

Rätten till en personförsäkring

– ett stärkt konsumentskydd

Betänkande av

Utredningen om rätten till en personförsäkring

Stockholm 2016



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2016:37

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24450-0

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Justitiedepartementet

Regeringen beslutade den 5 juni 2014 att tillkalla en särskild utredare för att bedöma om lagstiftningens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska tillämpning av kontraheringsplikten för personförsäkring, samt vid behov lämna förslag på de författningsändringar eller andra åtgärder som krävs (dir. 2014:80).

Den 5 juni 2014 förordnades generaldirektören och dåvarande Konsumentombudsmannen Gunnar Larsson som särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades från och med den 16 september 2014 professorn och f.d. justitierådet Bertil Bengtsson, kanslirådet Mats Holmkvist och rättssakkunnige Mikael Pauli.

Som experter att biträda utredningen förordnades samma datum juristen och f.d. chefen för Konsumenternas Försäkringsbyrå Gunnar Olsson, enhetschefen Gabriella Fenger-Krog, verksjuristen Anders Lindkvist, ekonomen Marie Hosinsky, juristen och kanslichefen Anna Norrman samt operasångaren och med.stud. Karl Rombo.

Som sekreterare anställdes från och med den 1 augusti 2014 hovrättsassessorn, numera hovrättsrådet, Mia Schenck Blomqvist.

Härmed överlämnar utredningen sitt betänkande *Rätten till en personförsäkring – ett stärkt konsumentskydd* (SOU 2016:37).

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i maj 2016

Gunnar Larsson

/Mia Schenck Blomqvist

Innehåll

Sammanfattning	19
-----------------------------	-----------

DEL I

Inledning

1 Författningsförslag.....	35
1.1 Förslag till lag om ändring i försäkringsavtalslag (2005:104)	35
2 Utredningens uppdrag och arbete	41
2.1 Utredningens uppdrag.....	41
2.2 Avgränsningar	42
2.2.1 Kontraheringsplikten gäller för individuella sjuk-, olycksfalls- och livförsäkringar	42
2.2.2 Avgränsning av utredningens kartläggning och analys	42
2.2.3 Gränsdragningen mellan gruppersonförsäkringar och individuella personförsäkringar	44
2.3 Utredningens arbete	45
2.4 Betänkandets disposition.....	47

DEL II**Bakgrund**

3	Rätten till en personförsäkring	53
3.1	Regleringen	53
3.2	Bakgrund.....	54
3.2.1	Lagstiftningsarbetet	54
3.2.2	Planerad uppföljning.....	56
3.3	Närmare om gällande kontraheringsplikt för personförsäkring.....	56
3.3.1	Begreppet kontraheringsplikt.....	56
3.3.2	Försäkringar som omfattas av kontraheringsplikten.....	57
3.3.3	Avvägning mellan behovet av socialt skydd och försäkringsmässiga intressen	58
3.3.4	Särskilda skäl att inte meddela en personförsäkring	59
3.3.5	Kontraheringsplikten omfattar det normala försäkringsutbudet	62
3.3.6	Rätt till försäkring när bolaget har fått de uppgifter som behövs.....	62
3.3.7	Hälsotillståndet vid tiden för ansökan är avgörande.....	63
3.3.8	Rätten att förnya en försäkring.....	64
3.3.9	Beslut att neka personförsäkring ska vara motiverade och kan prövas av domstol.....	65
3.4	Möjligheter till prövning.....	65
3.4.1	Rätten till domstolsprövning	65
3.4.2	KO kan biträda konsumenter i domstol.....	67
3.4.3	DO kan driva ärenden i domstol eller mot förlikning	68
3.4.4	Personförsäkringsnämnden och Allmänna reklamationsnämnden prövar inte tvister rörande kontraheringsplikten.....	69

