i sådana fall begränsas i andra fall än paragrafen anger, och identifikation kan ske också med t.ex. gruppföreträdaren när upplysningsplikten har eftersatts.

I övrigt hänvisas till kommentaren till de aktuella paragraferna i 4 och 8 kap.

Premien

17 § Den första premien skall betalas inom fjorton dagar från den dag då försäkringsbolaget avsände ett krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala denna till bolaget. Detta gäller dock inte om försäkringen skall tecknas genom att försäkringstagaren betalar premien eller om försäkringen annars är giltig bara under förutsättning att premien betalas innan försäkringstiden börjar. I fall som avses i 4 § andra stycket får premiekravet verkan först fjorton dagar efter det att försäkringsbolaget avsänt föreskrivet meddelande till gruppmedlemmen.

Premien för en senare premieperiod och första premien för en försäkring som har förnyats enligt 10 § skall betalas senast på periodens första dag. En premie som avser längre tid än en månad behöver dock inte betalas tidigare än en månad från den dag då försäkringsbolaget avsände ett krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala denna till bolaget.

Det som sägs i 5 kap. 5–7 §§ tillämpas också vid gruppskadeförsäkring.

(Jfr 9 kap. 13 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen, som gäller både frivillig och obligatorisk gruppskadeförsäkring, anger tidpunkten när premien skall betalas. Den har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 19 §. För kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring finns ingen motsvarighet. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 5 kap. Paragrafen har ingen motsvarighet vid individuell företagsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.5.

Avgörande för premiekravets adressat är enligt *första meningen* vem som anges som premiebetalare i försäkringsavtalet. Inte bara vid obligatorisk försäkring utan också vid frivillig kan det vara någon annan än gruppmedlemmen. Betalningen skall exempelvis ombesörjas av gruppmedlemmens arbetsgivare, den förening som medlemmen tillhör eller den bank där medlemmen har lånat pengar. Det är då till denna representant för gruppen som premiekravet skall sändas. Ett krav enligt bestämmelsen får anses ha skett även om det ställts till en funktionär

inom ett aktiebolag eller en förening, såvida premiebetalningen faller inom dennes arbetsuppgifter.

Lagen saknar särskilda bestämmelser om hur krav som riktar sig till den försäkrade gruppmedlemmen i de fall där denne skall betala premien. Ett sådant krav utgör inte ett sådant meddelande som avses i 23 §. Här gäller alltså samma principer som för premiekrav enligt 5 kap. 1 §.

Tredje meningen avser bara sådana försäkringar där reservationsanslutning kan ske enligt gruppavtalet. Kravet på den första premien får verkan först fjorton dagar efter det att informationen enligt 4 § andra stycket har avsänts till gruppmedlemmen. Denne kan då, om tiden att avböja försäkringen gått ut, välja mellan att betala premien eller omedelbart säga upp försäkringen. Om inte meddelandet avsänts på vederbörligt sätt, saknar försäkringsbolaget rätt att kräva in premien, även om premiebetalningen inte skulle skötas av gruppmedlemmen själv utan av någon annan på medlemmens vägnar, t.ex. av gruppföreståndaren.

Såvitt angår gruppskadeförsäkring för näringsidkare, skiljer sig bestämmelsen från regeln om företagsförsäkring i 8 kap. 17 §. Eftersom bestämmelsen är dispositiv vid dessa försäkringar, finns inget hinder att försäkringsbolaget i villkoren skärper reglerna om premiedröjsmål.

I övrigt hänvisas till kommentaren till motsvarande paragrafer i 5 kap.

18 § Betalas inte premien i rätt tid, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen, om inte dröjsmålet är av ringa betydelse.

Ett meddelande om uppsägningen skall sändas till den som har ingått gruppavtalet med försäkringsbolaget, om denne har eller skulle ha förmedlat premiebetalningen på grund av avtalet, och till de försäkrade gruppmedlemmarna.

Uppsägningen får verkan fjorton dagar efter det att meddelandena avsändes, om inte premien betalas inom denna tid. Meddelandena skall innehålla uppgift om detta. Saknas denna uppgift, får uppsägningen ingen verkan.

(Jfr 9 kap. 14 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen reglerar försäkringsbolagets möjligheter att säga upp försäkringen vid premiedröjsmål. Paragrafen avser både frivillig och obligatorisk försäkring. Den har för gruppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 20 §. För kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring finns ingen motsvarighet. Vid individuell konsumentförsäkring utgörs motsvarande bestämmelser av 5 kap. 2 § första och andra styckena och vid individuell företagsförsäkring i 8 kap. 17 § första stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 10.5.

En uppsägning av en frivillig försäkring för en gruppmedlem drabbar också andra försäkrade som enligt gruppavtalet har anslutits jämte honom. Vid obligatorisk försäkring avser uppsägningen hela gruppen.

Tanken är att en försäkrad gruppmedlem vid premiedröjsmål skall ha en möjlighet att rädda situationen genom att betala premien för försäkringen inom en frist på fjorton dagar från det att ett särskilt uppsägningsmeddelande avsänts till honom. Dessutom skall ett sådant meddelande skickas till den som har ingått gruppavtalet på gruppens vägnar. En förutsättning för detta senare är dock att företrädaren på

grund av gruppavtalet förmedlar – eller skulle ha förmedlat – premiebetalningen.

När två eller flera meddelanden skall ges, räknas fristen från den dag det sista meddelandet avsänts. Har något meddelande inte uppfyllt lagens krav, börjar inte fristen löpa förrän ett nytt meddelande skickats i överensstämmelse med bestämmelserna.

För frivillig gruppförsäkring får bestämmelsen läsas tillsammans med den i 19 § andra stycket. Av denna bestämmelse framgår att, om orsaken till dröjsmålet är försummelse av en representant för de försäkrade, uppsägningen ofta får verkan först vid en senare tidpunkt än vid fjortondagarsfristens utgång.

Det är tänkbart att premien enligt gruppavtalet skall betalas varken av den som har slutit gruppavtalet eller av gruppmedlemmen utan av någon annan. En sådan premiebetalare behöver inte nödvändigtvis underrättas om uppsägningen. Uppsägningen får ändå verkan. Vid sådana gruppavtal där en gruppföreträdare förmedlar premiebetalningen och försäkringsbolaget saknar register över gruppmedlemmarna kan försäkringsbolaget ge gruppföreträdaren fullmakt att på bolagets vägnar säga upp en försäkring för vilken premien inte har betalats. Kravet på meddelande till gruppföreträdaren om uppsägningen faller då bort.

I övrigt hänvisas till kommentaren till motsvarande paragrafer i 5 kap.

19 § Har premien för en frivillig gruppskadeförsäkring inte kunnat betalas inom den frist som anges i 18 § tredje stycket därför att den försäkrade gruppmedlemmen blivit svårt sjuk eller berövats friheten eller inte fått ut pension eller lön från sin huvudsakliga anställning, eller därför att något liknande oväntat hinder inträffat för honom, får en uppsägning enligt 18 § verkan först en vecka efter det att hindret har fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.

Om vid frivillig gruppskadeförsäkring ett dröjsmål med premien beror på försummelse av någon som på grund av gruppavtalet förmedlar premien, får uppsägningen verkan för den försäkrade gruppmedlemmen och försäkrade som har anslutits tillsammans med honom först en vecka efter det att medlemmen själv har fått kännedom om dröjsmålet, dock senast tre månader efter utgången av den frist som anges i 18 § tredje stycket.

(Jfr 9 kap. 15 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen ger vissa särskilda bestämmelser till de försäkrades skydd vid frivillig gruppförsäkring. Vid obligatorisk försäkring skyddas de försäkrade enbart av fjortondagarsfristen enligt 18 § andra och tredje styckena. Paragrafen har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 21 §. För kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring finns ingen motsvarighet. Vid individuell konsumentförsäkring har första stycket en motsvarighet i 5 kap. 2 § tredje stycket. Vid individuell företagsförsäkring finns ingen motsvarighet. – Övervägandena finns i avsnitt 10.5.

Första stycket

Bestämmelsen tar sikte enbart på hinder för den försäkrade gruppmedlemmen, inte för någon annan premiebetalare, även om denne har angetts i gruppavtalet. Den har därför praktisk betydelse i första hand när det är den försäkrade gruppmedlemmen som enligt avtalet skall betala premien. Om premien skall betalas av exempelvis en arbetsgivare, en förening eller en bank, har medlemmens personliga förhållanden mera

sällan någon betydelse för betalningens punktlighet. Det är emellertid tänkbart att bestämmelsen blir tillämplig också i sådana fall. Den försäkrade kan efter att ha mottagit ett meddelande om premiedröjsmål enligt 18 § andra stycket hindras att betala genom ett hinder som avses i 19 § första stycket, t.ex. då arbetsgivaren på grund av dålig ekonomi låter bli inte bara att betala de anställdas premier utan också att utge lön i vederbörlig ordning. Måste det antas att premien skulle ha betalats i tid om inte detta förhållande inträffat, flyttas tiden för uppsägningens rättsverkan fram på det sätt som bestämmelsen anger.

Bestämmelsen nämner inte särskilt fallet att hinder uppkommer för den som anslutits tillsammans med gruppmedlemmen, även om denne i det enskilda fallet sköter betalningen såvitt gäller honom. Det är ju den försäkrade gruppmedlemmen som är försäkringstagare och i denna egenskap ansvarig för premien mot försäkringsbolaget. Det är däremot tänkbart att t.ex. en anhörigs plötsliga svåra sjukdom, frihetsberövande eller liknande i något fall utgör ett så allvarligt och oväntat personligt hinder för gruppmedlemmen att betala premien att det är att jämställa med de förhållanden som anges i lagtexten och därför kan åberopas som ett liknande oväntat hinder.

Andra stycket

I speciella fall betalas premien inte av den försäkrade utan av någon annan för gruppens räkning. Om premien uteblivit på grund av försummelse av den som på grund av gruppavtalet förmedlar betalning på medlemmens vägnar, räcker det inte med att försäkringsbolaget sänder ett uppsägningsmeddelande till medlemmen på ändamålsenligt sätt enligt 23 § för att försäkringsbolaget skall få försäkringen att upphöra. För att uppsägningen skall få effekt är det nödvändigt att gruppmedlemmen också fått faktisk kännedom om dröjsmålet. Uppsägningens verkan flyttas fram en vecka efter det att medlemmen fått sådan vetskap – liksom enligt första stycket dock högst tre månader efter det att den ursprungliga betalningsfristen gått ut.

Om det framkommer att premiebetalaren försummat sina skyldigheter, åligger alltså det försäkringsbolaget att visa att den försäkrade gruppmedlemmen likväl fått kännedom om dröjsmålet. Om försäkringsbolaget visar att ett meddelande faktiskt har avsänts – av försäkringsbolaget eller av någon på dess vägnar, t.ex. en gruppföreträdare – till den försäkrade gruppmedlemmen under riktig adress, får man normalt utgå från att denne också tagit del av meddelandet. Däremot är det inte i sig tillräckligt att ett skriftligt meddelande om uppsägningen avsänts till ett företag eller en föreningsrepresentant med anhållan att det vidarebefordras till de berörda försäkrade, inte heller att meddelandet bevisligen anslagits på en arbetsplats eller i en föreningslokal eller tagits in i en förbundstidning eller liknande, upplysningar som lätt kan förbises av de försäkrade.

Försäkringsersättningen

20 § Det som sägs i 6 kap. om försäkringsersättningen tillämpas också vid gruppskade-försäkring.

(Jfr 9 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver att reglerna om försäkringsersättning vid individuell konsumentförsäkring skall tillämpas också vid gruppskadeförsäkring. Den har ingen direkt motsvarighet vid grupppersonförsäkring. Den har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 13 §. Vid individuell företagsförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 8 kap. 18 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7. – Det hänvisas till kommentaren till 6 kap.

Skaderegleringen

21 § Det som sägs i 7 kap. 1–4 §§ och 7–9 §§ om skaderegleringen m.m. tillämpas också vid gruppskadeförsäkring.

(Jfr 9 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver att reglerna om skadereglering, preskription, regressrätt m.m. vid individuell konsumentförsäkring skall tillämpas också vid gruppskadeförsäkring. Däremot undantas dels bestämmelsen om postrisken i 7 kap. 5 § med hänsyn till den särskilda regeln i 23 § om meddelanden till de försäkrade vid grupp-försäkring, dels bestämmelsen i 7 kap. 6 § angående tvist om vägran att teckna försäkring. – Paragrafen har för grupp-personförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 25 § och för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring en motsvarighet i 18 kap. 14 §. Vid individuell företagsförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7. – Det hänvisas till kommentaren till de aktuella paragraferna i 7 kap.

Tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet

22 § Det som sägs i 9 kap. om tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet tillämpas också vid gruppskadeförsäkring.

(Jfr 9 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver att reglerna om tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet vid individuell skadeförsäkring skall tillämpas också vid gruppskadeförsäkring. Paragrafen har ingen direkt motsvarighet vid grupp-personförsäkring. Vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring har den däremot en motsvarighet i 18 kap. 15 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7. – Det hänvisas till kommentaren till 9 kap.

Meddelanden till de försäkrade

23 § Om försäkringsbolaget enligt någon bestämmelse i detta kapitel eller i gruppavtalet skall tillställa en försäkrad eller den som är försäkrad tillsammans med honom en uppsägning eller ett annat meddelande, skall bolaget på ändamålsenligt sätt sända detta för deras kännedom. Ett meddelande som avser bestämda gruppmedlemmar skall sändas till dessa personligen.

(Jfr 9 kap. 16 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen har för grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 26 §.
– Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Kapitlet avslutas med en allmän bestämmelse om sättet att tillställa den försäkrade meddelanden som skall lämnas enligt detta kapitel eller gruppavtalet. En liknande regel finns intagen i 5 § första stycket om avsändning av försäkringsbesked. Bestämmelsen gäller inte premiekrav 17 §, vilket inte kan betraktas som ett meddelande i vanlig mening.

Paragrafen skiljer mellan meddelanden som avser gruppen i dess helhet och meddelanden som rör bara en viss försäkrad eller vissa försäkrade.

Vad som är ändamålsenligt enligt *första meningen* får bedömas med hänsyn inte bara till vad som ter sig praktiskt i försäkringsverksamheten utan också till det mer eller mindre angelägna syftet med meddelandet till den försäkrade. Man får visserligen inte ställa orealistiska krav på försäkringsbolagets administration av en försäkring. I den mån ett under rättelsesystem går att ordna med rimliga kostnader och ter sig väsentligt för den försäkrades skydd, kan man dock fordra att systemet också genomförs.

Om försäkringsbolaget har tillgång till gruppmedlemmarnas namn och adresser, kan det sålunda vara skäligt att bolaget utnyttjar detta vid distribution av meddelanden om försäkringen, även när meddelandena rör hela gruppen och därför personliga underrättelser inte är nödvändiga enligt andra meningen. Att i det läget nöja sig med att exempelvis till gruppen föra in underrättelser av väsentlig betydelse i en förbundstidning eller liknande får anses otillräckligt, i varje fall när det gäller sådana meddelanden som föreskrivs i lagen eller då en underrättelseskyldighet av större betydelse för den försäkrades trygghet skrivits in i försäkringsvillkoren. Detsamma gäller om försäkringsbolaget, trots sin kännedom om de enskilda gruppmedlemmarna och deras adresser, bara ger ett meddelande till gruppchefen med anmodan om att denne tar kontakt med medlemmarna om saken. Att försäkringsbolaget efter att ha iordningställt skriftliga meddelanden till de anställda hos en arbetsgivare översänder meddelandena till arbetsgivaren för distribution får dock anses ändamålsenligt, även om bolaget har tillgång till medlemmarnas bostadsadresser. Mera rutinmässiga meddelanden, t.ex. om någon mindre jämkning av villkoren, bör i varje fall kunna ges på detta vis.

När försäkringsbolaget saknar kännedom om de enskilda gruppmedlemmarnas personer, eller i vart fall om deras adresser, är det naturligt att bolaget litar till att en gruppchef underrättar dem. Försäkringsbolaget får då anses ha gjort vad som kan begäras när det låter gruppchefen vidarebefordra meddelandena. En annan sak är att försäkringsbolaget i vissa fall får svara för felaktigheter i de meddelanden gruppchefen lämnar på dess vägnar. En annan metod som får anses godtagbar i detta läge är att låta ta in ett meddelande, avsett för alla gruppmedlemmar, i en förbundstidning eller ett medlemsblad som utgår till medlemmarna.

Enligt *andra meningen* skall personliga meddelanden utgå. För att kravet skall vara uppfyllt räcker det att ett sådant meddelande avsänds antingen av försäkringsbolaget, i de fall där detta har en förteckning över gruppmedlemmarna, eller också av någon annan på bolagets vägnar. I båda fallen åligger det bolaget att förebringa utredning om att ett meddelande faktiskt har avsänts till en adress där gruppmedlemmen enligt tillgängliga uppgifter kan nås, antingen till bostadsadressen eller till medlemmens arbetsplats. Att meddelandet verkligen nått adressaten behöver inte heller i detta fall konstateras.

När paragrafen anger att meddelanden som angår bestämda personer i gruppen skall sändas till gruppmedlemmarna personligen tar den inte sikte på information till eventuella nytillkommande gruppmedlemmar, vilkas namn normalt är okända för försäkringsbolaget. Det är förenligt med lagen att meddelandena här tillställs gruppens företrädare för distribution till alla gruppmedlemmar som inte tidigare har fått sådana. Inte heller avses meddelanden till bara en del av gruppen, om det rör sig om samtliga som tillhör en viss kategori. Även i ett sådant fall kan underrättelsen gå genom företrädare för gruppen.

Följden av att paragrafen inte iakttas är att ett vederbörligt meddelande inte anses ha avsänts. Detta kan i vissa fall medföra att den verkan som avses med meddelandet inte inträder; en giltig uppsägning anses t.ex. inte ha skett. I andra fall kan andra påföljder komma i fråga för försäkringsbolaget – exempelvis marknadsrättsliga påföljder vid bristfällig information, eller i speciella fall skadeståndsansvar enligt allmänna kontraktsrättsliga principer.

18 kap. Kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring

I kapitlet regleras olika frågor vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring av samma karaktär som för den individuella konsumentförsäkringens del behandlas i 2–7 kap. och för den individuella företagsförsäkringen behandlas i 8 kap. samt för båda formerna av försäkring i 9 kap. Vid grupp-skadeförsäkring behandlas motsvarande frågor i 17 kap. Kapitlet har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. – Kapitlet har ingen motsvarighet i 1927 års FAL eller 1980 års KFL.

Kapitlet innehåller sexton paragrafer och är i stort uppbyggt på samma sätt som 17 kap. om grupp-skadeförsäkring. I 1 § anges tillämpningsområdet. Den kollektivavtalsgrundade skadeförsäkringens konstruktion beskrivs i 2 §. I 3–6 §§ ges regler om information. Tiden för försäkringsbolagets ansvar, uppsägning av försäkringen och ändring av försäkringen behandlas i 7–9 §§. I 10 § finns regler om efterskydd. I 11 § behandlas försäkringsbolagets konkurs m.m. och i 12 § begränsningar av försäkringsbolagets ansvar. I 13–15 §§ regleras försäkringsövertagningen, skaderegleringen och tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet. I 16 § finns en bestämmelse om förhållandet till borgenärerna.

Tillämpningsområde

1 § Bestämmelserna om kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring tillämpas på skadeförsäkringar som

1. tecknas av arbetsgivare för att ge försäkringsskydd åt anställda,
2. meddelas enligt ett i försäkringsvillkoren angivet kollektivavtal som har slutits mellan en arbetsgivarorganisation och en arbetstagarorganisation och
3. tecknas hos ett försäkringsbolag enligt vad som framgår av kollektivavtalet.

En kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring kan omfatta också arbetsgivaren själv och andra som har anknytning till arbetsgivarens verksamhet. Närstående till anställda eller andra försäkrade kan också omfattas av försäkringen. Det som sägs om anställda i 3–6 och 12 §§ gäller också andra som omfattas av försäkringen.

Om försäkringsskyddet enligt ett kollektivavtal som avses i första stycket skall gälla också för anställda hos sådana arbetsgivare som inte har tecknat försäkring trots att de har varit skyldiga att göra det, skall utbetalad ersättning anses som ersättning från en kollektivavtalsgrundad försäkring.

Bestämmelserna tillämpas också om flera försäkringsbolag meddelar kollektivavtalsgrundad försäkring för olika anställda hos samma arbetsgivare. Varje försäkringsbolag har då de skyldigheter och rättigheter som bestämmelserna anger i förhållande till dem som bolaget meddelar försäkring för.

Om en försäkrad enligt kollektivavtalet får överenskomma med försäkringsbolaget om en särskild utformning av försäkringsskyddet, anses en sådan överenskommelse som en del av den kollektivavtalsgrundade försäkringen.

(Jfr 10 kap. 1 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger tillämpningsområdet för bestämmelserna om kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Den har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 1 § och vid gruppskadeförsäkring viss motsvarighet i 17 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.1 och 11.2.

Första stycket

De särskilda reglerna om kollektivavtalsgrundad försäkring skall tillämpas bara på försäkringar som uppfyller tre bestämda krav. Annan försäkring kan inte ens genom ett centralt kollektivavtal göras till en kollektivavtalsgrundad försäkring.