4	Allmänt om försäkringsavtalet	71
4.1	Inledning	71
4.2	Försäkringsavtalets ingående	71
4.3	Parternas ansvar	73
4.4	Bristande jämvikt i avtalsförhållandet.....	74
4.5	Försäkringens omfattning.....	76
4.6	Påföljder vid kontraktsbrott	77
4.7	Sammanfattning	79
5	Förutsättningarna för försäkringsbolagens verksamhet ...	81
5.1	Inledning	81
5.2	Försäkringsrörelselagstiftningen	82
5.3	Företagsformer på försäkringsmarknaden	84
5.4	Grundläggande försäkringsmässiga principer	85
5.4.1	Ekvivalensprincipen.....	85
5.4.2	Solidaritetsprincipen.....	88
5.4.3	Produktfrihet och fri premiesättning.....	89
5.5	Tillsyn.....	90
5.5.1	Finansinspektionen	90
5.5.2	Konsumentverket	91
5.5.3	Konkurrensverket.....	92
5.6	Andra aktörer på försäkringsmarknaden.....	92
5.6.1	Svensk Försäkring	92
5.6.2	Konsumenternas Försäkringsbyrå.....	93
6	Allmänt om försäkring.....	95
6.1	Inledning	95
6.2	Vad är försäkring?	95

6.3	Förhållandet mellan socialförsäkring och privat försäkring	96
6.3.1	Socialförsäkringar bygger på premiesolidaritet – privata försäkringar på bedömning av risk	96
6.3.2	Socialförsäkringen ger grundskydd – privat försäkring ger kompletterande skydd.....	97
6.4	Ersättning från socialförsäkringen	98
6.4.1	Allmänt	98
6.4.2	Ersättning till föräldrar med sjuka barn.....	100
6.5	Kommunens försäkring för barn i förskola och skola	101
6.6	Olika typer av privata försäkringar.....	102
6.6.1	Individuellt respektive kollektivt tecknade försäkringar	102
6.6.2	Olika typer av individuellt tecknade försäkringar	102
6.6.3	Närmare om individuella personförsäkringar respektive grupppersonförsäkringar	103
6.6.4	Gränsdragningen mellan individuella personförsäkringar och grupppersonförsäkringar	104
6.7	Närmare om privata individuella personförsäkringar	106
6.7.1	Inledning.....	106
6.7.2	Invaliditetsersättning och försäkringsbelopp.....	107
6.7.3	Barnförsäkring.....	108
6.7.4	Kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna.....	111
6.7.5	Sjukförsäkring för vuxna	112
7	Försäkringsbolagens riskbedömning	115
7.1	Inledning	115
7.2	Grundläggande utgångspunkter och faktorer av betydelse för riskbedömningen	116
7.2.1	Vad är en risk?	116
7.2.2	Varför behövs riskbedömning?	116
7.2.3	Riskgemenskap, riskutjämning och gruppering av risker.....	118

7.2.4	Riskbedömning vid personförsäkring grundas på hälsouppgifter	119
7.2.5	Samtycke till inhämtande av hälsouppgifter	121
7.2.6	Särskilda bestämmelser om genetisk information	122
7.2.7	Försäkringsmedicinska riktlinjer	123
7.2.8	Återförsäkring	123
7.2.9	Försäkringsmedicin i förhållande till klinisk medicin	125
7.3	Riskbedömningsprocessen	127
7.3.1	Inledning	127
7.3.2	Hälsodeklarationen	127
7.3.3	Medicinsk kodning	128
7.3.4	Resultatet av riskbedömningen	129
8	Diskrimineringslagstiftningen.....	131
8.1	Kopplingen mellan diskrimineringslagstiftningen och kontraheringsplikten för personförsäkring	131
8.2	Diskrimineringslagen.....	132
8.2.1	Tillämpningsområde m.m.	132
8.2.2	Förbud mot direkt och indirekt diskriminering.....	133
8.2.3	Särskilt om diskriminering på grund av funktionsnedsättning	136
8.3	Ärenden som drivits av DO i domstol	137
8.4	Avslutande synpunkter.....	138
9	En nordisk utblick	139
9.1	Inledning	139
9.2	Danmark.....	139
9.3	Finland.....	140
9.4	Norge.....	142