Det *första kravet* är att försäkringen tecknas av en arbetsgivare för att ge försäkringsskydd åt dennes anställda. En försäkring som en näringsidkare tecknar för att skaffa skydd uteslutande åt sig själv och sina anhöriga är alltså inte någon kollektivavtalsgrundad försäkring, även om villkoren skulle hämtas från ett kollektivavtal. Det krävs inte att näringsidkaren faktiskt har några anställda vid den tidpunkt när försäkringen tecknas. Det är tillräckligt att han ingår ett generellt anslutningsavtal, dvs. ett avtal om försäkring för de anställda som näringsidkaren kan komma att få. Trots att försäkringen omedelbart efter tecknandet kommer att gälla bara för honom själv blir det en kollektivavtalsgrundad försäkring. Försäkringen skall alltså tecknas av arbetsgivaren. Det är inte tillräckligt att arbetsgivaren t.ex. genom ett kollektivavtal åtar sig att till arbetstagarorganisationen betala de medel som behövs för att organisationen skall kunna teckna en försäkring för sina medlemmar, inte ens om premierna skall betalas direkt till försäkringsbolaget. Arbetsgivaren skall vara försäkringstagare i avtalsförhållandet till försäkringsbolaget.

Liksom vid personförsäkring är det de anställda (och andra som omfattas av försäkringen) som skyddas av en kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Dessa är därför att anse som försäkrade. Detsamma skall gälla vid ansvarsförsäkring som arbetsgivaren tecknar i avsikt att skydda den anställda vid personskada, t.ex. TFA (jfr 2 § andra stycket). Att ansvarsförsäkring formellt avser att täcka försäkringstagarens skadeståndsansvar saknar alltså betydelse i sammanhanget.

Det *andra kravet* är att försäkringen skall meddelas enligt ett kollektivavtal som villkoren hänvisar till och att detta kollektivavtal har ingåtts mellan en arbetsgivarorganisation och en arbetstagarorganisation. Att försäkringen skall meddelas enligt ett kollektivavtal betyder inte att kollektivavtalsparterna måste ha konstruerat en egen försäkringsprodukt eller att villkoren måste finnas återgivna i kollektivavtalet. Det är tillräckligt att kollektivavtalet hänvisar till villkoren för en redan existerande försäkring som framgår av kollektivavtalet. Försäkringsavtalet får innehålla även andra villkor än kollektivavtalet anger och regleringen lämnar utrymme för att enligt avtalet låta vissa individuella moment bestämmas genom överenskommelse med den anställda. Samtidigt är att märka att alla villkor måste vara förenliga med kollektivavtalet. Står de på något sätt i strid med detta avtal, faller försäkringen i sin helhet utanför begreppet kollektivavtalsgrundad försäkring.

Som framgår av lagtexten är det ett direkt krav att kollektivavtalet nämns i villkoren. Om detta inte sker, hamnar försäkringen utanför kapitlet, även om villkoren helt stämmer överens med kollektivavtalet. Däremot är det inte något krav att arbetsgivaren är bunden av detta eller något annat kollektivavtal.

Den omständigheten att det kollektivavtal som försäkringen följer upphör att gälla innebär inte att försäkringen upphör att vara en kollektivavtalsgrundad försäkring eller att eventuella villkor som avviker från lagen blir ogiltiga.

Det *tredje kravet* är att det av kollektivavtalet framgår hos vilket eller vilka försäkringsbolag försäkringen skall teckna, och att den också tecknas hos ett sådant försäkringsbolag. Arbetsgivaren behöver alltså inte vara bunden till ett enda försäkringsbolag. Kollektivavtalsparterna kan ha angett flera försäkringsbolag, som den enskilde arbetsgivaren får välja mellan. Däremot kan kravet på att försäkringsbolaget skall framgå av kollektivavtalet inte anses uppfyllt, om avtalet lämnar arbetsgivaren full frihet att välja försäkringsbolag. I så fall blir försäkringen en vanlig gruppförsäkring eller individuell försäkring.

Andra stycket

Om det principiella huvudsyftet att ge försäkringsskydd åt försäkringstagarens anställda är uppfyllt, kan skydd enligt avtalet gälla också för andra än anställd utan att försäkringen mister sin karaktär av kollektivavtalsgrundad försäkring. De personer som kan komma i fråga anges i detta stycke.

Först nämns arbetsgivaren själv, därefter andra som har anknytning till dennes verksamhet – t.ex. styrelseledamöter och revisorer, beroende uppdragstagare, praktikanter och andra som deltar i verksamheten utan att vara anställda. I vad mån sådana kategorier verkligen omfattas av

försäkringen får framgå av villkoren. Det som sägs om anställda och information och begränsningar av försäkringsbolagets ansvar gäller också andra som omfattas av försäkringen.

Tredje stycket

Bestämmelsen i detta stycke syftar på de garantiregler som förekommer i de centrala uppgörelserna om kollektivavtalsgrundade försäkringar. Regeln innebär att garantiersättningen i olika avseenden skall behandlas som om den hade utgått från den typ av kollektivavtalsgrundad försäkring som det hade ålegat arbetsgivaren att teckna, exempelvis när det gäller bestämmelserna om försäkringsersättning.

Fjärde stycket

Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 1 § andra stycket.

Femte stycket

Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 1 § tredje stycket.

Försäkringstagare och försäkrad

2 § En arbetsgivare som ingår avtal om kollektivavtalsgrundad försäkring med försäkringsbolaget är försäkringstagare.

En anställd eller annan som försäkringen avser att skydda anses som försäkrad, även när försäkringen gäller ersättningsskyldighet för arbetsgivaren.

(Jfr 10 kap. 3 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger vem som är försäkringstagare och vem som anses som försäkrad. Den har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 2 § och vid gruppskadeförsäkring viss motsvarighet i 17 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.1.

Första stycket

Som framgår redan av 1 § är det vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring arbetsgivaren som ingår avtalet med försäkringsbolaget. Här anges för tydlighetens skull att arbetsgivaren också är att anse som försäkringstagare i lagens mening. Vid skadeförsäkring tillgodoses den försäkrades intressen i tillräcklig mån av tillämpliga lagregler utan en bestämmelse motsvarande den vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring (20 kap. 2 § andra meningen) att den försäkrade vid tillämpning av vissa bestämmelser skall anses som försäkringstagare.

Andra stycket

Av detta stycke framgår att vid TFA och liknande kollektivavtalsgrundade försäkringar den anställda är att anse som försäkrad, fast konstruk-

tionen kan innebära att försäkringsbolaget, liksom vid ansvarsförsäkring, åtar sig att svara för en ersättningsskyldighet som arbetsgivaren ådragit sig. De särskilda regler som gäller om försäkrade, t.ex. 10 § om efterskydd, är därför tillämpliga på den anställda. Det innebär också att 9 kap. 7–9 §§ om den skadelidandes rätt inte blir aktuella för den anställdes del. Dennes rätt är starkare än så. Som försäkrad anses också den som omfattas av försäkringen utan att vara anställd, t.ex. någon närstående till en anställd (jfr 1 § andra stycket).

Information

3 § När en överenskommelse som medför skyldighet för en arbetsgivare att teckna en kollektivavtalsgrundad försäkring har ingåtts, skall försäkringsbolaget och de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringsvillkoren anger på lämpligt sätt informera de arbetsgivare och anställda som berörs av överenskommelsen. Informationen skall avse arbetsgivarens skyldighet att teckna försäkring, kostnaderna för försäkringen och omfattningen av den.

(Jfr 10 kap. 4 § första stycket promemorian och SkFL.)

Paragrafen handlar om den information som försäkringsbolagen och de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som behandlar den aktuella försäkringsfrågan skall lämna innan försäkringsavtalet ingås. Paragrafen har för kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 3 §. Den har vid gruppskedeförsäkring en motsvarighet i 17 kap. 4 §. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 2 kap. 2 § och vid individuell företagsförsäkring i 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3.

Med arbetsmarknadsparterna avses de parter som har ingått det kollektivavtal som försäkringsvillkoren anger. Med försäkringsbolaget avses det försäkringsbolag som i det produktstyrande avtalet har fått uppdraget att meddela försäkringen. En förutsättning för försäkringsbolagets informationsansvar är naturligtvis att försäkringsbolaget också har accepterat arbetsmarknadsparternas uppdrag. Vidare är det en självklar förutsättning att försäkringsbolaget får uppgifter om vilka företag som berörs av den träffade överenskommelsen.

Om en arbetsgivare som inte är kollektivavtalsbunden ansluter sig till försäkringen, ligger det i sakens natur att inte arbetsmarknadsparterna utan enbart försäkringsbolaget skall ha skyldighet att informera. Det samma gäller i de delar försäkringen innehåller individuella moment som inte framgår av kollektivavtalet.

Den information som skall lämnas avviker delvis från den som skall lämnas enligt motsvarande bestämmelse om gruppförsäkring. Eftersom arbetsgivaren är skyldig att teckna försäkring, saknar information för bedömning av försäkringsbehovet osv. intresse. Informationen skall i stället inriktas på vad arbetsgivarens skyldighet innebär och på försäkringens huvudsakliga innehåll. Typiskt sett bör informationen kunna vara kortfattad.

4 § När en försäkring har meddelats skall försäkringsbolaget snarast på ett ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de anställdas kännedom. Beskeden skall innehålla

upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga begränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har ändrats eller förnyats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat till, gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte åberopas om nya försäkringsbesked eller annat meddelande i frågan på ett ändamålsenligt sätt har avsänts för de anställdas kännedom senast fjorton dagar före försäkringsfallet eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till har insett eller bort inse att uppgiften är oriktig eller inte längre är giltig.

(Jfr 10 kap. 5 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar skyldigheten att sända försäkringsbesked samt beskedets innehåll och civilrättsliga verkningar. Den har för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 4 § och för gruppskadeförsäkring en motsvarighet i 17 kap. 5 §. Vid konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 2 kap. 4 §. I fråga om individuell företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3.

Sedan en kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring har meddelats skall försäkringsbolaget enligt *första stycket* genom särskilda försäkringsbesked informera dem som omfattas av försäkringen. I allmänhet är det genom ett sådant besked som den anställda får klart för sig vilket skydd försäkringen ger, och det är därför viktigt att den försäkrade kan lita på beskedet. Detta skall upplysa om bl.a. de begränsningar som gäller i försäkringsskyddet liksom om de rättigheter och skyldigheter som följer med försäkringen. Skulle beskedet återge villkoren fel, kan det få en civilrättslig verkan till förmån för den försäkrade. Informationsplikten går lika långt som vid gruppskadeförsäkring. Om det åligger den försäkrade att iaktta t.ex. en särskilt viktig säkerhetsföreskrift skall – liksom vid individuell försäkring – detta framhållas i försäkringsbeskedet.

Som redan framgått skall syftet vara att nå samtliga försäkrade med informationen: anställda, arbetsgivaren själv och andra med anknytning till dennes verksamhet. Men detta betyder inte att beskeden behöver vara specialutformade för de olika kategorierna anställda och andra som kan omfattas av försäkringen eller att försäkringsbolaget behöver använda olika kanaler för att nå dem. Detta är ofta praktiskt omöjligt, eftersom försäkringsbolaget inte känner till vilka olika kategorier som finns vid ett enskilt företag. Det är tillräckligt att försäkringsbolaget tillställer arbetsgivaren så många exemplar av ett gemensamt besked som behövs för att denne skall kunna dela ut ett exemplar till varje person som berörs av försäkringen.

I *andra stycket* regleras rättsverkan av felaktiga försäkringsbesked. Av praktiska skäl måste ett nytt besked eller annat meddelande vid kollektivavtalsgrundad försäkring anses vara avsänt när försäkringsbolaget har avslutat ett utskick som enligt försäkringsbolagets noteringar avser alla berörda företag, och detta även om det i efterhand visar sig att någon försändelse inte har nått ett visst företag. Fjortondagarsfristen räknas från denna tidpunkt. Som framgår av lagtexten gäller denna frist även om en enskild på grund av t.ex. semester eller

sjukledighet inte har fått del av den nya informationen inom fristen. Efter fristens utgång kan den försäkrade inte åberopa den uppgift som avviker från försäkringsavtalet. Det är tänkbart att försäkringsbeskedet grundar sig på en oriktig uppgift, som försäkringsbolaget har fått från arbetsgivaren. Även i en sådan situation blir godtrosregeln i princip tillämplig. Det avgörande är vad den anställde för sin del förstått eller borde ha förstått.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 17 kap. 5 §.

5 § Under försäkringstiden skall försäkringsbolaget och arbetsmarknadsparterna i skälig omfattning informera arbetsgivare, anställda och andra som omfattas av försäkringen om sådana förhållanden rörande denna som det är av betydelse för dem att känna till. Försäkringsbolaget har informationsskyldigheten med anledning av försäkringsfall, och skyldigheten gäller också mot andra som har anspråk mot bolaget. Det som sägs i 2 kap. 7 § om information om möjligheter till överprövning m.m. tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring.

(Jfr 10 kap. 4 § andra stycket promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets och arbetsmarknadsparternas generella skyldighet att informera de försäkrade under försäkringstiden. Paragrafen har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 5 § och vid gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 6 §. För konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 2 kap. 5 och 7 §§. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3.

Också här är ansvaret för informationen delat mellan försäkringsbolaget och arbetsmarknadsparterna, utom såvitt gäller informationen med anledning av försäkringsfall. Den informationen svarar av naturliga skäl bolaget ensamt för. Om informationen enligt 3 § som regel kan vara kortfattad, måste desto större vikt läggas vid informationen enligt förevarande paragraf. Målet skall vara att ge varje försäkrad en fullgod information som på ett lättläst och såvitt möjligt fullständigt sätt klargör vad som gäller för honom. I praktiken kommer informationsskyldigheten till största delen att fullgöras genom försäkringsbesked enligt 4 §, vilka åtminstone i de stora systemen lär utges en gång om året. Också andra meddelanden kan bli nödvändiga, främst när det sker ändringar i viktiga förhållanden som arbetsgivare och försäkrade bör känna till. Vilka krav på skriftligt informationsmaterial som skall ställas får emellertid bedömas i förhållande till de informationsinsatser i övrigt som görs, t.ex. genom utbildning av försäkringsrådgivare på arbetsplatserna. Om man på sådana alternativa sätt gör kunskap om försäkringen tillgänglig för de berörda, minskar kraven på detaljredovisning i det tryckta materialet.

Informationen kan i allmänhet vara standardiserad. Man kan inte belasta trycksaker med detaljerade uppgifter om undantag och specialbestämmelser som har betydelse bara för ett fåtal försäkrade. I den mån kunskap finns om att de som berörs av en specialreglering finns samlade på ett fåtal företag, bör det dock kunna krävas att de berörda får möjlighet att omedelbart ta del också av dessa speciella bestämmelser.

Det kan inträffa att någon som inte omfattas av försäkringen fordrar ersättning av försäkringsbolaget, nämligen om en skadelidande utnyttjar 9 kap. 7 § om direktkrav mot försäkringsbolaget. Därför föreskrivs i

andra meningen att försäkringsbolagets informationsskyldighet med anledning av försäkringsfall gäller också mot annan som har anspråk mot försäkringsbolaget.

Kollektivavtalsgrundad försäkring skiljer sig inte särskilt mycket från annan försäkring när man kommer till regleringen av enskilda skadefall. Därför sägs att de särskilda reglerna i 2 kap. 7 § om information om överprövning och om preskription i samband med skaderegleringen skall tillämpas också på kollektivavtalsgrundad försäkring. Informationsskyldigheten ligger på försäkringsbolaget.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 17 kap. 6 §.

6 § Om ett försäkringsbolag inte lämnar information enligt 3–5 §§, tillämpas 2 kap. 9 § vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring med en anställd som försäkrad och 8 kap. 2 och 3 §§ vid annan kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. En anställd som omfattas av försäkringsskyddet skall då anses som en konsument som tecknat individuell försäkring.

(Paragrafen saknar motsvarighet i promemorian och SkFL.)

I paragrafen hänvisas till det marknadsrättsliga sanktionssystem som anges i 2 kap. 9 § respektive 8 kap. 2 och 3 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3. – Hänvisningen i paragrafen gäller bara i fråga om informationsbrister hos försäkringsbolaget, inte arbetsmarknadsparterna.

En kollektivavtalsgrundad försäkring tecknas av arbetsgivaren för att ge skydd åt anställda. För att tydliggöra att den marknadsrättsliga sanktion som står till buds beträffande försäkringar som tecknas av en konsument eller ett dödsbo är avsedd att kunna tillämpas även beträffande kollektivavtalsgrundade försäkringar till skydd för anställda har ett klagörande härom gjorts i paragrafens *andra mening*.

Tiden för försäkringsbolagets ansvar

7 § När en arbetsgivare tecknar en försäkring som han enligt kollektivavtal är skyldig att teckna, räknas tiden för försäkringsbolagets ansvar från och med den dag då han blev bunden av kollektivavtalet eller den dag som anges i kollektivavtalet. I annat fall räknas tiden från och med dagen efter den då ansökan om försäkring avgavs till försäkringsbolaget, om inte annat har avtalats eller framgår av omständigheterna.

Om försäkringsfall inträffar innan avtal träffats om en särskild utformning av försäkringsskyddet, bestäms ansvaret efter vad som är skäligt med hänsyn till den försäkrades förhållanden och de villkor som gäller för övriga försäkrade.

(Jfr 10 kap. 6 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger från vilken tidpunkt försäkringsbolagets ansvar löper dels då försäkringen tecknas på grund av arbetsgivarens förpliktelse enligt ett kollektivavtal, dels då den tecknas utan stöd av ett sådant avtal. Paragrafen har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 7 § och vid gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 8 §. För konsumentförsäkring finns motsvarigheten i 3 kap. 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4.

Första stycket

Huvudregeln är att försäkringsbolagets ansvar räknas från det att arbetsgivaren blev bunden av kollektivavtalet. Regeln tar också hänsyn till möjligheten att försäkringen enligt avtalet skall träda i kraft redan tidigare eller först någon tid efter tecknandet. Här gäller alltså avtalsfrihet.

Arbetsgivaren kan bli bunden genom att själv eller genom sin organisation teckna kollektivavtal. Detsamma kan bli följden om en oorganiserad arbetsgivare går in i t.ex. något av Svenskt Näringslivs förbund och därmed blir bunden av det kollektivavtal som gäller på arbetsgivarens verksamhetsområde. När arbetsgivaren därefter tecknar försäkring med viss retroaktiv verkan, gäller skyldigheten att betala premie också för den redan förflutna tiden, även om något försäkringsfall inte har inträffat.

När arbetsgivaren tecknar försäkringen frivilligt eller efter en överenskommelse med sina anställda som inte har formen av kollektivavtal, skall samma huvudregel gälla som för individuell försäkring. Ansvaret räknas från och med dagen efter den då ansökan sändes eller lämnades till försäkringsbolaget, om inte något annat har avtalats eller framgår av omständigheterna.

Andra stycket

Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 8 § fjärde stycket.

Uppsägning av försäkringen

8 § Försäkringsvillkoren får innehålla att försäkringen inte kan upphöra på grund av uppsägning, så länge arbetsgivaren enligt kollektivavtal är skyldig att hålla försäkringen. Om ett sådant villkor inte gäller, tillämpas andra stycket.

En försäkring som gäller tills vidare kan sägas upp till utgången av månaden efter den då uppsägning sker. Om försäkringen gäller för viss tid, kan försäkringsbolaget säga upp den för upphörande i förtid bara om premien inte betalas i rätt tid och dröjsmålet inte är av ringa betydelse. Uppsägningstiden vid dröjsmål med premie för senare premieperiod än den första skall vara minst en månad, räknat från det att försäkringsbolaget avsände uppsägningen till arbetsgivaren.

(Jfr 10 kap. 7 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen behandlar parternas möjligheter att säga upp försäkringen. Den har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 8 § och vid gruppskadeförsäkring delvis motsvarighet i 17 kap. 10–13 §§. Vid konsumentförsäkring behandlas motsvarande frågor i 3 kap. 4–6 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4.

Första stycket

I första meningen ges lagstöd åt det vanligt förekommande försäkringsvillkoret att varken arbetsgivaren eller försäkringsbolaget får säga upp försäkringen så länge arbetsgivaren är bunden av kollektivavtal om försäkringen. För att ett sådant uppsägningsförbud skall vara giltigt mot

arbetsgivaren måste det gälla också för försäkringsbolaget (se vidare nedan).

Enligt lagtexten får inte själva uppsägningen förbjudas. Villkoren får bara innehålla att uppsägningen inte kan få verkan så länge arbetsgivaren är bunden av kollektivavtalet.

Andra stycket

När det inte finns någon kollektivavtalsgrundad skyldighet att hålla försäkring, ges i detta stycke skilda regler beroende på försäkringens konstruktion. Reglerna blir tillämpliga också om villkoren för kollektivavtalsbundna arbetsgivare inte innehåller något sådant förbud som avses i första meningen.

De flesta kollektivavtalsgrundade försäkringar gäller tills vidare. Om arbetsgivaren inte är bunden av något kollektivavtal, kan det då inte komma i fråga att i lagen förbjuda uppsägning eller att begränsa uppsägningsmöjligheten till t.ex. vissa typer av kontraktsbrott. För denna situation finns det därför bara en regel om uppsägningstidens längd, som gäller oberoende av om det är försäkringsbolaget eller arbetsgivaren som säger upp försäkringen. En annan sak är att arbetsgivaren på grund av avtal, som inte är kollektivavtal, kan vara förhindrad i förhållande till sina anställda att säga upp försäkringen.

När försäkringen gäller för viss tid och arbetsgivaren inte är bunden av kollektivavtal, kan båda parter säga upp försäkringen till varje förnyelse-tidpunkt. Vad som här har ansetts att man behöver reglera i lagen är bara uppsägning i förtid från försäkringsbolagets sida på grund av arbets-givarens kontraktsbrott. Med tanke på att försäkringar av detta slag normalt bara gäller för ett år i taget behövs ingen allmän rätt till uppsägning under löpande avtalstid heller för försäkringsbolagets del. Eftersom frågan om brott mot upplysningsplikten vidare spelar så liten roll vid kollektivavtalsgrundad försäkring, ger andra stycket försäkringsbolaget uppsägningsrätt bara vid premiedröjsmål. Uppsägningstiden skall vara minst en månad, utom vid dröjsmål med första premien.