10	Vissa tendenser på personförsäkringsmarknaden	147
10.1	Inledning	147
10.2	Yttre faktorer av betydelse för utvecklingen på personförsäkringsmarknaden	147
10.2.1	Socialförsäkringssystemet	147
10.2.2	Konkurrens och medvetna konsumenter	148
10.2.3	Gränsdragning mellan individuell personförsäkring och grupppersonförsäkring.....	149
10.2.4	Teknisk utveckling – mer information och försäljning via digitala kanaler	149
10.2.5	Medicinsk forskning och folkhälsa	150
10.2.6	Mediabevakning, granskning och jämförelser	151
10.3	Produktutveckling	151
10.3.1	Barnförsäkring.....	151
10.3.2	Sjuk- och olycksfallsförsäkring samt sjukförsäkring för vuxna.....	152
10.4	Sammanfattande synpunkter	152

DEL III

Kartläggning

11	Kartläggning.....	157
11.1	Utredningens uppdrag – kartläggning, analys och eventuella förslag	157
11.2	Kort om hur kartläggningen har genomförts	158
11.3	Enkätundersökning till försäkringsbolagen.....	159
11.3.1	Undersökningens genomförande och syfte	159
11.3.2	Aktuell tidsperiod för undersökningen	160
11.3.3	Aktuella försäkringsbolag och svarsfrekvens	161
11.3.4	Produktsortiment hos svarande försäkringsbolag.....	163
11.3.5	Barnförsäkring.....	165
11.3.6	Sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna	174
11.3.7	Sjukförsäkring för vuxna	182

11.4	Utredningens besök hos försäkringsbolagen	190
11.5	Djupintervjuer med försäkringsbolag och återförsäkringsbolag	191
11.6	Enkätundersökning riktad till konsumenter	192
11.6.1	Genomförande av enkätundersökningen	192
11.6.2	Resultatet av enkätundersökningen	194
11.6.3	Indikationer från undersökningen	195

DEL IV

Överväganden

12	Vad innebär kontraheringsplikten i praktiken?	199
12.1	Inledning	199
12.2	Regleringen.....	200
12.3	Vad är en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet?	201
12.3.1	Försäkringsteknik enligt motiven	201
12.3.2	Ett beslut att neka försäkring ska vara försäkringsmässigt nödvändigt	202
12.3.3	Riskbedömningen ska grundas på beslutsunderlag av hög kvalitet.....	203
12.4	Vad är en individuell bedömning?.....	204
12.4.1	Individuella faktorer ska utredas	204
12.4.2	Försäkringsbolagens utredningsansvar	205
12.5	Vad är en försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten?	210
12.5.1	Begränsning av kontraheringspliktens tillämpningsområde	210
12.5.2	Användningen av särskilda villkor på marknaden.....	211
12.5.3	Varför varierar användningen av särskilda villkor?.....	214
12.5.4	Hur ska kontraheringspliktens tillämpningsområde avgränsas?	214

12.5.5	Grundläggande förutsättningar för lagstiftningen.....	215
12.5.6	Sammanfattning – kontraheringsplikten gäller för försäkringsbolagets normala utbud av försäkringsvillkor	218
12.6	Sammanfattning av kontraheringspliktens praktiska innebörd	220
13	Särskilda villkor och avslag	223
13.1	Inledning	223
13.1.1	Kapitlets innehåll.....	223
13.1.2	Bedömningen av försäkringsansökan	224
13.1.3	Kontraheringsplikten träffar särskilda villkor och avslag.....	227
13.1.4	Innebörden av kontraheringsplikten enligt gällande rätt	227
13.2	Inskränkningar i försäkringsskyddet.....	229
13.2.1	Inledning.....	229
13.2.2	Kontraheringspliktens krav vid inskränkningar i försäkringen.....	231
13.2.3	Undantag för framtida sjukdom och för sjukdom som finns vid tecknandet	231
13.2.4	Utredningens iakttagelser angående undantag för framtida sjukdom och för sjukdom som finns vid tecknandet.....	238
13.2.5	Undantag för vissa ersättningsmoment – främst för ersättning vid arbetsoförmåga	241
13.2.6	Undantag för rätten till vidareförsäkring när barnförsäkring löper ut	244
13.2.7	Undantag för sjukdomar som redan undantas enligt de allmänna villkoren.....	247
13.3	Förhöjda premier.....	249
13.3.1	Inledning.....	249
13.3.2	Kontraheringspliktens krav vid premieförhöjningar	250
13.3.3	Premiesättning vid förhöjningar	250
13.3.4	Utredningens iakttagelser angående användningen premieförhöjningar	252

13.4	Avslag	252
13.4.1	Inledning	252
13.4.2	Kontraheringspliktens krav vid avslag.....	253
13.4.3	Olika avslagssituationer	253
13.4.4	Andelen avslag och vanliga orsaker till avslag.....	254
13.4.5	Särskilt angående för tidig födda barn.....	255
13.4.6	Särskilt angående barn som är födda utanför Sverige	258
13.4.7	Särskilt angående personer med neuropsykiatriska diagnoser	259
13.4.8	Utredningens allmänna iakttagelser angående avslag	261
14	Försäkringsbolagens beslutsunderlag och beslutsmotiveringar	263
14.1	Kapitlets innehåll	263
14.2	Försäkringsbolagens beslutsunderlag	264
14.2.1	Försäkringsmedicinska riktlinjer ska hålla hög kvalitet	264
14.2.2	Försäkringsmedicinska riktlinjer får bara användas som hjälpmedel för individuella bedömningar	265
14.2.3	Försäkringsmedicinska riktlinjer och återförsäkring.....	265
14.2.4	Hur kvalitetssäkras försäkringsmedicinska riktlinjer?.....	266
14.2.5	Utredningens iakttagelser angående försäkringsbolagens beslutsunderlag.....	267
14.3	Försäkringsbolagens beslutsmotiveringar	269
14.3.1	Beslut att neka personförsäkring ska motiveras på ett begripligt sätt	269
14.3.2	Vad är en begriplig beslutsmotivering?.....	270
14.3.3	Försäkringsbolagens syn	270
14.3.4	Utredningens iakttagelser angående försäkringsbolagens beslutsmotiveringar.....	272
14.4	Sammanfattande iakttagelser.....	274

15	Försäkringsbolagens användning av inhämtade hälsouppgifter	275
15.1	Kapitlets innehåll.....	275
15.2	Bakgrund.....	275
15.2.1	Upplysningsplikt, utredningsansvar och inhämtande av hälsouppgifter	275
15.2.2	Bakgrunden till 11 kap. 1 a § FAL	277
15.2.3	Innebörden av 11 kap. 1 a § FAL	278
15.2.4	Särskilt angående inhämtande av hälsouppgifter från barnhälsovården och elevhälsan.....	279
15.2.5	Andra regelverk av betydelse för försäkringsbolagens hantering av hälsoinformation	279
15.2.6	Integritetsskyddet enligt 11 kap. 1 a § begränsar inte försäkringsbolagens utredningsansvar	280
15.3	Statistik angående försäkringsbolagens inhämtande av hälsouppgifter.....	281
15.4	Försäkringsbolagens allmänna syn	282
15.5	När begärs samtycke för inhämtande av hälsouppgifter och hur används uppgifterna?.....	283
15.5.1	Allmänt	283
15.5.2	För tidigt födda barn.....	283
15.5.3	Neuropsykiatriska diagnoser och psykiska besvär	284
15.5.4	Barn som adopterats från andra länder än Sverige.....	285
15.5.5	Komplicerade hälsotillstånd	286
15.5.6	Effekter av medicinering eller annan behandling	286
15.6	Utredningens bedömningar och synpunkter.....	286
15.6.1	Försäkringsbolagens inhämtande av hälsouppgifter.....	286
15.6.2	Försäkringsbolagens användning av inhämtade hälsouppgifter	287