Reglerna i andra stycket är tvingande till försäkringstagarsidans förmån och kan frångås bara genom en central överenskommelse enligt 1 kap. 6 §. En sådan överenskommelse fordras alltså för att försäkrings-avtalet skall avvika från uppsägningsregeln till försäkringstagarens nackdel, t.ex. om det föreskrivs att försäkringen får upphöra först viss tid efter det att kollektivavtalet upphört.

Ändring av försäkringen

9 § Försäkringsbolaget får i försäkringsvillkoren förbehålla sig rätt att ändra försäkringen under försäkringstiden. En ändring till de försäkrades nackdel får dock göras bara med godkännande av de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringen följer.

Försäkringsvillkor som har utformats genom en särskild överenskommelse mellan försäkringsbolaget och den anställda får inte ändras till den anställdes nackdel utan dennes samtycke.

(Jfr 10 kap. 8 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger förutsättningarna för att försäkringsbolaget skall få ändra försäkringen. Den har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 9 § och vid gruppskadeförsäkring en motsvarighet i 17 kap. 14 §. Vid konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 3 kap. 7 och 8 §§. I fråga om företagsförsäkring, se 8 kap. 6 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4.

Första stycket

Som framgår av 8 § har försäkringsbolaget begränsade möjligheter att säga upp en kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Särskilt med tanke på att det oftast är fråga om försäkring som gäller tills vidare måste försäkringsbolaget däremot kunna ändra försäkringen under försäkringstiden. I denna paragraf medges därför försäkringsbolaget att förbehålla sig rätt till villkorsändringar.

I praktiken kommer initiativet till villkorsändringar ofta från arbetsmarknadsparterna, men i vad mån försäkringsbolaget är skyldigt att genomföra de ändringar parterna begär regleras inte i lagen. Det är en fråga för avtalet mellan parterna och försäkringsbolaget. I paragrafen regleras bara försäkringsbolagets rätt i förhållande till arbetsgivare och anställda. Även om arbetsgivaren i försäkringsavtalet har medgett försäkringsbolaget fri ändringsrätt, får ändring ske bara på det sätt och vid den tid som har godkänts av de arbetsmarknadsparter som har träffat det kollektivavtal som försäkringen följer. Och kravet på godkännande av dessa parter gäller alltså också om arbetsgivaren inte är bunden av något kollektivavtal alls eller tecknar försäkringen enligt åtagande i ett annat kollektivavtal.

Bestämmelsernas karaktär av skyddslagstiftning för försäkringstagar-sidan medför emellertid att en villkorsändring får verkan även utan arbetsmarknadsparternas godkännande om ändringen är till de försäkrades förmån. Ett nytt villkor till de försäkrades nackdel är däremot ogiltigt utan godkännande. Vidare kan naturligtvis även en ändring till de försäkrades förmån, som görs utan parternas godkännande, vara ett brott från försäkringsbolagets sida mot dess avtal med arbetsmarknadsparterna och för arbetsgivarens del ett brott mot dennes skyldigheter som medlem i arbetsgivarorganisationen, men den frågan regleras inte i lagen.

Andra stycket

Det som sägs i andra stycket gäller bara sådana villkor som enligt avtalet om en kollektivavtalsgrundad försäkring kan överenskommas särskilt mellan försäkringsbolaget och den anställde. Bestämmelsen innebär i och för sig inget hinder för att försäkringen sägs upp utöver vad som framgår av 8 §, men så länge försäkringen gäller skall den anställde kunna räkna med att behålla de förmåner som tillförsäkrats.

Efterskydd

10 § En försäkrad som lämnar sin anställning har rätt till efterskydd enligt vad som föreskrivs i försäkringsvillkoren. Detsamma gäller när en anställd av någon annan anledning inte längre uppfyller kraven för att omfattas av försäkringen.

(Jfr 10 kap. 9 § promemorian och SkFL.)

I paragrafen behandlas den försäkrades rätt till efterskydd. Den har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 10 § men ingen motsvarighet vid gruppskadeförsäkring. Vid konsumentförsäkring kan en viss motsvarighet sägas finnas i de bestämmelser om förnyelse som finns i 3 kap. 1 och 3 §§. Vid företagsförsäkring finns inget liknande. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4.

Vid kollektivavtalsgrundad försäkring som är utformad som en skadeförsäkring torde i de allra flesta fall försäkringsbolaget inte ha något ansvar mot den försäkrade sedan t.ex. en anställning upphört. Men det har ändå ansetts att den tänkbara möjligheten till ett efterskydd bör framgå av lagen. Frågan aktualiseras främst då vederbörande slutar sin anställning men också om en anställd av annan orsak inte längre är kvalificerad för fortsatt försäkringsskydd. Det förra fallet tas upp i *första meningen*. *Andra meningen* rör andra fall, där det också åtminstone i viss utsträckning kan bli aktuellt med ett förlängt skydd. Som exempel kan nämnas att en anställd står kvar i sin befattning men minskar sin arbetstid under den kvalifikationsgräns som gäller enligt villkoren eller att en styrelseledamot eller revisor lämnar sitt uppdrag.

Lagen garanterar inte att någon i det enskilda fallet har rätt till fortsatt skydd. Paragrafen överlämnar i praktiken helt åt villkoren att bestämma detta.

Försäkringens upphörande på grund av försäkringsbolagets konkurs, m.m.

11 § Det som sägs i 3 kap. 9–11 §§ om konkurs m.m. tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring.

(Varken promemorian eller SkFL innehåller någon motsvarande bestämmelse.)

Paragrafen hänvisar till paragrafer i kapitlet om försäkringsavtalet vid konsumentförsäkring, som handlar om vissa följder av att ett försäkringsbolag försätts i konkurs m.m. Den har sina motsvarigheter för kollektivavtalsgrundad personförsäkring i 20 kap. 11 §, för gruppskadeförsäkring i 17 kap. 15 § och för företagsförsäkringen i 8 kap. 7 §. – Saken behandlas i avsnitt 11.4. – Det hänvisas till kommentaren till 3 kap. 9–11 §§.

Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

12 § Det som sägs i 4 kap. om begränsningar av försäkringsbolagets ansvar tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Också den försäkrade har upplysnings- och anmälningsplikt enligt 4 kap. 1–3 §§. Försäkringsbolaget får dock inte vid tillämpning av

dessas bestämmelser mot den som kräver ersättning åberopa att någon annan än den anställda eller någon som är försäkrad tillsammans med honom har eftersatt sin upplysnings- eller anmälningsskyldighet eller haft vetskap om detta.

(Jfr 10 kap. 10 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen anger i vilken utsträckning som begränsningar av försäkringsbolagets ansvar är möjliga. Den har sina motsvarigheter vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring i 20 kap. 12 § och vid gruppskadeförsäkring i 17 kap. 16 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.5.

Enligt 4 kap. 1–3 §§ är det försäkringstagaren som har upplysnings- och anmälningsskyldighet i förhållande till försäkringsbolaget. Felaktiga uppgifter från den som är försäkrad utan att samtidigt vara försäkringstagare kan inte minska försäkringsersättningen. Vid kollektivavtalsgrundad försäkring har däremot också den försäkrade upplysnings- och anmälningsskyldighet mot försäkringsbolaget. Ojämkad ersättning skall dock utgå till en försäkrad, om inte denne eller en medförsäkrad är ansvarig för att försäkringsbolaget har fått oriktiga uppgifter.

Bestämmelsen har sin största betydelse vid försummelser från arbetsgivarens sida. Självfallet får emellertid en försäkrad finna sig i att ersättningen sätts ned om oriktiga uppgifter har lämnats till försäkringsbolaget och det framkommer att dessa härrör från den försäkrade själv.

Försäkringsersättningen

13 § Det som sägs i 6 kap. om försäkringsersättningen tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring.

(Jfr 10 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver att reglerna om försäkringsersättning vid konsumentförsäkring skall tillämpas även vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring men däremot vid gruppskadeförsäkring, 17 kap. 20 §, och företagsförsäkring, 8 kap. 18 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.7. – Det hänvisas till kommentaren till 6 kap.

Skaderegleringen

14 § Det som sägs i 7 kap. 1–4 och 9 §§ om skaderegleringen m.m. tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring.

(Jfr 10 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen föreskriver att reglerna om skadereglering, preskription och regressrätt vid konsumentförsäkring skall tillämpas även vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. I övrigt passar reglerna i 7 kap. inte vid denna försäkringstyp. Paragrafen har sina motsvarigheter vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring i 20 kap. 15 §, gruppskadeförsäkring i 17 kap. 21 §, och företagsförsäkring i 8 kap. 19 §. – Övervägandena finns

i avsnitt 11.7. – Det hänvisas till kommentaren till de aktuella paragraferna i 7 kap.

Tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet

15 § Det som sägs i 9 kap. 1–4 §§ och 6–9 §§ om tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring.

(Jfr 10 kap. 2 § promemorian och SkFL.)

Paragrafen har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring men däremot vid gruppskadeförsäkring i 17 kap. 22 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.7.

Paragrafen föreskriver att reglerna om tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet vid individuell skadeförsäkring skall tillämpas även vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring. Bestämmelserna i 9 kap. 5 § passar dock inte vid en sådan försäkring, och därför hänvisas inte till den.

Som framgår av 2 § andra stycket räknas anställda med flera som försäkringen avser att skydda som försäkrade, också när försäkringen formellt är konstruerad som en ansvarsförsäkring. Reglerna om tredje mans rätt vid ansvarsförsäkring blir alltså inte tillämpliga på dem, utan de kan kräva ersättning direkt av försäkringsbolaget även i andra fall än de som anges i 9 kap. 7 §. Däremot gäller dessa regler vid annan kollektivavtalsgrundad ansvarsförsäkring, t.ex. om denna är ett inslag i en kollektiv hemförsäkring.

Förhållandet till borgenärerna

16 § Det som sägs i 15 kap. 9 § tillämpas också på ersättning för personskada som utgår till en anställd på grund av kollektivavtalsgrundad ansvarsförsäkring som arbetsgivaren har tecknat.

(Paragrafen saknar motsvarighet i promemorian och SKFL.)

Paragrafen ger ersättning ur en trygghetsförsäkring mot arbetsskada och försäkringar med samma konstruktion ett motsvarande skydd mot utmätning som annars gäller för ersättning på grund av olycksfallsförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 11.8.

19 kap. Gruppersonförsäkring

I kapitlet regleras olika frågor vid gruppersonförsäkring av samma karaktär som för den individuella personförsäkringens del behandlas i 10–16 kap. Vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring behandlas motsvarande frågor i 20 kap. Kapitlet har vid gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. – Kapitlet har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Kapitlet, som omfattar 26 paragrafer, innehåller dels bestämmelser som är gemensamma för all gruppersonförsäkring, dels särskilda bestämmelser om frivillig och obligatorisk gruppersonförsäkring. I 1 § ges defini-

tioner av dessa senare begrepp. I 2 § undantas vissa typer av grupppersonförsäkring från flera av de tvingande bestämmelserna i kapitlet. I 3 § beskrivs konstruktionen av frivillig och obligatorisk grupppersonförsäkring. Särskilda informationsregler har tagits in i 4–7 §§. I 8 och 9 §§ behandlas tiden för försäkringsbolagets ansvar. I 10 § behandlas förnyelse och uppsägning av försäkringen till försäkringstidens utgång. I 11–13 §§ tas upp bestämmelser om att försäkringen upphör genom förfaranden från den försäkrade gruppens eller gruppmedlemmens sida. De två följande paragraferna, 14 och 15 §§, behandlar rätten till fortsättningsförsäkring. I 16 § regleras försäkringsbolagets rätt att ändra en försäkring under försäkringstiden och att säga upp den i förtid. Genom 17 § regleras situationen vid försäkringsbolagets konkurs. I 18 § behandlas begränsningar av försäkringsbolagets ansvar. Tidpunkten för premiebetalningen och andra frågor som anknyter till premien behandlas i 19–22 §§. I 23 § ges vissa särregler om förfogande över en grupppersonförsäkring och i 24 § förhållandet till borgenärerna. I 25 § behandlas regleringen av försäkringsfall. I den avslutande 26 § finns bestämmelser om hur meddelanden till de försäkrade skall distribueras.

Definitioner och tillämpningsområde

1 § I detta kapitel betyder

frivillig grupppersonförsäkring: grupppersonförsäkring som gruppmedlemmarna ansluter sig till genom egen anmälan eller genom att inte avböja försäkringen,

obligatorisk grupppersonförsäkring: grupppersonförsäkring som varje medlem i gruppen är ansluten till på grund av gruppavtalet.

Bestämmelserna tillämpas också om flera försäkringsbolag meddelar grupppersonförsäkring för olika medlemmar i samma grupp. Varje försäkringsbolag har då de skyldigheter och rättigheter som bestämmelserna anger i förhållande till dem som bolaget meddelar försäkring för.

Om försäkringsbolaget avtalar med en gruppmedlem om en särskild utformning av medlemmens försäkringsskydd, anses avtalet som en del av grupppersonförsäkringen för medlemmen.

(Jfr 18 kap. 1 § promemorian och 9 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen anger innebörden av begreppen frivillig och obligatorisk grupppersonförsäkring. Den har vid grupp-skadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 1 §. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. – Övervägandena bakom första stycket finns i avsnitt 10.1. Övervägandena bakom andra stycket finns i avsnitt 10.11 – Paragrafen har, som framgår av det som sägs i inledningen till kapitlet, ingen motsvarighet i 1927 års FAL. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 1 §.

2 § Bestämmelserna i 5 och 6 §§, 10–15 §§, 20 § andra och tredje styckena samt 21 och 22 §§ tillämpas inte på en försäkring som gäller under högst en månad.

(Jfr 18 kap. 2 § tredje meningen och 9 kap. 2 § PFL.)

Paragrafen handlar om att vissa av bestämmelserna om grupppersonförsäkring inte skall gälla i en del fall. Undantaget gäller när försäkringen är avgränsad i tiden. Paragrafen har för grupp-skadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 2 §. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtals-

grundad skadeförsäkring eller vid individuell skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.6. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 2 §.

Ingående av avtal

3 § Avtal om frivillig grupppersonförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och gruppmedlemmen på grundval av gruppavtalet. Ett sådant avtal kan ingås också genom att gruppmedlemmen låter bli att avböja försäkringen inom viss tid, om detta föreskrivs i gruppavtalet.

Avtal om obligatorisk grupppersonförsäkring anses ingånget mellan försäkringsbolaget och företrädare för gruppen genom gruppavtalet. Genom ett sådant avtal uppkommer ingen betalningsskyldighet för gruppmedlemmen mot försäkringsbolaget.

Den som enligt första eller andra stycket anses ingå avtal om grupppersonförsäkring med försäkringsbolaget är försäkringstagare. Vid tillämpning av 14 och 15 kap. och i fråga om rätten till försäkringsersättning i övrigt anses dock varje försäkrad som försäkringstagare, om försäkringen gäller på hans liv eller hälsa till förmån för honom själv eller hans rättsinnehavare. Om en gruppmedlem är försäkringstagare utan att själv vara försäkrad, gäller för honom det som sägs om försäkrad gruppmedlem.

(Jfr 18 kap. 3 § promemorian och 9 kap. 3 § PFL.)

Paragrafen ger vissa regler om vilka som skall anses vara avtalsparter vid grupppersonförsäkring, vilka fränsett ett tillägg i tredje stycket stämmer överens med vad som föreskrivs om gruppskadeförsäkring i 17 kap. 3 §. Den har ingen direkt motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring (jfr dock 20 kap. 2 §) eller vid individuell skadeförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.2.

Huvudregeln är att den som anses ingå gruppavtalet är försäkringstagare vid tillämpningen av lagen. I vissa avseenden – förfogande över försäkringen, förhållandet till borgenärerna och rätt till försäkringsersättning i övrigt – anses dock varje försäkrad enligt *tredje stycket* som försäkringstagare såvitt försäkringen gäller på den försäkrades liv eller hälsa till förmån för honom själv eller hans rättsinnehavare. Detta gäller även medförsäkrade vilka alltså kan exempelvis göra sitt eget förmåns- tagarförordnande. Däremot behandlas den försäkrade inte i denna egen- skap som försäkringstagare vid tillämpning av reglerna om begränsning av försäkringsbolagets ansvar, vilket får betydelse bl.a. för upplysnings- plikten, eller om premiebetalningen.

En särskild regel tar sikte på det fallet att försäkringsavtalet ingås av en gruppmedlem som inte själv är försäkrad. Det som sägs i kapitlet om försäkrad gruppmedlem gäller också för en sådan gruppmedlem. Vissa frivilliga grupppersonförsäkringar – bl.a. s.k. kompanjonsförsäkring och affärsgruppförsäkring – avser nämligen att tillgodose den egentlige försäkringstagarens behov av kapital i händelse av den försäkrades död eller varaktiga oförmåga, och då passar inte lagens bestämmelser om att den försäkrade skall behandlas som försäkringstagare. Rätten att förfoga över försäkringen bör i princip tillkomma den som tecknat den. Eftersom försäkringstagaren i detta fall visserligen är gruppmedlem men inte försäkrad, kan inte kapitlets regler om försäkrade gruppmedlemmar utan vidare tillämpas på försäkringstagaren. Av detta skäl sägs sist i tredje stycket att en sådan försäkringstagare är likställd med försäkrad

gruppmedlem, något som också får betydelse när det gäller meddelanden som skall riktas till denna kategori.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 17 kap. 3 §.

Information

4 § Innan ett gruppavtal ingås skall försäkringsbolaget lämna gruppen information som är utformad så att den underlättar bedömningen av gruppmedlemmarnas försäkringsbehov och valet av försäkring. Informationen skall avse försäkringsskyddets omfattning, försäkringsvillkoren i övrigt och andra uppgifter som gör att gruppen kan bedöma kostnaderna för och förmånerna av försäkringen. Innan ett avtal om frivillig grupppersonförsäkring ingås skall försäkringsbolaget också på ett ändamålsenligt sätt ge gruppmedlemmarna information för bedömning av frågan om de bör ansluta sig till försäkringen.

Innebär ett gruppavtal om frivillig grupppersonförsäkring att gruppmedlemmarna kan bli anslutna genom att inte avböja försäkringen, skall försäkringsbolaget skriftligen meddela dem om detta förhållande och deras möjlighet att enligt 11 § säga upp försäkringen för omedelbart upphörande.

Utgör grupppersonförsäkringen en livförsäkring, en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som utgör tillägg till en livförsäkring eller en sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713), gäller om information enligt första stycket även det som sägs i 10 kap. 9 §.

(Jfr 18 kap. 4 § första stycket promemorian och 9 kap. 4 § PFL.)

Paragrafen handlar om den information som försäkringsbolagen skall lämna innan ett gruppavtal om grupppersonförsäkring ingås. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 4 §. Den har ingen direkt motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Vid individuell personförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 10 kap. 2 §. I tredje stycket finns en bestämmelse om motsvarande informationskrav vid livförsäkring och de sjuk- och olycksfallsförsäkringar som enligt EG:s regler hänförs till livförsäkring som föreskrivits i 10 kap. 9 §. På detta sätt tillgodoses 2002 års livförsäkringsdirektivs informationskrav även vid grupppersonförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 4 § och 10 kap. 2 §. Förhållandena vid grupp-försäkring motiverar dock att man tar fasta på delvis andra moment än vid individuell försäkring. Villkoren vid grupppersonförsäkring kan också kräva en mera ingående belysning än vid gruppskadeförsäkring.

5 § När en försäkring har meddelats skall försäkringsbolaget snarast på ett ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de försäkrades kännedom. Beskeden skall innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga begränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har ändrats eller förnyats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat till, gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte återopas om nya försäkringsbesked eller ett annat meddelande i frågan på ett ändamålsenligt sätt har avsänts för de försäkrades kännedom senast fjorton dagar före försäkringsfallet eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till har insett eller bort inse att uppgiften är oriktig eller inte längre är giltig.

(Jfr 18 kap. 5 § promemorian och 9 kap. 5 § PFL.)

Paragrafen handlar om att försäkringsbolaget efter att en försäkring har meddelats skall lämna s.k. efterköpsinformation i form av försäkringsbesked, liksom om beskedets innehåll och civilrättsliga verkningar. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 5 §. Den har vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring en motsvarighet i 20 kap. 4 §. Vid individuell personförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 10 kap. 4 § – Övervägandena finns i avsnitt 10.3.

Kraven på information enligt *första stycket* skall anpassas till vad som är viktigt för grupppersonförsäkringens del, och det bör då observeras att skilda omständigheter kan ha betydelse beroende på gruppförsäkringens art. Framför allt bör beskedet upplysa om sådana förhållanden som skall särskilt framhållas i den bekräftelse som föreskrivs för individuella personförsäkringar i 10 kap. 4 §, i den mån de får aktualitet vid försäkringen. Även upplysningar av annat slag kan behöva ges vid grupp-försäkring, t.ex. om den försäkrades rättigheter om gruppmedlemmen frivilligt eller ofrivilligt får lämna gruppen.

Andra stycket får större praktisk betydelse vid personförsäkring, där gruppen kan preciseras på sätt som saknar motsvarighet på skadeförsäkringens område. Här kan t.ex. en åldersgräns som den försäkrade inte känner till gälla för en viss kategori av arbetstagare eller förutsättningen för försäkringsskydd vara att den försäkrade är arbetsför. Om den som har rätt att uppbära ersättning från försäkringen i egenskap av förmåns-tagare råkar känna till att försäkringsbeskedet var oriktigt, har detta inte någon betydelse för försäkringsbolagets skyldigheter enligt paragrafen. Det avgörande är vad den som beskedet är riktat till insett eller bort inse.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 17 kap. 5 §.