16	Finns det behov av reformer?	291
16.1	Inledning	291
16.1.1	Allmänt om utredningens överväganden angående reformbehovet	291
16.1.2	Kapitlets innehåll och disposition	293
16.2	Innebörden av kontraheringsplikten enligt gällande rätt ...	294
16.3	Statistik och andra uppgifter av betydelse för överväganden angående reformbehovet	296
16.3.1	Utredningens enkätundersökning till försäkringsbolagen	296
16.3.2	Statistik angående beviljade försäkringar	296
16.3.3	Statistiken visar inte hela bilden	298
16.3.4	Sammanfattande synpunkter	299
16.4	Grundläggande utgångspunkter för utredningens överväganden angående reformbehovet	300
16.4.1	Avvägning mellan socialt skydd och försäkringsmässiga hänsyn	300
16.4.2	Privat försäkring – inte socialförsäkring	301
16.4.3	Goda förutsättningar för privat försäkringsverksamhet behövs för ett bra försäkringsutbud	302
16.4.4	Principen om försäkringsbolagens produktfrihet	303
16.5	Allmänt om behovet av åtgärder	303
16.5.1	Lagstiftande åtgärder behövs	303
16.5.2	Självreglerande åtgärder kan komplettera lagstiftningen	304
16.5.3	Sammanfattning angående behovet av åtgärder...	306
16.6	Utredningens överväganden angående behovet av reformer	307
16.6.1	Inledning	307
16.6.2	Det behöver förtydligas att kontraheringsplikten gäller när försäkring nekas helt eller delvis	307
16.6.3	Kravet på individuella bedömningar behöver förtydligas	308

16.6.4	Kravet på försäkringsmässiga bedömningar behöver förtydligas	311
16.6.5	Krav på tydliga och begripliga beslutsmotiveringar i samband med beslut.....	314
16.6.6	Kontraheringsplikten ska fortfarande gälla för bolagets normala utbud av försäkringsvillkor	322
16.6.7	Åtgärder för att främja tvistlösning i och utanför domstol.....	336
16.6.8	Skyldighet för försäkringsbolaget att upplysa om provningsmöjligheter	352
16.6.9	Inget behov av utökade tillsynsuppdrag	354
16.6.10	Inga reformer behövs avseende användning av inhämtad hälsoinformation	359
16.6.11	Önskvärda åtgärder från branschen för att främja ansökningar.....	360
16.7	Förnyelse av personförsäkring.....	363
16.7.1	Inledning.....	363
16.7.2	Uppsägning av en tidsbegränsad personförsäkring	363
16.7.3	Förnyelse av försäkring och villkorsändring	365
16.7.4	Beslut att neka förnyelse kan prövas av domstol.....	365
16.7.5	Särskilda skäl att vägra förnyelse.....	366
16.7.6	En ny skyldighet för försäkringsbolagen att motivera beslut och upplysa om provning vid nekad förnyelse	366
16.8	Kontraheringsplikten för konsumentförsäkringar	367
16.9	Sammanfattning av utredningens förslag och bedömningar	368
16.9.1	Kontraheringsplikten förtydligas.....	368
16.9.2	Försäkringsbolagen ska motivera sina beslut	370
16.9.3	Tvistlösning i och utanför domstol främjas	370
16.9.4	Förnyelse av personförsäkring	372
16.9.5	Rekommenderade självregleringsåtgärder för att främja ansökningar om personförsäkring	372
16.10	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	373