6 § Under försäkringstiden och i samband med att försäkringen förnyas skall försäkringsbolaget i skälig omfattning informera de försäkrade om sådana förhållanden rörande försäkringen som det är av betydelse för dem att känna till. Efter ett försäkringsfall gäller informationsskyldigheten också mot andra som har anspråk mot försäkringsbolaget. Det som sägs i 10 kap. 7 § andra och tredje styckena om information vid försäkringsfall och i 8 § om möjligheter till överprövning m.m. tillämpas också vid grupppersonförsäkring.

Utgör grupppersonförsäkringen en livförsäkring, en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som utgör tillägg till en livförsäkring eller en sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713), gäller om information enligt första stycket även det som sägs i 10 kap. 9 §.

(Jfr 18 kap. 4 § andra och tredje stycket promemorian och 9 kap. 4 § andra stycket och 5 § tredje stycket PFL.)

Paragrafen handlar om försäkringsbolagets generella skyldighet att informera de försäkrade under försäkringstiden och i samband med förnyelse av försäkringen, liksom mera specifikt vid försäkringsfall. Paragrafen har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 6 § och vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring sin motsvarighet i 20 kap. 5 §. Vid individuell personförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 10 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3. – Det hänvisas till kommentaren till 10 kap. 7–9 §§ och 17 kap. 6 §.

7 § Om ett försäkringsbolag inte lämnar information enligt 4–6 §§, tillämpas 10 kap. 11–13 §§.

Paragrafen, som vid gruppskadeförsäkring har sin motsvarighet i 17 kap. 7 §, reglerar påföljderna vid brott mot informationsplikten. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3. – Här hänvisas till vad som gäller vid individuell personförsäkring (de marknadsrättsliga påföljden i 10 kap. 11–13 §§).

Tiden för försäkringsbolagets ansvar m.m.

8 § När ett gruppavtal om frivillig grupppersonförsäkring har ingåtts, räknas tiden för försäkringsbolagets ansvar från den tidpunkt som anges i gruppavtalet. Ansvaret omfattar alla gruppmedlemmar som då uppfyller anslutningskravet enligt avtalet och som har anslutit sig till försäkringen. Om en gruppmedlem ansluter sig senare, räknas ansvaret från och med dagen efter anslutningen. Detsamma gäller om gruppavtalet saknar föreskrift om ansvarsinträde.

Anslutning enligt första stycket anses ske när medlemmen gör anmälan hos försäkringsbolaget eller hos någon som tar emot anmälningar för dess räkning. Om medlemmen ansluter sig genom att inte avböja försäkringen, anses anslutning ske när tiden för avböjande går ut.

Om ingen annan tidpunkt har avtalats, räknas vid obligatorisk grupppersonförsäkring tiden för försäkringsbolagets ansvar mot medlemmarna från och med dagen efter den då gruppavtalet ingicks eller, om någon inträder i gruppen senare, från och med dagen efter inträdet.

Om ett försäkringsfall inträffar innan avtal träffats om utformningen av en gruppmedlems försäkringsskydd, bestäms ansvaret efter vad som är skäligt med hänsyn till medlemmens förhållanden och de villkor som gäller för gruppen i övrigt.

(Jfr 18 kap. 6 § promemorian och 9 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen reglerar tiden när försäkringsbolagets ansvar inträder. Bestämmelserna stämmer helt överens med reglerna om gruppskadeförsäkring i 17 kap. 8 §. Vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 20 kap. 7 § och vid individuell personförsäkring i 11 kap. 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.2. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 8 §.

9 § När ansvaret inträder mot en gruppmedlem gäller det också mot den som ansluts som medförsäkrad till honom.

(Jfr 18 kap. 7 § promemorian och 9 kap. 7 § PFL.)

Paragrafen reglerar ansvarsinträde mot medförsäkrade. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 9 §. Den saknar motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring och har heller inte någon uttrycklig motsvarighet vid individuell personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.2. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 9 §.

Förnyelse av försäkringen och uppsägning till försäkringstidens utgång

10 § Ett avtal om grupppersonförsäkring förnyas för en tid av ett år, om det inte har sagts upp för att upphöra vid försäkringstidens slut. I 5 och 6 §§ finns bestämmelser om information i samband med förnyelse.

Om försäkringsbolaget säger upp försäkringen till försäkringstidens utgång, skall det skriftligt meddela den som har ingått gruppavtalet och berörda gruppmedlemmar om

uppsägningen. Uppsägningen får verkan en månad efter det att meddelandena avsändes. Om de försäkrade har rätt till fortsättningsförsäkring enligt 14 §, skall detta anges i meddelandet till gruppmedlemmen. Saknas denna uppgift, får uppsägningen ingen verkan.

Första stycket första meningen gäller inte om annat framgår av avtalet eller av omständigheterna i övrigt.

(Jfr 18 kap. 10 § promemorian och 9 kap. 10 § PFL.)

Paragrafen handlar om förnyelse av en försäkring och om uppsägning av den till försäkringstidens utgång. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 10 §. För grupppersonförsäkringens del föreskrivs dessutom att, när det finns rätt till fortsättningsförsäkring, uppsägningsmeddelandet till gruppmedlemmen skall innehålla upplysning om detta och att uppsägningen annars inte gäller. Vid individuell personförsäkring finns viss motsvarighet i 11 kap. 4 §. Paragrafen har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.3. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 10 §.

En gruppmedlems rätt att säga upp eller avstå från försäkringen

11 § En försäkrad gruppmedlem har rätt att när som helst säga upp försäkringen att genast upphöra för egen och medförsäkrades del.

Vid obligatorisk försäkring kan en medlem i gruppen också undgå anslutning genom att hos gruppens företrädare förklara sig avstå från försäkringen.

(Jfr 18 kap. 8 § andra stycket promemorian och 9 kap. 8 § andra stycket PFL.)

Paragrafen behandlar en gruppmedlems rätt att säga upp eller avstå från försäkringen. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 11 § och vid individuell personförsäkring viss motsvarighet i 11 kap. 5 § första stycket första meningen. Paragrafen har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.8. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 11 §.

Verkan av att en medlem lämnar gruppen

12 § Om en försäkrad gruppmedlem utträder ur gruppen av någon annan anledning än att han uppnår en viss ålder, upphör försäkringsbolagets ansvar mot honom och hans medförsäkrade tre månader efter utträdet (efterskydd). Om en make är medförsäkrad och äktenskapet upplöses, upphör ansvaret mot den medförsäkrade maken tre månader därefter. Detsamma gäller ansvaret mot en medförsäkrad sambo tre månader efter det att samboförhållandet har upphört.

(Jfr 18 kap. 9 § promemorian och 9 kap. 9 § PFL.)

Paragrafen behandlar verkan av att den försäkrade lämnar gruppen eller inte längre hör till den kategori som enligt avtalet kan medförsäkras. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 12 §. Paragrafen har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring eller vid individuell personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Efterskyddet gäller i tre månader från utträdet ur gruppen. Det finns inget efterskydd när gruppmedlemmen utträder på den grund att medlemmen uppnått viss ålder och därför på förhand vet om att försäkringsskyddet upphör. Enligt vad som närmare framgår av 15 § är vidare efterskyddet uteslutet i vissa fall då den försäkrade inte kan anses vara i behov av skyddet; genom förbehåll kan också skyddet undantas när försäkringen varit gällande under mindre än sex månader eller om ett sådant undantag motiveras av försäkringens art.

En särskild fråga är om en grupp kan bestämmas så att en gruppmedlem får anses ha utträtt ur den om medlemmen inte uppfyller en viss skyldighet enligt försäkringsavtalet, t.ex. när enligt villkoren för en gruppförsäkring för bankkunder en förutsättning för medlemskap är att premierna betalas genom s.k. autogiro – en betydande förenkling från försäkringsbolagets synpunkt jämfört med andra betalningsformer. En sådan klausul får inte tillämpas så att man kringgår de tvingande reglerna till de försäkrades skydd, här gäller de allmänna reglerna om premiedröjsmål (19–22 §§). Om premierna visserligen betalas men på annat vis än genom autogiro, blir alltså förevarande paragraf inte tillämplig; medlemmen anses inte ha lämnat gruppen. Om däremot en sådan klausul bygger på att gruppen består av kontohavare i en viss bank och gruppmedlemmen slutar spara där, får medlemmen anses ha utträtt ur gruppen på det sätt som paragrafen anger.

Särskilt vid grupppersonförsäkring kan frågan uppkomma när medlemskap i en ekonomigrupp (en grupp som består av personer som i egenkap av sparare eller låntagare är kunder i ett kreditinstitut) har upphört. Den väsentliga tidpunkten är här när avtalet med företrädaren för ekonomigruppen upphör att gälla, exempelvis när ett banklån är slutbetalt. Är det fråga om en gruppförsäkring för studerande, bör man räkna tremånadsfristen från slutdagen för den sista termin gruppmedlemmen studerar.

Samma efterskydd ges när makar skiljer sig eller sambor separerar. Med sambo avses två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande och har gemensamt hushåll (1 § i 2003 års sambolag).

I övrigt hänvisas till kommentaren till 17 kap. 12 §.

Verkan av att gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida

13 § Om gruppavtalet upphör på grund av uppsägning från gruppens sida, upphör försäkringen för samtliga försäkrade vid den tidpunkt som anges i uppsägningen, dock tidigast en månad efter det att uppsägningen togs emot av försäkringsbolaget. När försäkringsbolaget har tagit emot en uppsägning av frivillig grupppersonförsäkring, skall det genast sända ett meddelande om denna till de försäkrade gruppmedlemmarna. I meddelandet skall anges om de försäkrade har rätt till fortsättningsförsäkring enligt 14 §.

(Jfr 18 kap. 8 § första stycket promemorian och 9 kap. 8 § PFL.)

Paragrafen behandlar uppsägning av försäkringen från gruppens sida. Den har för gruppsskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 13 §. Vid grupppersonförsäkring skall också informeras om rätten till fortsättningsförsäkring. Paragrafen har ingen uttrycklig motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring eller vid individuell personförsäkring. –

Övervägandena finns i avsnitt 10.7. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 13 §.

Rätten till fortsättningsförsäkring m.m. och till försäkringens värde

14 § Upphör försäkringsbolagets ansvar enligt 10 eller 13 §, har varje försäkrad rätt att utan hälsoprövning få ett likvärdigt skydd genom fortsättningsförsäkring, som tecknas hos försäkringsbolaget eller ett annat försäkringsbolag som bolaget anvisar. Ansökan om fortsättningsförsäkring skall göras inom tre månader från det att försäkringen upphörde.

Om efter uppsägning enligt 10 § första stycket eller 13 § ett nytt gruppavtal träffas om samma typ av försäkring för väsentligen samma grupp, har varje gruppmedlem som har skyddats av den uppsagda försäkringen rätt till försäkring på grund av det nya gruppavtalet enligt samma villkor som gäller för gruppen i övrigt.

När en försäkring upphör att gälla, skall försäkringsbolaget ställa försäkringens värde till försäkringstagarens förfogande enligt vad som anges i försäkringsvillkoren.

(Jfr 18 kap. 11 § promemorian och 9 kap. 11 § PFL.)

Paragrafens första stycke behandlar det kompletterande skydd som fortsättningsförsäkring utgör. Andra stycket ger regler om rätt till ny grupp-försäkring i en speciell situation. Tredje stycket rör behandlingen av sparmoment ingående i en försäkring som upphör. Paragrafen har ingen motsvarighet vid gruppskadeförsäkring. I fråga om kollektivavtalsgrundad personförsäkring, se 20 kap. 10 §, och i fråga om individuell personförsäkring, se 11 kap. 6 och 13 §§ – Övervägandena finns i avsnitt 10.8.

Första stycket

Första stycket innehåller den grundläggande regeln om den försäkrades rätt vid både frivillig och obligatorisk grupppersonförsäkring att utan hälsoprövning få fortsättningsförsäkring när försäkringen sagts upp av försäkringsbolaget eller gruppen. En förutsättning är dock att den försäkrade ansöker om skydd inom tre månader från det att försäkringen upphör. Både muntlig och skriftlig ansökan är möjlig. Som antyds av lagtexten är det avgörande vid skriftlig ansökan om den avsänds inom fristen, inte när den kommit fram.

Vad angår formen för fortsättningsförsäkringen har försäkringsbolaget frihet att ordna försäkringsskyddet på det sätt som är bäst från försäkringsteknisk synpunkt, genom individuell försäkring av något slag eller möjligen genom annan grupp-försäkring än den tidigare. Här kan försäkringsbolaget också hänvisa till ett annat försäkringsbolag som är berett att meddela försäkring av den avsedda typen.

Under alla förhållanden krävs att skyddet är likvärdigt. Den försäkrade skall ha samma förmåner som enligt den tidigare grupp-försäkringen, fränsett de olikheter som kan ligga i försäkringstypen. Vid individuell fortsättningsförsäkring får den försäkrade sålunda finna sig i att sköta premiebetalningen själv. Mera fördelaktiga villkor än tidigare kan inte krävas. Det innebär att det inte finns någon rätt till fortsättningsförsäkring om den försäkrade numera överskridit den åldersgräns som gällde för den tidigare försäkringen. I kravet på likvärdighet ligger inte heller att skyddet skall vara lika billigt som enligt den tidigare

försäkringen. Tvärtom är det normala vid fortsättningsförsäkring att denna, i varje fall som individuell försäkring, är dyrare än den grupp-försäkring som upphör att gälla. I fråga om premien för en individuell fortsättningsförsäkring skall försäkringsbolaget emellertid följa gängse tariff. Den försäkrade får alltså godta att betala den premie som någon vid god hälsa i samma ålder skall betala. Av regeln att hälsoprövning inte skall ske framgår att försäkringsbolaget inte får ta hänsyn till eventuella försämringar i den försäkrades hälsa utan skall behandla honom som en normalrisk. Inte heller får försäkringsbolaget inskränka sig till att erbjuda en dyr försäkring, om en billigare typ ger ett acceptabelt skydd. I kravet på likvärdigt skydd ligger på detta vis också att skyddet inte skall vara dyrare än som är nödvändigt av försäkringstekniska skäl.

Sedan en fortsättningsförsäkring av det ena eller andra slaget har meddelats, gäller i princip de allmänna reglerna om individuell person-försäkring eller grupp-personförsäkring för försäkringen. Situationen att en grupp-försäkring i förekommande fall ersätts av en individuell fortsättningsförsäkring får emellertid anses så likartad med en förnyelse av försäkringen att bestämmelserna om sådan bör gälla om det skulle bli aktuellt med tillämpning av självmordsregeln i 12 kap. 8 § andra stycket. Eftersom inga hälsoupplysningar skall krävas för fortsättningsförsäkringen, kan det heller inte komma i fråga att räkna oantastbarhet enligt 12 kap. 4 § andra stycket från ansökningen om fortsättningsförsäkringen, utan här får tiden för uppgiftslämnandet för den ursprungliga grupp-försäkringen anses avgörande.

Skulle fortsättningsförsäkring meddelas i form av grupp-försäkring, torde denna alltid bli av frivillig natur. Några särskilda problem lär knappast uppkomma om man vill tillämpa reglerna i detta kapitel på den försäkringsformen. Det förutsätts då att ett gruppavtal ligger till grund för fortsättningsförsäkringen.

Andra stycket

Bestämmelsen ger en rätt till försäkring för en gruppmedlem om hans försäkring sagts upp av försäkringsbolaget eller gruppen och sedan gruppen sluter ett nytt gruppavtal om samma typ av försäkring. Man kan då inte genom det nya gruppavtalet utesluta vissa tidigare gruppmedlemmar som anses vara dåliga risker, utan dessa skall få vara med i den nya försäkringen på samma villkor som övriga medlemmar. En förutsättning är att den nya försäkringen är av samma slag – livförsäkring, olycksfallsförsäkring, sjukförsäkring. Vidare skall den nya gruppen vara väsentligen densamma som tidigare även om vissa gruppmedlemmar – kanske över en viss ålder eller med en viss sjukfrånvaro – inte får vara med. Är gruppen sammansatt på helt annat sätt, gäller inte rätten till försäkring. I så fall kan emellertid den enskilde gruppmedlemmen ofta begära fortsättningsförsäkring enligt första stycket.

Bestämmelserna i 12 kap. 4 och 8 §§ får tillämpas beträffande den nya försäkringen på samma sätt som angetts för fortsättningsförsäkringens del (se kommentaren till första stycket).

Tredje stycket

Här finns en viss motsvarighet till bestämmelsen om rätten till försäkringens värde vid individuell försäkring i 11 kap. 13 §. Enligt försäkringspraxis kan ett visst sparmoment ingå i en grupppersonförsäkring. I enlighet med allmänna principer skall värdet av försäkringen då komma försäkringstagaren till godo. Vid frivillig försäkring gäller detta gruppmedlemmen. Är försäkringen obligatorisk, får man anse att den som slutit gruppavtalet och betalat premierna har byggt upp värdet, och det tillkommer då den personen. Hur värdet skall tillföras får bestämmas i gruppförsäkringsvillkoren, t.ex. genom att ett kontantbelopp utbetalas, ett fribrev utfärdas eller värdet tillgodoräknas som premie vid en fortsättningsförsäkring.

Undantag från rätten till efterskydd och fortsättningsförsäkring

15 § Bestämmelserna i 12 § om efterskydd i tre månader och 14 § om rätt till fortsättningsförsäkring gäller inte, i den utsträckning den försäkrade på annat sätt har fått eller uppenbarligen kan få skydd av samma slag som tidigare. Förbehåll kan göras om att bestämmelserna inte heller skall tillämpas när den försäkrade varit försäkrad under kortare tid än sex månader.

Om det behövs på grund av försäkringens art, får försäkringsbolaget göra förbehåll om att 12 eller 14 § inte heller annars skall tillämpas.

(Jfr 18 kap. 12 § promemorian och 9 kap. 12 § PFL.)

Paragrafen medger vissa undantag från bestämmelserna om rätt till efterskydd och fortsättningsförsäkring i 12 och 14 §§. Den har ingen motsvarighet vid grupp-skadeförsäkring eller kollektivavtalsgrundad personförsäkring, och inte heller vid individuell personförsäkring. – Övervägandena finns i avsnitt 10.8.

Första stycket

Reglerna om efterskydd och fortsättningsförsäkring tillämpas enligt *första meningen* inte om den försäkrade antingen fått motsvarande skydd på annat sätt – han byter t.ex. anställning och är försäkrad på samma vis på den nya arbetsplatsen – eller också uppenbarligen kan få sådant skydd. Den försäkrade har kanske möjlighet att ansluta sig till en grupp-försäkring av samma slag men låter av någon anledning bli att göra det. Försäkringsbolaget slipper då meddela ett förlängt skydd. Som skydd av samma slag som tidigare skall man inte räkna skydd som den försäkrade skaffar sig på annat sätt än genom grupp-försäkring, t.ex. genom att teckna en individuell försäkring.

Försäkringsbolagets skyldigheter minskar bara i den utsträckning försäkringsskydd finns eller uppenbarligen kan fås. Skulle försäkringen på den försäkrades nya arbetsplats ge sämre förmåner än den tidigare, gäller både efterskydd och rätt till fortsättningsförsäkring motsvarande skillnaden. Om fortsättningsförsäkring begärs i detta läge, får man göra en fri uppskattning av denna skillnad.

Vidare kan enligt *andra meningen* i villkoren anges en minimitid som gruppmedlemmen skall ha varit försäkrad för att få efterskydd.

Andra stycket.

I detta stycke görs ytterligare ett avsteg från de tvingande reglerna om efterskydd och fortsättningsförsäkring, nämligen när ett undantag från rätten till sådant behövs på grund av försäkringens art. Vissa försäkringar, bl.a. gruppförsäkringar med viss kortare giltighet, undantas redan enligt 2 §. Men det förekommer också andra försäkringar, där bestämmelserna om uppsägning i och för sig är tillämpliga men ett efterskydd skulle framstå som omotiverat och en fortsättningsförsäkring skulle medföra stora försäkringstekniska problem eller rentav vara omöjlig att meddela. Också annars kan sådant som försäkringens låga pris eller enkla beskaffenhet tala mot att försäkringsbolaget skulle ge den försäkrade fortsatt skydd oavsett dennes hälsa. Ett exempel på fall där undantag kan vara motiverat är försäkringar som bara gäller vid viss verksamhet, t.ex. olycksfallsförsäkring vid idrott, ett annat när försäkring för medlemmar i en ekonomigrupp bara har gällt under viss kredittid. Ytterligare kan nämnas kompanjonförsäkringar och s.k. affärsgrupp-försäkringar.

Vid tvister om giltigheten av sådana undantag som bestämmelsen avser är det försäkringsbolagets sak att skaffa fram utredning om de försäkringstekniska förhållanden som skulle göra undantaget motiverat.

Försäkringsbolagets rätt att ändra försäkringen eller säga upp den i förtid

16 § Försäkringsbolaget får inte göra förbehåll om att en försäkring skall kunna upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden i andra fall än som anges i denna lag.

(Jfr 18 kap. 13 § promemorian och 9 kap. 13 § PFL.)

Paragrafen begränsar försäkringsbolagets möjligheter att använda villkor om att försäkringen skall upphöra i förtid eller ändras under försäkringstiden. Den har viss motsvarighet vid gruppskadeförsäkring i 17 kap. 14 §. I fråga om kollektivavtalsgrundad personförsäkring, se 20 kap. 8 och 9 §§. Vid individuell personförsäkring har paragrafen en motsvarighet i 11 kap. 7 § – Övervägandena finns i avsnitt 10.7.

Bestämmelsen, som gäller för både frivillig och obligatorisk försäkring, tar sikte på vissa förbehåll i villkoren som ger en utvidgad rätt till förtida uppsägning eller ändring av försäkringen. Den riktar sig bl.a. mot villkor som föreskriver att försäkringen skall upphöra eller ändras automatiskt före avtalstidens utgång, om en viss händelse inträffar. En sådan klausul kan inte åberopas mot den försäkrade. Bestämmelsen hindrar också att försäkringsbolaget förbehåller sig att säga upp försäkringen i förtid vid sådana mindre allvarliga premiedröjsmål och överträdelser av biförpliktelser som inte ger uppsägningsrätt enligt detta kapitel. Självfallet hindrar bestämmelsen inte att försäkringen ändras till de försäkrades förmån under försäkringstiden.

Försäkringens upphörande på grund av försäkringsbolagets konkurs, m.m.

17 § Det som sägs i 11 kap. 10–12 §§ om konkurs m.m. tillämpas också vid grupp-personförsäkring.

(Paragrafen har ingen motsvarighet i promemorian eller PFL.)

Paragrafen handlar om vissa följder av att ett försäkringsbolag försätts i konkurs eller i övrigt kommer på obestånd. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 15 § och för kollektivavtalsgrundad personförsäkring en motsvarighet i 20 kap. 11 §. – Det hänvisas till kommentaren till 11 kap. 10–12 §§.

Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

18 § Det som sägs i 12 kap. 1–4 och 6–12 §§ om begränsningar av försäkringsbolagets ansvar tillämpas också vid grupppersonförsäkring. Försäkringsbolaget får dock inte vid tillämpning av 12 kap. 1–3 §§ mot den försäkrade åberopa att någon annan än denne eller en medförsäkrad har eftersatt sin upplysningsplikt eller haft vetskap om detta.

(Jfr 18 kap. 14 § promemorian och 9 kap. 2 och 14 §§ PFL.)

Paragrafen anger i vilken utsträckning begränsningar av försäkringsbolagets ansvar är möjliga att göra gällande vid grupppersonförsäkring. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 16 § och för kollektivavtalsgrundad personförsäkring en motsvarighet i 20 kap. 12 §. Vid individuell personförsäkring finns motsvarande bestämmelser i det kapitel som paragrafen hänvisar till, alltså 12 kap. – Övervägandena finns i avsnitt 10.4.

Allmänt gäller samma regler som vid individuell försäkring, då en biförpliktelse eftersätts, vilket framgår av *första meningen*. Någon hänvisning finns dock inte till 12 kap. 5 § om symptomklausuler, och vid grupppersonförsäkring kan alltså sådana förbehåll göras även om undantaget inte behövs på sätt som krävs enligt 12 kap. 5 §.

För den frivilliga grupppersonförsäkringens del innebär *andra meningen* till stor del bara ett förtydligande. Den som slutit gruppavtalet på gruppens vägnar anses ju inte som försäkringstagare och är inte heller försäkrad, varför reglerna om upplysningsplikt inte blir tillämpliga i detta fall. Inte heller kan det utan vidare åberopas att gruppens företrädare haft vetskap om att försäkringsbolaget fått en felaktig upplysning. Men om företrädaren i samförstånd med en försäkrad lämnar oriktiga uppgifter om denne, är det möjligt att åberopa i 12 kap. 2 § om frihet från ansvar på grund av svek eller handlande mot tro och heder.

Särskild betydelse får bestämmelsen vid obligatorisk försäkring. Den innebär här att reglerna om begränsning av försäkringsbolagets ansvar i praktiken mycket sällan får någon verkan. Om t.ex. den som ingår gruppavtalet lämnar felaktiga uppgifter till försäkringsbolaget om ålderssammansättningen inom gruppen, går detta inte ut över de försäkrade.

Premien

19 § Den första premien skall betalas inom fjorton dagar från den dag då försäkringsbolaget avsänder ett krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala denna till försäkringsbolaget. Detta gäller dock inte om försäkringen skall tecknas genom att försäkringstagaren betalar premien eller om försäkringen annars är giltig bara under

förutsättning att premien betalas innan försäkringstiden börjar. I fall som avses i 4 § andra stycket får premiekravet verkan först fjorton dagar efter det att försäkringsbolaget har avsänt föreskrivet meddelande till gruppmedlemmen.

Premien för en senare premieperiod och första premien för en försäkring som har förnyats enligt 10 § skall betalas senast på periodens första dag. En premie som avser längre tid än en månad behöver dock inte betalas tidigare än en månad från den dag då försäkringsbolaget avsänder ett krav på premien till den som enligt försäkringsavtalet skall betala denna till bolaget.

Det som sägs i 13 kap. 5–7 §§ tillämpas också vid grupppersonförsäkring.

(Jfr 18 kap. 15 § promemorian och 9 kap. 15 § PFL.)

Paragrafen, som gäller både frivillig och obligatorisk grupppersonförsäkring, anger tidpunkten då premien skall betalas och andra frågor rörande premien. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 17 §. För kollektivavtalsgrundad personförsäkring finns ingen motsvarighet. Vid individuell personförsäkring utgörs motsvarande bestämmelser av 13 kap. – Övervägandena finns i avsnitt 10.5. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 17 § och aktuella paragrafer i 13 kap.

20 § Betalas inte premien i rätt tid och är inte dröjsmålet av ringa betydelse, får försäkringsbolaget säga upp försäkringen eller begränsa sitt ansvar enligt vad som sägs i villkoren.

Ett meddelande om uppsägningen skall sändas till den som har ingått gruppavtalet med försäkringsbolaget, om denne har eller skulle ha förmedlat premiebetalningen på grund av avtalet, och till de försäkrade gruppmedlemmarna.

Uppsägningen får verkan fjorton dagar efter det att meddelandena avsändes, om inte premien betalas inom denna tid. Meddelandena skall innehålla uppgift om detta. Om försäkringen kan återupplivas enligt 22 §, skall också detta anges. Saknas någon av dessa uppgifter, får uppsägningen ingen verkan.

(Jfr 18 kap. 16 § promemorian och 9 kap. 16 § PFL.)

Paragrafen innehåller huvudregeln om försäkringsbolagets uppsägningsrätt vid premiedröjsmål. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 18 §. För kollektivavtalsgrundad personförsäkring finns en viss motsvarighet i 20 kap. 8 § andra stycket. Vid individuell personförsäkring utgörs motsvarande bestämmelse av 13 kap. 2 § första och andra styckena – Övervägandena finns i avsnitt 10.5. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 18 §. Uppsägningen skall innehålla uppgift även om möjligheten till återupplivning, en uppgift som kan ha stor betydelse för den försäkrade.

21 § Har premien för en frivillig grupppersonförsäkring inte kunnat betalas inom den frist som anges i 20 § tredje stycket därför att den försäkrade gruppmedlemmen blivit svårt sjuk eller berövats friheten eller inte fått ut pension eller lön från sin huvudsakliga anställning, eller därför att något liknande oväntat hinder inträffat för honom, får en uppsägning enligt 20 § verkan först en vecka efter det att hindret har fallit bort, dock senast tre månader efter fristens utgång.

Om vid frivillig grupppersonförsäkring ett dröjsmål med premien beror på försummelse av någon som på grund av gruppavtalet förmedlar premien, får uppsägningen verkan för den försäkrade gruppmedlemmen och hans medförsäkrade först en vecka efter det att medlemmen själv har fått kännedom om dröjsmålet, dock senast tre månader efter utgången av den frist som anges i 20 § tredje stycket.

Vid obligatorisk grupppersonförsäkring har varje försäkrad rätt till fortsättningsförsäkring enligt 14 och 15 §§, om ansvaret upphör enligt 20 §. Detsamma gäller medförsäkrad vid frivillig grupppersonförsäkring.

(Jfr 18 kap. 17 § promemorian och 9 kap. 17 § PFL.)

Paragrafen ger vissa bestämmelser till de försäkrades skydd vid premie-dröjsmål. Den har för gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 19 §. För kollektivavtalsgrundad personförsäkring finns ingen motsvarighet. Vid individuell personförsäkring har första stycket en motsvarighet i 13 kap. 2 § tredje stycket. – Övervägandena finns i avsnitt 10.5.

Tredje stycket ger de försäkrade – både gruppmedlemmar och medförsäkrade – ett speciellt skydd vid obligatorisk försäkring. Här gäller inte de särskilda skyddsreglerna i första och andra styckena, och inte heller kan försäkringen återupplivas enligt 22 § för bara vissa försäkrade (se 22 § andra stycket). I stället får den försäkrade här en möjlighet att behålla ett likvärdigt om också dyrare skydd genom fortsättningsförsäkring. Hänvisningen till 14 § innebär att ansökan om sådan försäkring skall gårs inom tre månader från utgången av fjortondagarsfristen enligt 20 § tredje stycket. De begränsningar som anges i 15 § gäller också i det aktuella fallet.

Motsvarande regler gäller i fråga om medförsäkrade vid frivillig försäkring, som inte heller kan få försäkringen återupplivad bara för egen del (se 22 § första stycket). Om inte den försäkrade gruppmedlemmen själv har intresse av försäkringen, har den medförsäkrade alltså möjlighet att behålla ett skydd för egen del på liknande sätt som vid obligatorisk försäkring.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 17 kap. 19 §.

22 § Har en uppsägning enligt 20 § fått verkan och avser dröjsmålet inte första premien för försäkringen, återupplivas en frivillig försäkring till sin tidigare omfattning, om det utestående premiebelopp som belöper på den försäkrade betalas inom tre månader från utgången av den frist som anges i 20 § tredje stycket. Återupplivas försäkringen, ansvarar försäkringsbolaget från och med dagen efter den då premiebeloppet betalades. Återupplivning kan inte ske bara för medförsäkrade.

Det som sägs i första stycket gäller också för obligatorisk försäkring. En sådan försäkring kan dock återupplivas bara för hela gruppen.

Försäkringsbolaget får i försäkringsvillkoren göra förbehåll om att återupplivning inte kan ske om förbehållet behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet.

(Jfr 18 kap. 18 § promemorian och 9 kap. 18 § PFL.)

Paragrafen reglerar möjligheten att återuppliva en grupppersonförsäkring. Den har ingen motsvarighet vid gruppskadeförsäkring eller kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Vid individuell personförsäkring har paragrafen däremot en motsvarighet i 13 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.9.

Första stycket

Möjligheten till att återuppliva en frivillig grupppersonförsäkring har mindre betydelse än vid individuell försäkring, eftersom det inte brukar vara svårt för en försumlig gruppmedlem att återinträda i gruppen på grund av att hälsoprövningen ofta är summarisk. Bestämmelserna

stämmer emellertid delvis överens med dem i 13 kap. 3 §. Att märka är att tremånaderstiden räknas från utgången av den frist om fjorton dagar som omtalas i 20 § tredje stycket. Att rättsverkningarna kan ha förskjutits enligt 21 § spelar ingen roll i sammanhanget. Undantag görs liksom i 13 kap. 3 § för första premien.

Återupplivning kan ske för gruppmedlemmen jämte medförsäkrade eller bara för gruppmedlemmen, men inte enbart för medförsäkrade. Men en medförsäkrad har möjlighet att i stället begära fortsättningsförsäkring enligt 21 § tredje stycket.

Om samtliga försäkringar har sagts upp, kan naturligtvis en återupplivning enbart för vissa försäkrade medföra att gruppen framstår som olämpligt sammansatt. Om försäkringsbolaget anser det svårt att förnya försäkringen av försäkringstekniska skäl, kan bolaget emellertid säga upp den med stöd av 10 § till försäkringstidens utgång och sedan eventuellt utforma gruppen på lämpligare vis.

Andra stycket

Enligt detta stycke gäller reglerna om återupplivning också vid obligatorisk försäkring. Försäkringstekniska hänsyn har emellertid motiverat att återupplivning kan ske bara för hela gruppen. Det är alltså nödvändigt att hela premiebeloppet betalas för att försäkringarna skall återupplivas enligt paragrafen. I annat fall har enskilda försäkrade viss rätt till fortsättningsförsäkring med stöd av 21 § tredje stycket.

Tredje stycket

Försäkringsbolaget får i villkoren utesluta rätt till återupplivning också när det påkallas av speciella förhållanden av försäkringsteknisk natur. Vid kortvariga försäkringar kan ändå behovet av återupplivning antas vara obetydligt, men det kan också tänkas att nya särpräglade grupp-försäkringsformer av mera långvarig natur eller försäkring av nya grupp-typer kan bli aktuella och att det då kan medföra särskilda komplikationer att återuppliva dem. Om förbehåll i sådana fall skulle utesluta eller begränsa återupplivning, får man i händelse av tvist pröva om de försäkringstekniska svårigheter som försäkringsbolaget åberopar väger så tungt att förbehållet bör godtas. Bevisbördan ligger här liksom i andra fall då sådana argument åberopas på försäkringsbolaget.

Förfogande över försäkringen

23 § Det som sägs i 14 kap. om förfogande över försäkringen tillämpas också vid grupp-personförsäkring, om inte annat sägs i andra stycket.

Försäkringsbolaget kan i försäkringsvillkoren bestämma att den försäkrade inte får överlåta eller pantsätta sin rätt enligt försäkringen. Ett förfogande i strid med en sådan bestämmelse är utan verkan. Ett förbud mot överlåtelse hindrar dock inte utmätning eller överlåtelse vid ackord eller i konkurs i vidare mån än detta följer av vad som annars föreskrivs i lag eller annan författning.

(Jfr 18 kap. 19 § promemorian och 9 kap. 2 och 19 §§ PFL.)

Paragrafen hänvisar för förfogande över försäkringen väsentligen till bestämmelserna i 14 kap. Dessutom ges vissa speciella regler om grupppersonförsäkring. Bestämmelserna gör det möjligt för försäkringsbolaget att hindra förfoganden över försäkringen eller utfallande belopp genom överlåtelse eller pantsättning. Om i försäkringsbolaget inte har samtyckt till ett sådant förfogandet, trots villkor som förbjuder det, har förfogandet ingen verkan, oavsett eventuell god tro hos förvärvaren. Paragrafen har ingen motsvarighet vid gruppskadeförsäkring. Vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring motsvaras bestämmelsen av 20 kap. 13 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.10. – Det hänvisas till kommentaren till 14 kap.

Förhållandet till borgenärerna

24 § Det som sägs i 15 kap. om förhållandet till borgenärerna tillämpas också vid grupppersonförsäkring.

(Jfr 18 kap. 2 § promemorian och 9 kap. 2 § PFL.)

Paragrafen gör lagens regler om förhållandet till borgenärerna direkt tillämpliga på grupppersonförsäkring. Paragrafen har ingen motsvarighet vid gruppskadeförsäkring. Vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring motsvaras den av 20 kap. 14 §. – Övervägandena finns i avsnitt 10.10. – Det hänvisas till kommentaren till 15 kap. Som framgår av 3 § tredje stycket anses som huvudregel varje försäkrad som försäkringstagare vid tillämpningen av 15 kap.

Regleringen av försäkringsfall

25 § Det som sägs i 16 kap. 1–5 §§ och 8–10 §§ om reglering av försäkringsfall m.m. tillämpas också vid grupppersonförsäkring. Bestämmelserna i 16 kap. 7 § tillämpas om försäkringsbolaget vägrar försäkring i fall som avses i 14 § andra stycket.

(Jfr 18 kap. 2 § promemorian och 9 kap. 2 § PFL.)

Paragrafen gör också lagens regler om reglering av försäkringsfall och vissa andra frågor direkt tillämpliga på grupppersonförsäkring. Paragrafen har vid gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 21 § och vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring i 20 kap. 15 §. Vid individuell personförsäkring har paragrafen en motsvarighet i de bestämmelser som paragrafen hänvisar till. – Övervägandena finns i avsnitt 10.10. – Det hänvisas till de aktuella paragraferna i 16 kap. I paragrafen ges en rätt till domstolsprövning även i fall som avses i 14 § andra stycket. Bestämmelsen om postrisken i 16 kap. 6 § undantas med hänsyn till 26 §.

Meddelanden till de försäkrade

26 § Om försäkringsbolaget enligt någon bestämmelse i detta kapitel eller i gruppavtalet skall tillställa en försäkrad eller en medförsäkrad en uppsägning eller ett annat meddelande, skall bolaget på ändamålsenligt sätt sända detta för deras kännedom. Ett meddelande som avser bestämda gruppmedlemmar skall sändas till dessa personligen.

(Jfr 18 kap. 20 § och 9 kap. 20 § PFL.)

Paragrafen ger en allmän regel om på vilket sätt som ett meddelande enligt kapitlet eller enligt gruppavtalet skall sändas till en försäkrad eller en medförsäkrad för att bli giltigt. Paragrafen har vid gruppskadeförsäkring sin motsvarighet i 17 kap. 23 §. Vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring har den ingen motsvarighet. – Det hänvisas till kommentaren till 17 kap. 23 §.

20 kap. Kollektivavtalsgrundad personförsäkring

I kapitlet regleras olika frågor vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring av samma karaktär som för den individuella personförsäkringens del behandlas i 10–16 kap. Vid grupppersonförsäkring behandlas motsvarande frågor i 19 kap. Kapitlet har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. – Kapitlet har ingen motsvarighet i 1927 års FAL.

Kapitlet innehåller femton paragrafer och är i stort uppbyggt på samma sätt som 19 kap. om grupppersonförsäkring. I 1 § anges tillämpningsområdet. Den kollektivavtalsgrundade skadeförsäkringens konstruktion beskrivs i 2 §. I 3–6 §§ ges regler om information. Tiden för försäkringsbolagets ansvar, uppsägning av försäkringen och ändring av försäkringen behandlas i 7–9 §§. I 10 § finns regler om efterskydd. I 11 § behandlas försäkringsbolagets konkurs m.m. I 12 § behandlas begränsningar av försäkringsbolagets ansvar och i 13 § förfoganden över försäkringen. I 14 och 15 §§ behandlas förhållandet till borgenärerna och reglering av försäkringsfall.

Tillämpningsområde

1 § Bestämmelserna om kollektivavtalsgrundad personförsäkring tillämpas på försäkringar som

1. tecknas av arbetsgivare för att ge försäkringsskydd åt anställda,
2. meddelas enligt ett i försäkringsvillkoren angivet kollektivavtal som har slutits mellan en arbetsgivarorganisation och en arbetstagarorganisation och
3. tecknas hos ett försäkringsbolag enligt vad som framgår av kollektivavtalet.

En kollektivavtalsgrundad personförsäkring kan omfatta även arbetsgivaren själv och andra som har anknytning till arbetsgivarens verksamhet. Närstående till anställda eller andra försäkrade kan också omfattas av försäkringen. Det som sägs om anställda i 3–6 §§ gäller också andra som omfattas av försäkringen.

Om försäkringsskyddet enligt ett kollektivavtal som avses i första stycket skall gälla också för anställda hos sådana arbetsgivare som inte har tecknat försäkring trots att de har varit skyldiga att göra det, skall utbetalad ersättning anses som ersättning från en kollektivavtalsgrundad försäkring.

Bestämmelserna tillämpas också om flera försäkringsbolag meddelar kollektivavtalsgrundad försäkring för olika anställda hos samma arbetsgivare. Varje försäkringsbolag har då de skyldigheter och rättigheter som bestämmelserna anger i förhållande till dem som bolaget meddelar försäkring för.

Om en försäkrad enligt kollektivavtalet får överenskomma med försäkringsbolaget om en särskild utformning av försäkringsskyddet, anses en sådan överenskommelse som en del av den kollektivavtalsgrundade försäkringen.

(Jfr 19 kap. 1 § promemorian och 10 kap. 1 § PFL.)

Paragrafen anger tillämpningsområdet för bestämmelserna om kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Den har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 1 § och vid personskadeförsäkring viss motsvarighet i 19 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.1 och 11.2. – Det hänvisas till kommentaren till 18 kap. 1 §.

Försäkringstagare

2 § En arbetsgivare som ingår avtal om kollektivavtalsgrundad försäkring med försäkringsbolaget är försäkringstagare. Vid tillämpning av 14 och 15 kap. och i fråga om rätten till försäkringsersättning i övrigt anses dock varje försäkrad som försäkringstagare, om försäkringen gäller på hans liv eller hälsa.

(Jfr 19 kap. 3 § promemorian och 10 kap. 3 § PFL.)

Paragrafen anger vem som är eller skall anses som försäkringstagare. Den har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 2 § och vid grupppersonförsäkring viss motsvarighet i 19 kap. 3 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.1.

I *första meningen* klarläggs att det vid kollektivavtalsgrundad försäkring är arbetsgivaren som ingår avtalet med försäkringsbolaget och i denna bemärkelse är att anse som försäkringstagare. Men arbetsgivaren intar denna ställning främst bara i frågor som rör själva avtalet – ingående, ändring och upphörande – samt i fråga om premiebetalningen. Av *andra meningen* framgår att varje försäkrad är att anse som försäkringstagare i fråga om övriga sidor av försäkringstagarbegreppet, såsom rätten att förfoga över försäkringen och förhållandet till borgenärerna. Detsamma gäller rätten till ersättning från försäkringen.

Information

3 § När en överenskommelse som medför skyldighet för en arbetsgivare att teckna en kollektivavtalsgrundad försäkring har ingåtts, skall försäkringsbolaget och de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringsvillkoren anger på lämpligt sätt informera de arbetsgivare och anställda som berörs av överenskommelsen. Informationen skall avse arbetsgivarens skyldighet att teckna försäkring, kostnaderna för försäkringen och förmånerna av den.

Utgör försäkringen en livförsäkring, en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som utgör tillägg till en livförsäkring eller en sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713), gäller om information enligt första stycket även det som sägs i 10 kap. 9 §.

(Jfr 19 kap. 4 § promemorian och 10 kap. 4 § PFL.)