DEL V**Konsekvenser**

17	Konsekvenser	377
17.1	Konsekvensanalysens innehåll och disposition.....	377
17.2	Utredningens uppdrag och avgränsningar	379
17.2.1	Uppdraget	379
17.2.2	Avgränsningar.....	379
17.3	Kontraheringsplikten – gällande reglering	381
17.3.1	Analys och förslag baseras på utredningens tolkning av kontraheringsplikten enligt gällande rätt.....	381
17.3.2	Utredningens tolkning av kontraheringsplikten	382
17.3.3	Beslut att neka försäkring kan prövas av domstol	384
17.4	Utredningens kartläggning och analys	384
17.4.1	Genomförande av kartläggningen	384
17.4.2	Statistik angående avslag och särskilda villkor.....	385
17.4.3	Statistiken visar inte hela bilden	386
17.5	Den föreslagna regleringen.....	387
17.5.1	Kontraheringsplikten förtydligas	387
17.5.2	Försäkringsbolagen ska motivera sina beslut	388
17.5.3	Tvistlösning i och utanför domstol främjas.....	388
17.5.4	Förnyelse av personförsäkring.....	389
17.5.5	Alternativa tolkningar och regleringar	390
17.6	Effekter för företagen.....	394
17.6.1	Försäkringsbolag som berörs.....	394
17.6.2	Förslagen kommer att få ekonomiska konsekvenser för berörda försäkringsbolag.....	396
17.6.3	Kostnader för försäkringsbolagen till följd av förslagen.....	397
17.6.4	Positiva effekter för försäkringsbolagen	402
17.6.5	Ingen påverkan på mindre försäkringsbolag eller konkurrensförhållandena på marknaden	403
17.6.6	Sammanfattning angående effekterna för försäkringsbolagen	404

17.7	Konsumenter	405
17.8	Inga ökade kostnader för det allmänna	406
17.9	Samhällsekonomiska effekter	407
17.10	Förslagets förhållande till EU-rätten	407
17.11	Ikraftträdande	408

DEL VI

Författningskommentar

18 Författningskommentar 411

18.1	Förslaget till lag om ändring i försäkringsavtalslag (2005:104)	411
------	--	-----

DEL VII

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2014:80.....	431
Bilaga 2	Enkät till försäkringsbolag om personförsäkringar ...	441
Bilaga 3	Teknisk rapport angående enkätundersökning till försäkringsbolag – en beskrivning av genomförande och metoder.....	461
Bilaga 4	Intervjuer med försäkringsbolag och återförsäkringsbolag – sammanfattning av frågor och svar	467
Bilaga 5	Enkätundersökning till konsumenter om personförsäkringar	479

Sammanfattning

Uppdraget

Utredningens direktiv beslutades av regeringen den 5 juni 2014 (dir. 2014:80). Direktiven finns fogade till betänkandet som Bilaga 1.

Vårt uppdrag har bestått av två delar. Den första delen har handlat om att bedöma om lagstiftningens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska tillämpning av den principiella rätten att teckna en personförsäkring, s.k. kontraheringsplikt, som infördes 2006. I denna del av utredningens uppdrag har särskilt ingått att

- *kartlägga* i vilken utsträckning försäkringsbolagen avslår ansökningar om personförsäkring eller meddelar sådana försäkringar med särskilda inskränkningar eller förhöjda premier,
- *identifiera* under vilka omständigheter det är vanligt att ansökningar om personförsäkring nekas och *analysera* om riskbedömningarna i dessa fall tillräckligt beaktar enskildas faktiska förhållanden,
- *bedöma* om det finns anledning att befara att försäkringsbolagen över- eller misstolkar hälsoinformation när en försäkringsansökan prövas och särskilt hur uppgifter från barnhälsovården och elevhälsan inhämtas och behandlas i detta sammanhang,
- *analysera* om det går att dra några övergripande slutsatser om hur särskilda förbehåll utformas eller förhöjda premier bestäms, när en personförsäkring inte beviljas på vanliga villkor, och att
- *analysera* om försäkringsbolagens beslut när försäkring nekas ger en tillräckligt god förståelse för hur bolagen resonerar samt om dessa resonemang förmedlas på ett sätt som den försäkrings-sökande kan ta till sig.