Paragrafen handlar om den information som försäkringsbolagen och de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som behandlar den aktuella försäkringsfrågan skall lämna innan försäkringsavtalet ingås. I andra stycket finns en särskild bestämmelse till följd av 2002 års livförsäkringsdirektiv. Paragrafen har för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 3 §. Den har vid grupppersonför-

säkring en motsvarighet i 19 kap. 4 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3. – Det hänvisas till kommentaren till 18 kap. 3 §.

4 § När en försäkring har meddelats skall försäkringsbolaget snarast på ett ändamålsenligt sätt avsända försäkringsbesked för de anställdas kännedom. Beskeden skall innehålla upplysningar om de väsentliga rättigheter och skyldigheter som följer av försäkringen samt om viktiga begränsningar av försäkringsskyddet. Detsamma gäller när försäkringen har ändrats eller förnyats, om de nya försäkringsvillkoren innebär en begränsning av försäkringsskyddet eller en väsentlig ändring av försäkringen.

Om en uppgift i ett försäkringsbesked avviker från försäkringsavtalet och avvikelsen inte är till nackdel för den som beskedet är riktat till, gäller uppgiften i försäkringsbeskedet. Uppgiften kan dock inte återopas om nya försäkringsbesked eller ett annat meddelande i frågan på ett ändamålsenligt sätt har avsänts för de anställdas kännedom senast fjorton dagar före försäkringsfallet eller om den som försäkringsbeskedet är riktat till har insett eller bort inse att uppgiften är oriktig eller inte längre är giltig.

Paragrafen behandlar skyldigheten att sända försäkringsbesked samt beskedets innehåll och civilrättsliga verkningar. Den har för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 4 § och för grupppersonförsäkring en motsvarighet i 19 kap. 5 §. Vid individuell konsumentförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 2 kap. 4 §. I fråga om individuell företagsförsäkring, se 8 kap. 1 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3. – Det hänvisas till kommentaren till 18 kap. 4 §. Kraven får dock bedömas med hänsyn till den kollektivavtalsgrundade personförsäkringens särdrag. Man kan sålunda inte begära att försäkringsbolaget i beskedet skall ange hela den komplicerade reglering av skyddet som försäkringen kan innebära. Närmast får man fordra av försäkringsbolaget att de väsentliga begränsningarna av försäkringen angetts och, beträffande undantag i övrigt, att beskedet inte felaktigt framstår som en uttömmande beskrivning av försäkringsskyddet.

5 § Under försäkringstiden skall försäkringsbolaget och arbetsmarknadsparterna i skälig omfattning informera arbetsgivare, anställda och andra som omfattas av försäkringen om sådana förhållanden rörande denna som det är av betydelse för dem att känna till. Försäkringsbolaget har informationsskyldigheten med anledning av försäkringsfall, och skyldigheten gäller också mot andra som har anspråk mot bolaget. Det som sägs i 10 kap. 7 § andra och tredje styckena om information vid försäkringsfall och i 8 § om möjligheter till överprövning tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring.

Utgör försäkringen en livförsäkring, en sjuk- eller olycksfallsförsäkring som utgör tillägg till en livförsäkring eller en sådan sjuk- eller olycksfallsförsäkring som avses i 2 kap. 3 b § första stycket klass 4 försäkringsrörelselagen (1982:713), gäller om information enligt första stycket även det som sägs i 10 kap. 9 §.

(Jfr 19 kap. 4 § andra stycket promemorian och 10 kap. 4 § andra stycket PFL.)

Paragrafen behandlar försäkringsbolagets och arbetsmarknadsparternas generella skyldighet att informera de försäkrade under försäkringstiden. Paragrafen har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 5 § och vid grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 6 §. För individuell personförsäkring finns motsvarande bestämmelse i 10 kap. 5 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3. – Det hänvisas till kommentaren till 18 kap. 5 § och 19 kap. 6 §.

6 § Om ett försäkringsbolag inte lämnar information enligt 3–5 §§, tillämpas 10 kap. 11–13 §§. En anställd som omfattas av försäkringsskyddet skall då anses som en konsument som tecknat individuell försäkring.

(Paragrafen saknar motsvarighet i promemorian och PFL.)

I paragrafen hänvisas till de marknadsrättsliga sanktionssystem som anges i 10 kap. 11–13 §§. Paragrafen har för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 6 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.3. – Det hänvisas till kommentarerna till 18 kap. 6 § och 10 kap. 11–13 §§.

Tiden för försäkringsbolagets ansvar

7 § När en arbetsgivare tecknar en försäkring som han enligt kollektivavtal är skyldig att teckna, räknas tiden för försäkringsbolagets ansvar från och med den dag då han blev bunden av kollektivavtalet eller den dag som anges i kollektivavtalet. I annat fall räknas tiden från och med dagen efter den då ansökan om försäkring avgavs till försäkringsbolaget, om inte annat har avtalats eller framgår av omständigheterna.

Om ett försäkringsfall inträffar innan avtal träffats om en särskild utformning av försäkringsskyddet, bestäms ansvaret efter vad som är skäligt med hänsyn till den försäkrades förhållanden och de villkor som gäller för övriga försäkrade.

(Jfr 19 kap. 6 § promemorian och 10 kap. 6 § PFL.)

Paragrafen anger från vilken tidpunkt försäkringsbolagets ansvar löper dels då försäkringen tecknas på grund av arbetsgivarens förpliktelse enligt ett kollektivavtal, dels då den tecknas utan stöd av ett sådant avtal. Paragrafen har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 7 § och vid grupppersonförsäkring sin motsvarighet i 19 kap. 8 §. För individuell personförsäkring finns motsvarigheten i 11 kap. 2 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4. – Det hänvisas till kommentaren till 18 kap. 7 §.

Uppsägning av försäkringen

8 § Försäkringsvillkoren får innehålla att försäkringen inte kan upphöra på grund av uppsägning, så länge arbetsgivaren enligt kollektivavtal är skyldig att hålla försäkringen. Om ett sådant villkor inte gäller, tillämpas andra stycket.

En försäkring som gäller tills vidare kan sägas upp till utgången av månaden efter den då uppsägning sker. Om försäkringen gäller för viss tid, kan försäkringsbolaget säga upp den för upphörande i förtid bara om premien inte betalas i rätt tid och dröjsmålet inte är av ringa betydelse. Uppsägningstiden vid dröjsmål med premie för senare premieperiod än den första skall vara minst en månad, räknat från det att försäkringsbolaget avsände uppsägningen till arbetsgivaren.

(Jfr 19 kap. 7 § promemorian och 10 kap. 7 § PFL.)

Paragrafen behandlar parternas möjligheter att säga upp försäkringen. Den har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 8 § och vid grupppersonförsäkring delvis motsvarighet i 19 kap. 10–13 §§. Vid konsumentförsäkring behandlas motsvarande frågor i 3 kap. 4–6 §§. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4. – Det hänvisas till kommentaren till 18 kap. 8 §.

Ändring av försäkringen

9 § Försäkringsbolaget får i försäkringsvillkoren förbehålla sig rätt att ändra försäkringen under försäkringstiden. En ändring till de försäkrades nackdel får dock göras bara med godkännande av de arbetsmarknadsparter som har slutit det kollektivavtal som försäkringen följer.

Försäkringsvillkor som har utformats genom en särskild överenskommelse mellan försäkringsbolaget och den anställde får inte ändras till den anställdes nackdel utan dennes samtycke.

(Jfr 19 kap. 8 § promemorian och 10 kap. 8 § PFL.)

Paragrafen anger förutsättningarna för att försäkringsbolaget skall få ändra försäkringen. Den har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 9 § och vid grupppersonförsäkring en motsvarighet i 19 kap. 16 §. Vid individuell personförsäkring finns motsvarande bestämmelser i 11 kap. 9 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4. – Det hänvisas till kommentaren till 18 kap. 9 §. Andra stycket har bl.a. sin bakgrund i de försäkringsformer som tillåter individuella avtal med den anställde om kollektivavtalsgrundad personförsäkring, bl.a. s.k. tiotaggarförsäkring och villkor om ITPK-pension.

Efterskydd m.m.

10 § En försäkrad som lämnar sin anställning har rätt till efterskydd, premiefri försäkring (fribrev) eller fortsättningsförsäkring enligt vad som föreskrivs i försäkringsvillkoren. Detsamma gäller när någon av någon annan anledning inte längre uppfyller kraven för att omfattas av försäkringen.

Fortsättningsförsäkring anses som kollektivavtalsgrundad försäkring. I stället för 7–9 §§ tillämpas dock 11 kap. 2–9 §§ och 13 kap. vid fortsättningsförsäkring.

(Jfr 19 kap. 9 § promemorian och 10 kap. 9 § PFL.)

Paragrafen innehåller en påminnelse om den försäkrades tänkbara möjlighet till efterskydd, fribrev och fortsättningsförsäkring när det ordinarie försäkringsskyddet inte längre gäller. Den har vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring sin motsvarighet i 18 kap. 10 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.4.

Av *andra stycket* framgår att fortsättningsförsäkring här räknas som kollektivavtalsgrundad försäkring, varvid dock vissa särregler gäller. Sålunda tillämpas 11 kap. om individuell försäkring när väl ansökan skett om fortsättningsförsäkring, och detsamma gäller betalning av premien. Möjlighet finns dock att avvika från dessa regler genom kollektivavtal enligt 1 kap. 6 §.

Vad angår situationen när den som lämnar sin anställning får fribrev innebär ett fribrev som avser pensioneringen en uppskjuten pensionsrätt som helt grundar sig på den tidigare anställningen. Det är därför naturligt att försäkringen även i fortsättningen behandlas som en kollektivavtalsgrundad försäkring. De bestämmelser som närmast kommer i fråga (14–16 kap.) är dock väsentligen desamma, oavsett försäkringstypen.

I övrigt hänvisas till kommentaren till 18 kap. 10 §.

Försäkringens upphörande på grund av försäkringsbolagets konkurs, m.m.

11 § Det som sägs i 11 kap. 10–12 §§ om konkurs m.m. tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. I fråga om uppsägningsrätt gäller det som sägs i 3 kap. 9–11 §§.

(Varken promemorian eller PFL innehåller någon motsvarande bestämmelse.)

Paragrafen handlar om vissa följder av att ett försäkringsbolag försätts i konkurs m.m. Den har sina motsvarigheter för kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring i 18 kap. 11 § och för grupppersonförsäkring i 19 kap. 17 §. – Saken behandlas i avsnitt 11.4. – Det hänvisas till kommentaren till 11 kap. 10–12 §§. Samma rätt till omedelbar uppsägning finns som beträffande skadeförsäkring och individuell personförsäkring.

Begränsningar av försäkringsbolagets ansvar

12 § Det som sägs i 12 kap. 1–4 och 6–12 §§ om begränsningar av försäkringsbolagets ansvar tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Försäkringsbolaget får dock inte vid tillämpning av 12 kap. 1–3 §§ mot den försäkrade åberopa att någon annan än denne eller någon medförsäkrad har lämnat oriktiga eller ofullständiga uppgifter till försäkringsbolaget eller haft vetskap om detta.

(Jfr 19 kap. 11 § promemorian och 10 kap. 11 § PFL.)

Paragrafen anger i vilken utsträckning som begränsningar av försäkringsbolagets ansvar är möjliga. Den har sina motsvarigheter vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring i 18 kap. 12 § och vid grupppersonförsäkring i 19 kap. 18 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.5. – Det hänvisas till kommentaren till 19 kap. 18 §. Också bestämmelsen i denna paragraf kan sättas åt sidan till de försäkrades nackdel genom en central överenskommelse enligt 1 kap. 6 §. Det bör framhållas att om en arbetsgivare lämnat felaktiga upplysningar exempelvis om en anställds hälsa detta kan åberopas också mot den anställda när denne haft vetskap om förhållandet.

Förfogande över försäkringen

13 § Det som sägs i 14 kap. om förfogande över försäkringen tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring, om inte annat sägs i andra stycket.

Försäkringsbolaget kan i försäkringsvillkoren bestämma att den försäkrade inte får överlåta eller pantsätta sin rätt enligt försäkringen. Ett förfogande i strid mot en sådan bestämmelse är utan verkan. Ett förbud mot överlåtelse hindrar dock inte utmätning eller överlåtelse vid ackord eller i konkurs i vidare mån än detta följer av vad som annars föreskrivs i lag eller annan författning.

(Jfr 19 kap. 12 § promemorian och 10 kap. 2 och 12 §§ PFL.)

Paragrafen reglerar den försäkrades rätt att på olika sätt förfoga över försäkringen. Den har ingen motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring men däremot vid grupppersonförsäkring, 19 kap. 23 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.7. – Det hänvisas till kommentaren till

19 kap. 23 §. Rätten att göra ett individuellt förmånstagarförordnande kan uteslutas genom en central överenskommelse enligt 1 kap. 6 §.

Förhållandet till borgenärerna

14 § Det som sägs i 15 kap. om förhållandet till borgenärerna tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring.

(Jfr 19 kap. 2 § promemorian och 10 kap. 2 § PFL)

Bestämmelsen gör lagens regler om förhållandet till borgenärerna direkt tillämpliga på kollektivavtalsgrundad personförsäkring. Paragrafen saknar motsvarighet vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring men har däremot en motsvarighet vid grupppersonförsäkring, 19 kap. 24 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.1. – Det hänvisas till kommentaren till 15 kap.

Regleringen av försäkringsfall

15 § Det som sägs i 16 kap. 1–5 och 10 §§ om regleringen av försäkringsfall m.m. tillämpas också vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring.

(Jfr 19 kap. 2 § promemorian och 10 kap. 2 § PFL.)

Paragrafen föreskriver att reglerna om skadereglering, preskription och regressrätt vid individuell personförsäkring skall tillämpas även vid kollektivavtalsgrundad personförsäkring. I övrigt passar reglerna i 16 kap. inte vid denna försäkringstyp. Paragrafen har sina motsvarigheter vid kollektivavtalsgrundad skadeförsäkring i 18 kap. 14 § och grupp-skadeförsäkring i 17 kap. 21 §. – Övervägandena finns i avsnitt 11.7. – Det hänvisas till kommentaren till de aktuella paragraferna i 16 kap.

Sjunde avdelningen

21 kap. Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1 § Denna lag träder i kraft den 1 juli 2005. Genom lagen upphävs lagen (1927:77) om försäkringsavtal, lagen (1927:78) ang. införande av lagen om försäkringsavtal och konsumentförsäkringslagen (1990:38).

För försäkringar som har meddelats före ikraftträdandet (äldre försäkringar) gäller äldre rätt, om inte annat sägs nedan.

När bestämmelser i denna lag tillämpas på äldre försäkringar enligt 21 kap. 2–10 §§, gäller också 1 kap. 5 och 6 §§. Om en äldre personförsäkring ingår som del i en skadeförsäkring, tillämpas 21 kap. 3–10 §§ bara i den utsträckning som framgår av 1 kap. 7 §.

Paragrafen motsvarar väsentligen 20 kap. 1 § i promemorian. Andra stycket ger uttryck för huvudregeln rörande lagstiftningens inverkan på

äldre avtal. Äldre rätt gäller för äldre försäkringar, alltså försäkringar som har meddelats före ikraftträdandet. Av tredje stycket framgår att tvingande regler gäller också vissa äldre försäkringar.

2 § Bestämmelserna i 2–9, 17 och 18 kap. tillämpas på äldre skadeförsäkringar som har förnyats efter ikraftträdandet.

Paragrafen, som delvis motsvarar 20 kap. 2 § i promemorian, reglerar tillämpningen av den nya lagen på äldre skadeförsäkringar – både individuella och kollektiva försäkringar. Är försäkringarna inte förnyade, tillämpas äldre rätt enligt 1 § andra stycket. Detta gäller alltså också försäkringar för all framtid.

3 § Bestämmelserna i 10 kap. 5–8 §§, 9 § andra och tredje styckena samt 11–13 §§ tillämpas på äldre personförsäkringar. Detsamma gäller 10 kap. 10 § om villkoren har ändrats efter ikraftträdandet och information inte har lämnats enligt 6 §.

Paragrafen motsvarar huvudsakligen 20 kap. 3 § i promemorian. Den innebär att försäkringsbolaget har samma informationsskyldighet under försäkringstiden vid äldre och vid nyare individuella personförsäkringar oavsett om försäkringarna förnyats eller ej. Det avgörande för det civilrättsliga ansvaret är om villkoren ändrats, inte om försäkringen förnyats. De marknadsrättsliga reglerna gäller fullt ut vid lagens ikraftträdande utan särskild övergångsbestämmelse.

4 § Bestämmelserna i 11 kap. 3–13 §§ tillämpas på äldre personförsäkringar som har förnyats efter ikraftträdandet. Detsamma gäller 11 kap. 1 § andra stycket, såvitt gäller rätten till senare förnyelse.

Paragrafen, som delvis motsvarar 20 kap. 4 § i promemorian, innebär att äldre rätt tillämpas på äldre försäkringar såvitt angår försäkringsavtalets upphörande och förnyelse m.m., såvida inte försäkringen har förnyats efter lagens ikraftträdande.

5 § Bestämmelserna i 12 kap. tillämpas på äldre personförsäkringar om de har förnyats efter ikraftträdandet eller om tillämpning av äldre rätt skulle leda till ett resultat som är uppenbart oskäligt mot försäkringstagaren eller dennes rättsinnehavare.

Paragrafen reglerar samma frågor som 20 kap. 5 § i promemorian men innebär vissa avsteg från promemorians lösning. Äldre rätt blir i princip tillämplig om inte försäkringen förnyats efter ikraftträdandet. Om detta skulle leda till uppenbar oskälighet, kan dock de nya reglerna tillämpas. Man kan exempelvis tänka sig att förhållandena är sådana att 12 kap. 2 § tredje stycket utan tvivel skulle ha kunnat åberopas, om den nya lagen hade gällt, eller att försäkringsbolaget åberopar att upplysningsplikten åsidosatts många år efter det att den frist har gått ut som anges i 12 kap. 4 §. I sammanhanget bör hänsyn bl.a. tas till den tid som förflutit sedan ikraftträdandet. Ju längre tid som gått, desto mindre rimligt kan det verka att tillämpa äldre och strängare regler på ett kontraktsbrott från försäkringstagarens sida. Bestämmelsen är bara avsedd att tillämpas i undantagsfall, när resultatet annars skulle bli klart stötande.

6 § Bestämmelserna i 13 kap. tillämpas på äldre personförsäkringar när en premie enligt försäkringsavtalet skall betalas efter ikraftträdandet. Bestämmelserna i 13 kap. 4 § tillämpas dock bara om meddelande har begärts efter ikraftträdandet.

Paragrafen motsvarar 20 kap. 6 § i promemorian. Den innebär att efter ikraftträdandet en försäkringstagare får utvidgat skydd vid premie-
dröjsmål oavsett om försäkringen förnyats eller ej.

7 § Bestämmelserna i 14 kap. 1–11 §§ tillämpas på äldre personförsäkringar i fråga om förfoganden över försäkringen som sker efter ikraftträdandet. Detsamma gäller om en händelse som avses i 14 kap. 15 § inträffat under samma tid.

Paragrafen motsvarar till en del 20 kap. 7 § i promemorian. Den innebär framför allt att förfoganden i alla avseenden skall bedömas enligt den lagstiftning som gäller då de företas. Eftersom 14 kap. i stora delar stämmer med äldre rätt, får valet av lagstiftning begränsad praktisk betydelse.

8 § Bestämmelserna i 15 kap. tillämpas på äldre personförsäkringar om ett beslut om utmätning, konkurs eller offentligt ackord meddelas efter ikraftträdandet. En äldre personförsäkring får dock inte utmätas med stöd av 15 kap. 2 §, om den skulle ha undantagits från utmätning enligt 116 § första stycket lagen (1927:77) om försäkringsavtal.

Bestämmelserna motsvarar väsentligen 20 kap. 8 § i promemorian. De innebär att skyddet mot borgenärerna stärks genom ikraftträdandet oavsett om försäkringen förnyats.

9 § Bestämmelserna i 16 kap. 1–4 och 10 §§ tillämpas på äldre personförsäkringar om försäkringsfallet inträffar efter ikraftträdandet.

Bestämmelserna i 16 kap. 5 § gäller även för en fordran som har tillkommit före ikraftträdandet och som inte vid denna tidpunkt är preskriberad enligt äldre rätt.

Bestämmelserna i 16 kap. 6–9 §§ tillämpas på äldre personförsäkringar om en uppsägning har avsänts efter ikraftträdandet eller om annars 11 kap. 1 § är tillämplig.

Enligt paragrafen, som motsvarar 20 kap. 9 § i promemorian, tillämpas de nya reglerna vid skaderegleringen om ett försäkringsfall inträffar efter ikraftträdandet. Detsamma gäller beträffande försäkringsbolagets regressrätt. I fråga om preskription gäller de nya reglerna om fordringen ännu inte preskriberats vid ikraftträdandet. Också beträffande risken för vissa meddelanden m.m. blir tiden för ikraftträdandet avgörande.

10 § Bestämmelserna i 19 och 20 kap. tillämpas på sådana äldre grupppersonförsäkringar och äldre kollektivavtalsgrundade personförsäkringar som har förnyats efter lagens ikraftträdande.

Bestämmelsen innebär att den nya lagstiftningen är tillämplig på kollektiva personförsäkringar, under förutsättning att de har förnyats efter ikraftträdandet.

14.2 Förslaget till lag om säkerhetsrätt i försäkringsersättning

1 § Vid tillämpningen av 9 kap. lagen (2004:000) om försäkringsavtal gäller bestämmelserna i denna lag för en sådan säkerhetsrätt för borgenär som avses i 4 § 2–4, 6–8 §§ eller 11 § förmånsrättslagen (1970:979).

Avtalsvillkor som inskränker de rättigheter som följer av denna lag är ogiltiga mot sådana borgenärer som avses i 6 och 7 §§ förmånsrättslagen.

Lagen knyter an till de bestämmelser i lagen om försäkringsavtal som reglerar tredje mans rätt enligt försäkringsavtalet. Enligt 9 kap. 1 § i den lagen gäller en försäkring som avser värdet av en fastighet eller värdet av en fast eller lös sak till förmån för borgenär som har viss förmånsrätt i egendomen enligt förmånsrättslagen. Om en försäkring på detta sätt gäller till förmån för flera, har enligt 9 kap. 4 § egendomens ägare rätt att få försäkringsersättningen framför en borgenär som har viss förmånsrätt enligt förmånsrättslagen, förutsatt att borgenärens säkerhet inte väsentligt minskar genom försäkringsfallet. Bestämmelserna är tvingande till förmån för borgenären vad gäller sådana förmånsrätter som avses i 6 och 7 §§ förmånsrättslagen (förmånsrätt i fast egendom och tomträtt), men för övriga fall kan parterna i försäkringsavtalet komma överens om en annan ordning.

I denna lag finns kompletterande bestämmelser till de angivna bestämmelserna i lagen om försäkringsavtal. Lagen ersätter lagen (1927:79) om rätt för borgenär till betalning ur ersättning på grund av brandförsäkringsavtal.

I paragrafens *första stycke* anges lagens tillämpningsområde. Lagen skall tillämpas på alla de borgenärer som anges i 9 kap. 4 § lagen om försäkringsavtal. Lagen gäller alltså, till skillnad från 1927 års lag, också vid annan försäkring än brandförsäkring och även i fråga om andra säkerhetsrätter än panträtt i fast egendom och i tomträtt.

Enligt *andra stycket* är lagen tvingande till förmån för sådana borgenärer som avses i 6 och 7 §§ förmånsrättslagen. I förhållande till övriga borgenärer som omfattas av lagen och till egendomens ägare är den dock dispositiv. Det är således möjligt att t.ex. genom försäkringsavtalet inskränka ägarens rätt att uppbära ersättning enligt 2 §.

2 § Om försäkringsersättningen för skada på egendom uppgår till högst en tiondel av värdet av den egendom i vilken en säkerhetsrätt gäller, har ägaren av den försäkrade egendomen rätt att framför borgenären själv få ersättningen av försäkringsbolaget. Är ersättningen större, får den utan borgenärens medgivande betalas ut till någon annan endast om skadan har avhjälpits eller säkerhet som länsstyrelsen har godkänt har ställts för att ersättningen skall betalas tillbaka för den händelse skadan inte avhjälpes inom skälig tid.

Visar inte ägaren inom två månader efter det att ersättningen skulle ha betalats att han har rätt att få beloppet, eller har ett utbetalat belopp betalats tillbaka, skall bolaget deponera beloppet hos länsstyrelsen för utbetalning till den som har rätt till beloppet. Bolaget skall samtidigt lämna uppgift om en sådan borgenär vars namn och adress har anmälts hos bolaget och skriftligen underrätta borgenären om depositionen.

I *första stycket* preciseras den närmare innebörden av bestämmelsen i 9 kap. 4 § lagen om försäkringsavtal, att den försäkrade egendomens ägare har rätt till försäkringsersättningen framför en borgenär med viss förmånsrätt förutsatt att inte dennes säkerhet väsentligt minskar genom försäkringsfallet. Förutsättningarna för ägarens företrädesrätt sätts i

relation till värdet av den egendom där säkerhetsrätten gäller. Egendomens ägare har alltid rätt att framför borgenären uppbära försäkringsersättning, om ersättningen uppgår till högst en tiondel av värdet av den egendom där säkerhetsrätten gäller. För dessa fall kan man alltså aldrig anse att borgenärens säkerhet väsentligt minskar. Det är ägaren som skall visa att försäkringsersättningen inte är större än vad som anges i paragrafen. Många gånger torde detta stå klart utan någon närmare utredning, exempelvis om ersättning skall utgå för en maskin använd i en större företagsintecknad rörelse. I alla andra fall har dock borgenären företräde. Det anges därför i andra meningen att ersättning som är större än en tiondel av värdet av den egendom där säkerhetsrätten gäller får betalas ut till någon annan utan borgenärens medgivande endast om skadan har avhjälpits eller av länsstyrelsen godkänd säkerhet har ställts. Som avhjälpande räknas också att egendom vari säkerhetsrätten gäller återanskaffas om rätten kvarstår i den nya egendomen.

I *andra stycket* regleras under vilka förutsättningar ett försäkringsbolag är skyldigt att nedsätta försäkringsersättning hos länsstyrelsen. Bestämmelsen överensstämmer i allt väsentligt med regleringen i 1927 års lag.

3 § Om ett ersättningsbelopp har deponerats hos länsstyrelsen, skall denna så snart det kan ske sätta ut sammanträde för förhandling om rättsägares anspråk och beloppets fördelning. Kallelse till sammanträdet skall genom länsstyrelsens försorg minst fjorton dagar i förväg sändas till den försäkrade egendomens ägare och till kända borgenärer med säkerhetsrätt i egendomen, med uppmaning att anmäla anspråk senast vid sammanträdet. Om det finns särskilda skäl, skall en kungörelse om sammanträdet minst fjorton dagar i förväg föras in i Post- och Inrikes Tidningar.

I övrigt skall i fråga om fördelning av ersättningsbeloppet gälla vad som föreskrivs om fördelning av köpeskilling vid exekutiv försäljning av egendomen.

I *första stycket* ges vissa handlingsregler för länsstyrelsen för de fall ett ersättningsbelopp har nedsatts hos länsstyrelsen. Bestämmelserna motsvarar i stort reglerna i 1927 års lag, med de förändringar som föranleds av att denna lag har ett vidare tillämpningsområde.

Följden av att en borgenär inte anmäler sitt anspråk trots uppmaning från länsstyrelsen enligt första stycket är endast att borgenären inte kan göra anspråk på försäkringsersättningen. Borgenärens rätt i eventuellt kvarstående säkerhet påverkas alltså inte. Kungörelse skall införas i Post- och Inrikes Tidningar endast om det finns särskilda skäl. Detta är framför allt fallet om det finns betydande risk att okända borgenärer kan göra anspråk på en del av ersättningen.

När det gäller fördelningen av ersättningsbeloppet gäller utöver bestämmelserna i första stycket vad som föreskrivs om fördelning av köpeskilling vid exekutiv försäljning av egendomen, dvs. bl.a. bestämmelserna i 13 kap. utskönningsbalken. Detta framgår av *andra stycket*.

4 § Om försäkringsbolaget är ansvarigt för en inträffad skada i förhållande till en borgenär med säkerhetsrätt i egendomen, men inte mot egendomens ägare, inträder bolaget i borgenärens rätt i den mån försäkringsbolaget har betalat borgenärens fordran. Är fordringen intecknad, skall på ansökan av länsstyrelsen pantbrev eller företagsinteckningsbrev för det betalade beloppet utfärdas med företrädesrätt näst efter ett intecknat belopp, på vilket betalning inte utfallit, och överlämnas till bolaget som säkerhet för dess fordran.

Paragrafen innehåller bestämmelser om ett försäkringsbolags rätt att träda in i en borgenärs rätt mot egendomens ägare och ansluter till 9 kap.

3 § lagen om försäkringsavtal. Bestämmelserna motsvarar reglerna i 1927 års lag, med de förändringar som föranleds av att denna lag har ett vidare tillämpningsområde.

5 § Om det vid fördelningen av medel utfaller betalning på beloppet av ett pantbrev eller ett företagsinteckningsbrev, skall länsstyrelsen anmäla detta till inskrivningsmyndigheten för anteckning i fastighetsregistrets inskrivningsdel och företagsinteckningsregistret. Anmälan skall göras genast efter det att fördelningen blivit godkänd eller vunnit laga kraft. En kopia av fördelningslängden skall fogas till anmälan.

Ansökan enligt 4 § skall göras i sammanhang med anmälan som avses i första stycket i denna paragraf.

Paragrafen innehåller bestämmelser för de fall då det vid fördelningen av medel utfaller betalning på beloppet av ett pantbrev eller ett företagsinteckningsbrev. Bestämmelserna motsvarar reglerna i 1927 års lag, med de förändringar som föranleds av att denna lag har ett vidare tillämpningsområde.

6 § Även om beloppet av en skada som avses i 2 § har fastställts vid förhandling mellan försäkringstagaren och försäkringsbolaget, får en borgenär med säkerhetsrätt i egendomen hos bolaget begära att beloppet skall, vad gäller hans rätt, fastställas på det sätt som anges i försäkringsavtalet. En sådan begäran skall framställas inom en månad efter det att skadan inträffade eller, om borgenärens namn och adress anmälts hos bolaget, inom fjorton dagar efter det att borgenären underättats om beloppets fastställande.

Framställs begäran enligt första stycket av flera borgenärer, skall de gemensamt utse ett ombud att föra talan i saken. Om de inte kommer överens, skall ombudet utses av länsstyrelsen.

Paragrafen reglerar en borgenärs rätt att hos försäkringsbolaget begära att skadans belopp, såvitt angår hans rätt, skall fastställas enligt försäkringsavtalet trots att beloppet har fastställts vid förhandling mellan försäkringstagaren och försäkringsbolaget. Bestämmelserna motsvarar reglerna i 1927 års lag.

7 § Behörig länsstyrelse enligt denna lag är länsstyrelsen i det län där säkerhetsrätten är registrerad eller, när det inte har skett, det län där egendomen fanns vid försäkringsfallet. Om egendomen fanns utomlands, är länsstyrelsen i Stockholms län behörig.

Paragrafen reglerar vilken länsstyrelse som är behörig för sådana fall som omfattas av lagen. Paragrafen saknar motsvarighet i 1927 års lag. En reglering av behörighetsfrågan har ansetts nödvändig mot bakgrund av att den nya lagen omfattar även säkerhetsrätt i lös egendom.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2005, då lagen (1927:79) om rätt för borgenär till betalning ur ersättning på grund av brandförsäkringsavtal skall upphöra att gälla.

2. Den nya lagen tillämpas på försäkringar som har meddelats eller förnyats efter ikraftträdandet. På försäkringar som har meddelats före ikraftträdandet gäller äldre bestämmelser.

Av bestämmelsen följer att lagen träder i kraft samma dag som den nya lagen om försäkringsavtal. Övergångsbestämmelserna har utformats i enlighet med huvudregeln i den lagen, dvs. att lagen tillämpas på försäkringar som meddelas eller förnyas efter ikraftträdandet.

14.3 Förslaget till lag om tillämpning av bestämmelser i lagen (2004:000) om försäkringsavtal på grupplivförsäkringar som meddelas av staten

Bestämmelserna i 12 kap. 1–4 och 6–12 §§, 14 och 15 kap., 16 kap. 1–5 och 10 §§ samt 20 kap. 4, 10, 12 och 13 §§ lagen (2004:000) om försäkringsavtal gäller för grupplivförsäkringar som meddelas av staten. Vid tillämpning av 14 och 15 kap. och i fråga om rätten till försäkringsersättning i övrigt anses varje försäkrad som försäkringstagare, om försäkringen gäller på hans liv.

Försäkringsvillkor, som i jämförelse med de i första stycket angivna bestämmelserna är till nackdel för den försäkrade eller hans rättsinnehavare, är tillåtna om villkoren har godkänts av en central arbetstagarorganisation.

De statliga grupplivförsäkringarna regleras i avtal av den 29 januari 1988 om statens tjänstegrupplivförsäkring (TGL-S) samt i ett antal författningar, bl.a. förordningen (1988:243) om grupplivförsäkring för vissa lokalanställda arbetstagare vid svenska utlandsmyndigheter, förordningen (1988:244) om grupplivförsäkring för deltagare i vissa arbetsmarknadspolitiska program, förordningen (1988:245) om grupplivförsäkring för doktorander, förordningen (1995:239) om förmåner till totalförsvarspiktiga samt förordningen (2003:56) om tjänstepension och tjänstegrupplivförsäkring för vissa arbetstagare med icke-statlig anställning.

Genom lagen införs bestämmelser som innebär att de statliga grupplivförsäkringarna – oavsett om de är författningsreglerade eller om de har sin grund i kollektivavtal – kommer att följa de regler i lagen om försäkringsavtal som gäller för kollektivavtalsgrundad personförsäkring. I andra stycket har det skapats en möjlighet att avvika från bestämmelserna i lagen om försäkringsavtal till den försäkrades eller hans rättsinnehavares nackdel. En motsvarande reglering för kollektivavtalsgrundad försäkring finns i 1 kap. 5 och 6 §§ lagen om försäkringsavtal. Enligt bestämmelsen skall sådana från försäkringsavtalet avvikande villkor vara tillåtna endast om villkoren har godkänts av en central arbetstagarorganisation. I vad mån sådana villkor kan tillämpas också på andra än den godkännande organisationens medlemmar och dessas anhöriga avgörs – såvitt gäller försäkring för anställda – av de regler som gäller på arbetsrättens område. För försäkringslagstiftningens del är det alltså tillräckligt att villkoren har godkänts av *en* central organisation. Sedan en central organisation har godkänt att villkoren får tillämpas på organisationens medlemmar, kan de användas även vid försäkring för andra än anställda.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2005. I fråga om försäkringsfall som har inträffat före ikraftträdandet skall äldre bestämmelser tillämpas.

Enligt övergångsbestämmelsen skall äldre bestämmelser tillämpas i fråga om försäkringsfall som har inträffat före ikraftträdandet. Bestämmelsen motiveras av att det, när det gäller de statliga försäkringarna, inte finns något egentligt försäkringsavtal att utgå från och att det därmed är svårt att fastställa när en ny försäkring skall anses föreligga.

14.4 Förslaget till lag om ändring i äktenskapsbalken

10 kap.

3 § Rättigheter som inte kan överlåtas eller som i annat fall är av personlig art skall inte ingå i bodelning om det skulle strida mot vad som gäller för rättigheten. Dessutom skall pensionsrättigheter, även om de inte är av sådant slag som avses i första meningen, undantas från bodelning enligt vad som sägs i andra och tredje styckena.

Vid bodelning med anledning av en makes död skall en rätt till pension som den efterlevande maken har på grund av pensionssparavtal enligt lagen (1993:931) om individuellt pensionssparande inte ingå i bodelningen. Detsamma gäller en rätt till pension som den efterlevande maken har på grund av en försäkring, om det belopp som skall betalas ut skall beskattas som inkomst. Om pensionssparkontot eller försäkringen ägdes av den avlidna maken, tillämpas i stället bestämmelserna i lagen om individuellt pensionssparande eller lagen (2004:000) om försäkringsavtal.

Vid bodelning med anledning av äktenskapsskillnad skall en rätt till pension som någon av makarna har på grund av pensionssparavtal enligt lagen om individuellt pensionssparande helt eller delvis undantas från bodelningen, om det med hänsyn till makarnas ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt skulle vara oskäligt att hela pensionsrätten ingick. Detsamma gäller rätt till pension på grund av en försäkring, om det belopp som skall betalas ut skall beskattas som inkomst och försäkringen gäller rätt till

1. ålderspension eller sjukpension, eller
2. efterlevandepension om det finns en rätt till utbetalning av pensionen vid bodelningen.

Ändringen i *andra stycket* avser hänvisning till den nya lagen om försäkringsavtal.

5 § Om försäkring eller försäkringsbelopp som vid försäkringstagarens död tillfaller en förmånstagare finns bestämmelser i lagen (2004:000) om försäkringsavtal.

Om förmånstagares rätt enligt pensionssparavtal finns bestämmelser i lagen (1993:931) om individuellt pensionssparande.

Ändringen i *första stycket* avser hänvisning till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.5 Förslaget till lag om ändring i utsökningsbalken

5 kap.

6 § Medel, som för särskilt angivet ändamål har anvisats gäldenären av staten, kommun eller annan menighet eller av samfund, stiftelse eller inrättning med allmännyttigt syfte eller har samlats in bland allmänheten, får ej utmätas, om det strider mot det angivna ändamålet.

Sedan medlen har betalats ut, gäller förbudet mot utmätning så länge de hålls avskilda.

Det som sägs i första och andra styckena gäller också medel för begravning som tillfaller ett dödsbo på grund av en försäkring eller en utfästelse av en arbetsgivare, i den mån beloppet inte överstiger det för dödsåret gällande prisbasbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Vid kollektivavtalsgrundad försäkring är det vanligt att ett särskilt belopp, till täckande av kostnader i samband med begravningen, utgår till dödsboet efter den försäkrade. Även vid gruppförsäkring och individuell försäkring förekommer på motsvarande sätt att ett försäkringsbelopp skall användas till begravningskostnader. I det nya *tredje stycket* har intagits en bestämmelse med innebörd att försäkringsbelopp som tillfaller ett dödsbo för att täcka kostnader i samband med begravningen till viss del skall vara skyddat mot utmätning. Ett motsvarande skydd gäller också då begravningshjälp har utbetalats till ett dödsbo på grund av en utfästelse av en arbetsgivare. En gräns för utmätningsfriheten är ett belopp motsvarande det prisbasbelopp som gäller för dödsåret.

För utmätningsfrihet gäller, utöver beloppsbegränsningen, att försäkringsbeloppet verkligen tillfaller dödsboet. Har försäkringstagaren t.ex. som förmånstagare satt in en av flera arvingar eller någon helt utomstående person, är således försäkringsersättningen inte skyddad mot utmätning. Om det däremot föreskrivs i villkoren eller om försäkringstagaren i särskilt förordnande angett att beloppet skall tillfalla inte dödsboet utan samliga dödsbodelägare, bör detta i allmänhet kunna jämföras med att beloppet tillfaller dödsboet och därför leda till utmätningsfrihet. I dessa fall har man ofta anledning att tolka förordnandet så att det varit avsikten att medlen skall tillfalla dödsboet.

Liksom i övrigt enligt reglerna i denna paragraf gäller förbudet mot utmätning av begravningshjälp redan då beloppet står inne hos försäkringsbolaget eller hos arbetsgivaren. Sedan ersättning betalats ut skall för utmätningsfrihet krävas att medlen hålls avskilda.

Begravningshjälp kan inte utmätas om det strider mot ändamålet med ersättningen, dvs. att täcka kostnader i samband med begravning. Framkommer det att begravningskostnaderna inte uppgått till det belopp som betalats ut och som hålls avskilt, finns det inte något hinder mot utmätning av överskjutande belopp. Vidare bör utmätning kunna ske om det är uppenbart att dödsboet inte har för avsikt att använda ersättningen för begravningskostnader. Det förhållandet att begravningskostnader först betalas av andra medel än den utbetalda ersättningen innebär inte i sig att begravningshjälpen får mätas ut; det kan ofta vara naturligt att t.ex. någon av dödsbodelägarna förskotterar kostnader för att sedan få ersättning ur dödsboet.

Oberoende av vad som sagts ovan kan utmätning ske om utmätningsfordran avser just begravningskostnader – utmätningen strider då inte mot ändamålet.

14.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1930:106) om vissa rättshandlingar till förmån för ofödda

Det som sägs i 9 kap. 2 § ärvdabalken om förordnande genom testamente till den som inte är född eller avlad vid testators död gäller också för förordnande genom en annan rättshandling till förmån för den som inte är född eller avlad vid tiden för förordnandet. Om förmånstagarförordnanden gäller dock särskilda bestämmelser i lagen (2004:000) om försäkringsavtal.

Enligt 14 kap. 1 § tredje stycket lagen om försäkringsavtal skall det som sägs i 9 kap. 2 § ärvdabalken om förordnande genom testamente till den som inte är född eller avlad vid testators död gälla också för förmånstagarförordnande till den som inte är född eller avlad när förordnandet skall tillämpas första gången. Enligt *tillägget* skall den regleringen gälla för personförsäkringens del i stället för regleringen i lagen om vissa rättshandlingar till förmån för ofödda. – Lagtexten har också anpassats till ärvdabalken.

14.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1941:416) om arvsskatt och gåvoskatt

12 § Om en förmånstagare enligt lagen (2004:000) om försäkringsavtal vid försäkringstagarens död får förfoganderätten över försäkringen eller, utan att någon sådan rätt förvärfvas, utbetalning på grund av försäkringen, skall vad förmånstagaren sålunda bekommer vid beräkning av arvsskatt anses som arvfallen egendom. Vad som nu sagts gäller också vad som tillfaller någon enligt 14 kap. 7 § första stycket lagen om försäkringsavtal. Hälften av vad som tillfaller försäkringstagarens make i egenskap av förmånstagare är fritt från skatt.

Vidare skall

a) där en livförsäkring, som är kapitalförsäkring men ej livränteförsäkring, gäller på försäkringstagarens eller hans makes liv samt den rätt, som på grund av försäkringsavtalet någon av dem har, enligt lagen (2004:000) om försäkringsavtal inte kunnat tagas i mät för någons skuld, eller

b) där en försäkring tagits för olycksfall eller sjukdom, vid skattens beräkning från värdet av vad som tillfallit någon i egenskap av förmånstagare såsom skattefritt avräknas ett belopp som motsvarar sex gånger prisbasbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring för det år under vilket skattskyldigheten inträdde. Har på grund av ett förordnande av samma person förmånstagaren tidigare fått ett sådant förvärf, som enligt 37 § 2 mom. är i beskattningshänseende likställt med en gåva, får likväl från värdet av vad som inom loppet av tio år tillfallit förmånstagaren ej avräknas mer än ett belopp som motsvarar sex gånger prisbasbeloppet enligt lagen om allmän försäkring för det år under vilket skattskyldighet inträdde för det senaste förvärfvet.

Vad som på grund av insättningar av samma person i ränte- och kapitalförsäkringsanstalt på en gång tillfaller någon såsom förmånstagare skall denne anses erhålla på grund av en och samma försäkring, och skall så anses som om försäkringen tagits vid tiden för den första insättningen och på villkor att premiebetalning skolat ske i den ordning, vari insättningarna i anstalten skett eller enligt avtal mellan anstalten och försäkringstagaren skolat äga rum.