Den andra delen av uppdraget har gått ut på att utredningen, utifrån sin kartläggning och analys, ska *överväga behovet av reformer*. Uppdraget har inneburit att utredningen ska lämna förslag på de författningsändringar eller andra åtgärder som krävs, om utredningen bedömer att det finns ett sådant behov.

Kort om kontraheringsplikten

Kontraheringsplikten innebär att ett försäkringsbolag inte får vägra någon att teckna eller förnya en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, om det inte finns *särskilda skäl* för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet.

När kontraheringsplikten tillkom infördes även en möjlighet för den försäkringssökande att vända sig till domstol vid missnöje med försäkringsbolagets beslut att neka en personförsäkring. Den som har nekats en personförsäkring kan väcka en sådan talan inom sex månader från bolagets beslut.

Avgränsningar

Kontraheringsplikten gäller för *individuella personförsäkringar*, dvs. *sjuk-*, *olycksfalls-* och *livförsäkringar* som tecknas hos ett försäkringsbolag för en viss individ. *Kollektiva personförsäkringar*, såsom privat gruppförsäkring eller kollektivavtalsgrundad försäkring, omfattas inte av kontraheringsplikten.

Enligt utredningens direktiv, ska vår analys huvudsakligen inriktas på individuell sjukförsäkring och kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna, samt kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdomar (barnförsäkring). Utredningens överväganden angående reformbehovet, och våra förslag till lagändringar, grundar sig därför i första hand på vår kartläggning och analys av försäkringsbolagens praxis vid dessa personförsäkringar. Liksom nuvarande reglering rörande kontraheringsplikten, gäller ändå våra förslag för individuell personförsäkring över huvud taget, dvs. även för vissa livförsäkringar och andra typer av sjuk- och olycksfallsförsäkringar (exempelvis sjukvårdsförsäkring och s.k. diagnosförsäkring).

Även om olika individuella personförsäkringar som omfattas av kontraheringsplikten skiljer sig åt till utformning och innehåll, gör sig i allt väsentligt samma synpunkter gällande avseende kontraheringspliktens tillämpning. Det har därför sagnats anledning för utredningen att i något avseende föreslå avvikande regler för olika slags personförsäkringar eller förorda att de föreslagna reglerna ska tillämpas annorlunda i vissa fall.

Utredningens uppdrag har vidare bara gått ut på att närmare analysera den situationen att en sökt personförsäkring helt eller delvis nekas med hänvisning till att *hälsotillståndet* hos den som ska försäkras inte är fullgott. Andra grunder för att neka någon en personförsäkring behandlas inte närmare i betänkandet.

I vilka fall aktualiseras kontraheringsplikten?

Individuell personförsäkring tecknas direkt hos försäkringsbolaget, och försäkringsavtal ingås normalt efter en ansökan där den försäkringssökande svarar på ett antal frågor om sitt hälsotillstånd. Vid prövningen av ansökan gör försäkringsbolaget en riskbedömning. Denna resulterar i de flesta fall i att den sökta personförsäkringen beviljas till normala villkor. Men om ansökan innehåller uppgifter som enligt försäkringsbolaget tyder på en förhöjd risk, kan riskbedömningen leda till att bolaget avslår ansökan eller bara beviljar försäkring med någon form av inskränkning eller till en förhöjd premie. Det är i praktiken i dessa fall som kontraheringsplikten aktualiseras.

Vad innebär kontraheringsplikten i praktiken?

Det har behövts en analys av kontraheringspliktens innebörd

Utredningens övergripande uppdrag har varit att bedöma om lagstiftarens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska tillämpning av kontraheringsplikten för personförsäkring. Eftersom utredningen anser att det hittills i vissa avseenden har varit oklart hur kontraheringsplikten är avsedd att tillämpas i praktiken, har vi inledningsvis analyserat den närmare praktiska innebörden av plikten såsom den i dag kommer till uttryck genom lagtext och motiv.