Skattskyldighet enligt första stycket föreligger inte för rätt till pension som utgår på grund av pensionsförsäkring. Skattskyldighet föreligger inte heller för rätt till livränta som utgår på grund av annan försäkring än pensionsförsäkring i den mån vad som på grund av förordnande av samma person tillfallit den berättigade inte överstiger 2 500 kronor per år.

Angående vad som förstås med kapitalförsäkring och pensionsförsäkring stadgas i 58 kap. 2 § inkomstskattelagen (1999:1229).

Det som sägs i första och andra styckena gäller också i fråga om vad som tillfallit någon på grund av en sådan förmån från en kommun.

Vad som vid en försäkringstagares död tillfaller någon på grund av ett förordnande som avser en utländsk försäkring skall vid beräkning av arvsskatt behandlas som om det hade tillhört boet och tillagts förmånstagaren genom ett testamente. För en kapitalförsäkring som ej är livränteförsäkring och som gäller på försäkringstagarens eller hans makes liv och för en försäkring som tagits för olycksfall eller sjukdom tillämpas bestämmelserna i andra stycket. För rätt till pension på grund av en utländsk försäkring skall behandlas som pensionsförsäkring vid inkomsttaxeringen föreligger inte skattskyldighet. Vid övriga förvärf av livränta på grund av en utländsk försäkring tillämpas bestämmelserna i fjärde stycket andra meningen.

Med utländsk försäkring förstås en försäkring som har meddelats i en utomlands bedriven försäkringsrörelse.

Skattskyldighet föreligger inte för rätt till pension på grund av pensionssparavtal enligt 1 kap. 2 § lagen (1993:931) om individuellt pensionssparande. När behållning på pensionssparkonto skall tas upp som en tillgång i dödsboet och avskattning skall ske enligt 58 kap. 33 § inkomstskattelagen skall behållningen tas upp till halva värdet.

Ändringarna avser huvudsakligen hänvisningar till den nya lagen om försäkringsavtal. Även vissa redaktionella ändringar har gjorts. Ändringen i *sjätte stycket* har sin bakgrund i att den nya lagen innehåller regler om såväl gruppförsäkring som kollektivavtalsgrundad försäkring och att lagens regler tillämpas också på grupplivförsäkringar som meddelas av staten.

a) kännedom erhållits om förut icke känt testamente;
 b) ett testamente, ett förmånstagarförordnande enligt lagen (2004:000) om försäkringsavtal eller ett motsvarande förordnande som avser en utländsk försäkring, vartill hänsyn tagits vid skatteärendets prövning, blivit genom lagakraftvunnen dom helt eller delvis förklarat ogillt;
 c) genom lagakraftvunnen dom eljest blivit bestämt angående delningen av egendom i dödsbo, där skatten fastställts med ledning av handling, som avses i 15 § 1, 1 a och 2 mom., 15 a § eller 16 §;
 d) omständighet inträffat som föranleder tilläggsbouppteckning;
 e) kännedom erhållits angående vid tiden för skattskyldighetens inträde föreliggande omständighet, som föranleder, att i deklaration uppgiven behållning eller egendom bort upptagas eller fördelas annorledes än i deklarationen angivits;
 f) kunskap vunnits om förhållande, som föranleder tillämpning av 19 §;
 g) klarhet vunnits om hur arvet slutligen skall fördelas i sådana fall som avses i 18 §;
 h) kunskap vunnits om att sådan delning som avses i 15 § 1 a mom. har skett;
 och hade, om hänsyn tagits till omständighet som nu avses, för någon lott skatt skolat gäldas utöver vad för lotten beräknats, skall efterbeskattning ske med sålunda felande belopp.

Ändringen i *första stycket* avser, utöver vissa redaktionella ändringar, hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

37 § 1 mom. Gåvoskatt utgår vid köp, byte, lega eller annat sådant avtal, om av missförhållandet mellan de å ömse sidor utfästa villkor är uppenbart, att avtalet delvis har egenskap av gåva.

2 mom. Skatt såsom för gåva utgår för vad som i enlighet med lagen (2004:000) om försäkringsavtal i annat fall än i 12 § avses tillfaller någon i egenskap av förmånstagare.

Vid denna beskattning skall bestämmelserna i 12 § andra–femte styckena tillämpas.

Som gåva beskattas även vad som i annat fall än i 12 § sjunde stycket avses tillfaller någon på grund av förordnande som avser utländsk försäkring. Därvid skall bestämmelserna i nämnda stycke tillämpas.

Ändringen i 2 mom. avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

49 § Där någon i enlighet med lagen (2004:000) om försäkringsavtal blivit insatt såsom förmånstagare, åligger det försäkringsgivaren att angående händelse, som enligt denna lag medför skattskyldighets inträde, lämna kontrolluppgift till den skattemyndighet, vilken har att ta upp fråga om beskattning av försäkringsbeloppet och därvid även uppge övriga förhållanden av betydelse för skattens bestämmande. Närmare föreskrifter om uppgiftsskyldigheten meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

Uppgiftsskyldighet föreligger dock icke, därest försäkringsbeloppet eller, i fråga om belopp som utfaller periodiskt, det sammanlagda årsbeloppet ej överstiger 13 000 kronor. Där fråga är om flera försäkringar, skall vad nu sagts hava avseende å försäkringarnas sammanlagda belopp.

Uppgift enligt första stycket skall för varje kalenderår lämnas senast den 31 januari följande år. Har skattskyldighet inträtt till följd av dödsfall, skall dock uppgift lämnas inom en månad efter det försäkringsgivaren erhöll vetskap om dödsfallet.

Vad i första och andra styckena sägs skall äga motsvarande tillämpning i fall, som avses i 12 § sjätte stycket.

Ändringen i *första stycket* avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

59 § Har efter det beslut meddelats om fastställande av skatt

a) kännedom erhållits om förut icke känt testamente;

b) testamente, förordnande enligt lagen (2004:000) om försäkringsavtal om insättande av förmånstagare eller motsvarande förordnande som avser utländsk försäkring, vartill hänsyn tagits vid skatteärendets prövning, blivit genom lagakraftvunnen dom helt eller delvis förklarat ogillt;

c) genom lagakraftvunnen dom eljest blivit bestämt angående delningen av egendom i dödsbo, där skatten fastställts med ledning av handling, som avses i 15 § 1, 1 a och 2 mom, 15 a § eller 16 §;

d) omständighet inträffat som föranleder tilläggsbouppteckning;

e) kännedom erhållits angående vid tiden för skattskyldighetens inträde föreliggande omständighet, som föranleder att i deklaration uppgiven behållning eller egendom bort upptagas eller fördelas annorledes än i deklarationen angivits;

f) klarhet vunnits om hur arvet slutligen skall fördelas i sådana fall som avses i 18 §;

g) genom sådan delning, som enligt 32 § h) föranlett efterbeskattning, fördelningen av kvarlåtenskapen kommit att avvika från den som legat till grund för skattens fastställande;

och hade, om hänsyn tagits till omständighet som nu avses, någon skattskyldig haft att gälda mindre skatt än vad beräknats, skall honom påförd skatt nedsättas med sålunda för högt beräknat belopp.

Ansökan om återvinning av skatt efter vad nu sagts görs skriftligen och tas upp av den skattemyndighet som meddelat beslut i skatteärendet.

Ändringen i *första stycket* avser, utöver vissa redaktionella ändringar, hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2005.

2. Har skattskyldighet inträtt före ikraftträdandet, skall äldre bestämmelser tillämpas.

3. I fråga om förmånstagarförordnanden som har gjorts enligt lagen (1927:77) om försäkringsavtal gäller äldre bestämmelser.

Om skattskyldigheten har inträtt före de nya bestämmelsernas ikraftträdande, skall enligt allmänna principer på skatterättens område äldre bestämmelser tillämpas även därefter. Detta förhållande regleras uttryckligen i *punkt 2*. Enligt *punkt 3* följer äldre förmånstagarförordnanden äldre rätt.

14.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (1970:417) om marknadsdomstol m.m.

1 § Marknadsdomstolen handlägger mål och ärenden enligt

1. konkurrenslagen (1993:20),

2. lagen (1994:1845) om tillämpningen av Europeiska gemenskapernas konkurrens- och statsstödsregler,

3. marknadsföringslagen (1995:450),

4. lagen (1994:1512) om avtalsvillkor i konsumentförhållanden,

5. lagen (1984:292) om avtalsvillkor mellan näringsidkare,

6. produktsäkerhetslagen (1988:1604),

7. lagen (1994:615) om ingripande mot otillbörligt beteende avseende offentlig upphandling,

8. lagen (2000:1175) om talerätt för vissa utländska konsumentmyndigheter och konsumentorganisationer,

9. *lagen (2004:000) om försäkringsavtal*.

Bestämmelserna i 14, 15 och 16–22 §§ tillämpas inte i mål och ärenden enligt konkurrenslagen, lagen om tillämpningen av Europeiska gemenskapernas konkurrens- och statsstödsregler, marknadsföringslagen *eller lagen om försäkringsavtal*. I mål enligt marknadsföringslagen *eller lagen om försäkringsavtal* tillämpas inte heller 13 a §. Istället gäller vad som föreskrivs i dessa lagar.

Första stycket

Lagen om försäkringsavtal innehåller olika bestämmelser om ett försäkringsbolags skyldighet att informera försäkringstagaren och andra i olika avseenden. Om ett försäkringsbolag underlåter att lämna den information som föreskrivs, har Marknadsdomstolen möjlighet att meddela bolaget åläggande. När det gäller information om försäkringar som tecknas av en konsument eller ett dödsbo följer möjligheten att meddela sådant åläggande av marknadsföringslagen medan den för övriga fall – t.ex. i fråga om försäkringar som tecknas av näringsidkare – regleras direkt i lagen om försäkringsavtal. Eftersom Marknadsdomstolen i de senare fallen således kommer att tillämpa bestämmelserna i lagen om försäkringsavtal, har ett tillägg gjorts i första stycket.

Andra stycket

Även beträffande mål om åläggande att lämna information till näringsidkare tillämpas på förfarandet marknadsföringslagens bestämmelser rörande mål om åläggande att lämna information enligt 15 § den lagen. I 1 § andra stycket förevarande lag har därför angetts att vissa av förfarandereglerna i den senare lagen inte är tillämpliga i mål om åläggande av information enligt lagen om försäkringsavtal.

14.9 Förslaget till lag om ändring i lagen (1972:262) om understödsföreningar

82 § Fordran som på grund av moderskapsförsäkring inestår hos understödsförening får ej utmätas.

Om utmätningsfrihet för *kapitalförsäkringar*, sjukhjälp och pension finns bestämmelser i lagen (2004:000) om försäkringsavtal och i 5 kap. utskökningsbalken.

Ändringen i *andra stycket* avser, förutom en redaktionell ändring, hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (1973:1199) om ersättning från den internationella oljeskadefonden

2 § Ett belopp som 1992 års internationella oljeskadefond har betalat i ersättning enligt artikel 4 får fonden kräva åter av en person som anges i 10 kap. 4 § andra stycket a, b eller e–g sjölagen (1994:1009) endast under de förutsättningar som anges i nämnda lagrum. I övrigt får fonden återkräva ett sålunda utbetalat belopp av någon annan än fartygsägaren eller dennes garant endast i den utsträckning som följer av 7 kap. 9 § lagen (2004:000) om försäkringsavtal.

Ändringen avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.11 Förslaget till lag om ändring i trafikskadelagen

17 § Skadelidandes rätt till trafikskadeersättning får, utöver vad som anges i denna lag, inskränkas endast på grund av omständighet som har inträffat efter skadehändelsen och som

enligt lagen (2004:000) om försäkringsavtal kan medföra begränsning av försäkringsgivarens skyldighet att utge försäkringsbelopp.

Ändringen avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

28 § Om en skadelidande som är bosatt här i landet har anmält ett sådant försäkringsfall som avses i 27 § andra stycket till en försäkringsgivare i ett annat EES-land eller till en skaderegleringsrepresentant som denne har i Sverige utan att få ett motiverat besked om ersättning, svarar de försäkringsgivare som avses i 16 § solidariskt för ersättningen när det har gått tre månader sedan anmälan gjordes. Samma ersättningsansvar gäller om den utländske försäkringsgivaren inte har någon skaderegleringsrepresentant här i landet. Vad som sägs i detta stycke gäller inte om den skadelidande har vidtagit rättsliga åtgärder mot den utländske försäkringsgivaren.

Om fordonet är försäkringspliktigt men saknar trafikförsäkring, har de försäkringsgivare som avses i 16 § samma ersättningsansvar för skadan som anges i första stycket. Om fordonets identitet inte kan fastställas, svarar dessa försäkringsgivare solidariskt för den ersättning som skulle ha utgått från försäkringen. Vad som sägs i detta stycke gäller även om fordonet inte är normalt hemmahörande i ett EES-land men försäkringsfallet har inträffat i ett EES-land.

Skaderegleringen skall påbörjas senast två månader efter det att ärendet anmälades till de försäkringsgivare som avses i 16 §. Skaderegleringen skall avbrytas, om försäkringsgivaren eller skaderegleringsrepresentanten lämnar ett motiverat besked om ersättning. Vad som sägs om skadereglering i 7 kap. 1 § lagen (2004:000) om försäkringsavtal skall tillämpas också på skadereglering enligt denna paragraf.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om skaderegleringen och föreskrifter om underrättelseskyldighet.

Ändringen i *tredje stycket* avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.12 Förslaget till lag om ändring i lagen (1980:1097) om Svenska skeppshypotekskassan

16 § Styrelsen skall tillse att försäkringsgivaren gentemot kassan förbundit sig att iaktta att försäkringen inte ändras eller upphör utan kassans vetskap och att kassan får det rådrum som behövs för att säkerställa sig före försäkringens upphörande.

I övrigt skall för *en* försäkring som avses i 14 § gälla sådana bestämmelser som föreskrivs i lagen (2004:000) om försäkringsavtal med den jämkning som styrelsen finner påkallad av omständigheterna.

Ändringen i *andra stycket* avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.13 Förslaget till lag om ändring i konkurslagen (1987:672)

4 kap.

9 § Överföring av medel till pensionsstiftelse, som har skett senare än sex månader före fristdagen och som har medfört att stiftelsen fått överskott på kapitalet, går åter till belopp motsvarande överskottet. Har överföringen skett dessförinnan men senare än ett år eller, när åtgärden väsentligen har gynnat gäldenären eller närstående till honom, tre år före fristdagen, går den åter i motsvarande mån, om det inte visas att gäldenären efter överföringen hade kvar utmätningsbar egendom som uppenbart motsvarade hans skulder.

Överföring till pensionsstiftelse i annat fall än som sägs i första stycket går åter, om överföringen har skett senare än tre månader före fristdagen. Har överföringen väsentligen gynnat gäldenären eller närstående till honom, går den också åter, om åtgärden har skett

dessförinnan men senare än två år före fristdagen och det inte visas att gäldenären varken var eller genom åtgärden blev insolvent.

Överföring av medel till personalstiftelse går åter, om överföringen har skett senare än sex månader före fristdagen. Har överföringen skett dessförinnan men senare än ett år eller, när åtgärden väsentligen har gynnat gäldenären eller närstående till honom, tre år före fristdagen, går den åter, om det inte visas att gäldenären efter överföringen hade kvar utmättningsbar egendom som uppenbart motsvarade hans skulder.

Om rätt att i särskilda fall återkräva försäkringspremier m.m. finns det *bestämmelser* i 15 kap. 8 § lagen (2004:000) om försäkringsavtal.

Ändringen i *fjärde stycket* avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.14 Förslaget till lag om ändring i lagen (1989:508) om försäkringsmäklare

12 § Försäkringsmäklaren skall se till att uppdragsgivaren får den information som en försäkringsgivare enligt *lagen* (2004:000) är skyldig att lämna i samband med att en försäkring tecknas.

En försäkringsmäklare som får i uppdrag att inhämta upplysningar om eller förmedla livförsäkringsavtal som erbjuds av utländska försäkringsgivare, som inte har koncession att driva försäkringsrörelse i Sverige, skall till uppdragsgivaren överlämna en handling i vilken uppdraget anges. Uppdragsgivaren skall skriva under handlingen. Handlingen skall överensstämma med formulär som fastställs av regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Finansinspektionen.

Ändringen i *första stycket* avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal. Mäklaren skall se till att det lämnas föreskriven information innan en försäkring meddelas (se t.ex. 2 kap. 2 § lagen om försäkringsavtal) och när avtal har träffats, s.k. efterköpsinformation (se t.ex. 2 kap. 3 § nämnda lag).

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2005.
2. Äldre bestämmelser tillämpas på en försäkring som har meddelats före ikraftträdandet.

Enligt *punkt 2* tillämpas de nya informationskraven inte om en försäkring meddelats före ikraftträdandet. I så fall gäller alltså inte den utvidgade informationsskyldigheten beträffande s.k. efterköpsinformation.

14.15 Förslaget till lag om ändring i prisinformationslagen (1991:601)

3 § Särskilda föreskrifter om information till konsumenter finns i konsumentkreditlagen (1992:830), lagen (1996:1006) om valutaväxling och betalningsöverföring, lagen (1999:268) om betalningsöverföringar inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, lagen (2000:274) om konsumentskydd vid distansavtal och hemförsäljningsavtal och *lagen* (2004:000) om försäkringsavtal.

Ändringen avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.16 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:931) om individuellt pensionssparande

4 kap.

10 § Vid tolkning av bestämmelserna om förmånstagares rätt enligt ett pensionssparavtal skall bestämmelserna i 14 kap. 6 § lagen (2004:000) om försäkringsavtal, *utom vad avser arvingar*, tillämpas. Med försäkringstagare skall då i stället avses pensionssparare.

Ändringen avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal. På motsvarande sätt som tidigare innehåller paragrafen ingen hänvisning till arvingar som förmånstagare. Detta har sin grund i den begränsning som gäller beträffande vilka som kan förordnas som förmånstagare, se 4 kap. 4 § lagen om individuellt pensionssparande och 58 kap. 27 § inkomstskattelagen (1999:1229).

14.17 Förslaget till lag om ändring i patientskadelagen (1996:799)

4 § Rätten till patientskadeersättning får inskränkas endast på grund av omständighet som har inträffat efter skadehändelsen och som enligt lagen (2004:000) om försäkringsavtal kan medföra begränsning av försäkringsgivarens skyldighet att utge försäkringsbelopp.

Ändringen avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.18 Förslaget till lag om ändring i lagen (1998:674) om inkomstgrundad ålderspension

10 kap.

11 § Om någon inom den krets som avses i 1 § första stycket 3 har begått ett brott som avses i 14 kap. 15 § lagen (2004:000) om försäkringsavtal mot pensionsspararen eller mot någon annan inom samma krets eller har medverkat till ett sådant brott på det sätt som avses i 14 kap. 15 § lagen om försäkringsavtal, skall det som där föreskrivs om förlust av rätt till försäkringsersättning gälla rätt till premiepension till efterlevande enligt 1 §.

Detsamma gäller om den som skulle ha haft rätt till premiepension till efterlevande enligt 7 § har begått ett brott som avses i 14 kap. 15 § lagen om försäkringsavtal mot pensionsspararen eller har medverkat till ett sådant brott på det sätt som sägs där.

Ändringen avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.19 Förslaget till lag om ändring i lag (1999:890) om försäkringsverksamhet under krig eller krigsfara m.m.

4 kap.

3 § Lagen (2004:000) om försäkringsavtal gäller inte i fråga om försäkring enligt 1 §.

Ändringen avser hänvisningen till den nya lagen om försäkringsavtal.

14.20 Förslaget till lag om ändring i inkomstskattelagen (1999:1229)

58 kap.

18 § En pensionsförsäkring får återköpas trots bestämmelserna i detta kapitel, om det tekniska återköpsvärdet uppgår till högst 30 procent av prisbasbeloppet. Återköp får också ske om

1. det tekniska återköpsvärdet uppgår till högst ett prisbasbelopp,
2. försäkringen inte är förenad med ett oåterkalleligt förmånstagarförordnande, och
3. premier för försäkringen inte har betalats under de senaste tio åren.

Om det i andra fall finns synnerliga skäl för återköp och sådant får ske enligt försäkringsavtalet och försäkringstekniska riktlinjer, får återköp medges av skattemyndigheten.

Bestämmelserna i detta kapitel hindrar inte återbetalning enligt 13 kap. 4 § äktenskapsbalken *eller* 15 kap. 8 § lagen (2004:000) om försäkringsavtal av försäkringstagarens tillgodohavande. De hindrar inte heller en överföring av hela pensionsförsäkringens värde direkt till en annan pensionsförsäkring än som avses i 5 § om försäkringstagaren tecknar den i samband med överföringen hos samma eller annan försäkringsgivare med samma person som försäkrad. Överföringen skall i så fall inte anses som pension enligt 10 kap. 5 § första stycket 5 och inte heller som en betalning av premier för pensionsförsäkring.

Ändringen i *tredje stycket* är föranlett av att bestämmelsen i 15 kap. 8 § lagen om försäkringsavtal, till skillnad från 117 § i den upphävda lagen, gäller även vid livränteförsäkring och därmed också vid pensionsförsäkring enligt inkomstskattelagen. Genom det föreslagna tillägget uppkommer det inte något motsatsförhållande mellan reglerna i lagen om försäkringsavtal och det allmänna återköpsförbudet enligt inkomstskattelagen.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2005.
2. De nya bestämmelserna gäller även för försäkringar som har tecknats före år 1976.

I övergångsbestämmelsen anges för tydlighets skull att möjligheten till återbetalning står öppen också vid försäkring som tecknats före år 1976, då reglerna om återköpsförbud i den numera upphävda kommunal-skattelagen började gälla.