Vad innebär kontraheringsplikten i praktiken?

Avsikten med kontraheringsplikten var att underlätta för personer med funktionsnedsättning och personer med nedsatt hälsa att kunna teckna en personförsäkring till rimliga villkor. Enligt lagstiftningsmotiven garanterar inte kontraheringsplikten ett försäkringsskydd för samma premie och på samma villkor för alla. Lagen ska däremot trygga att riskprövningen sker på *individuell grund*, inte schablonmässigt, och att en begärd försäkring nekas bara när det finns särskilda skäl för det, dvs. när bedömningen har klart stöd i en *försäkringsteknisk bedömning*.

Att försäkringsbolagens riskprövning ska göras på *individuell grund* innebär enligt utredningen att försäkringsbolaget har ett *utredningsansvar* när det gäller den försäkringssökandes hälsotillstånd, om bolaget överväger att neka försäkring. Det innebär att försäkringsbolaget i de fallen har en skyldighet att *klargöra* eventuella otydliga hälsouppgifter som lämnas av den försäkringssökande. I de tveksamma fallen måste försäkringsbolaget även *aktivt ta reda på* de uppgifter om en enskild försäkringssökandes hälsotillstånd som kan ha betydelse för den personens möjlighet att teckna en försäkring. Hur långtgående försäkringsbolagets utredningsansvar är – dvs. hur mycket information bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på bl.a. den enskilda personens hälsotillstånd och den sökta försäkringens innehåll och utformning.

För att ett beslut att neka försäkring ska anses ha stöd i en *försäkringsteknisk bedömning*, menar utredningen att bolaget ska kunna visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*. Därmed avses att risken för framtida försäkringsfall är så hög, att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget försäkrades till normala villkor eller, vid avslag, försäkrades alls. Bolaget ska vidare kunna visa att beslutet har grundats på ett beslutsunderlag av hög kvalitet. Ett rimligt krav i det avseendet är att bedömningen ska ha grundats på *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Med *medicinsk vetenskap* avses sådan medicinsk vetenskaplig forskning som det finns viss konsensus kring. *Medicinsk beprövad erfarenhet* handlar i det här sammanhanget om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accep-

terat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagets professionella erfarenhet, exempelvis bolagets egen dokumenterade sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering.

Kontraheringsplikten gäller för sådan personförsäkring som normalt tillhandahålls allmänheten

Tillämpningsområdet för kontraheringsplikten är begränsat på så sätt att den bara gäller för sådan personförsäkring som bolaget *normalt tillhandahåller allmänheten*. Av lagstiftningsmotiven framgår att detta innebär att ett försäkringsbolag inte behöver meddela försäkring mot risker eller objekt som inte ingår i dess vanliga sortiment, och att försäkringstagaren även måste vara beredd att acceptera de försäkringsvillkor som bolaget tillämpar för den aktuella typen av försäkring. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta enligt utredningen att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för försäkringsprodukten i fråga i liknande fall, för att kunna bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes individuella förutsättningar.

Sammanfattning av kontraheringspliktens praktiska innebörd

Sammanfattningsvis får ett försäkringsbolag inte neka, begränsa eller fördyra en sökt personförsäkring om det inte är försäkringsmässigt nödvändigt med hänsyn till sökandens individuella hälsotillstånd och bolagets normala utbud av försäkringsvillkor i liknande fall.

Genomförande av kartläggningen

Utredningens kartläggning av kontraheringspliktens tillämpning har i *förhållande till försäkringsbolagen* genomförts i tre steg. *Det första steget* har varit en enkätundersökning riktad till försäkringsbolagen. *Det andra steget* har varit att en arbetsgrupp från utredningen har besökt ett antal försäkringsbolag som har omfattats av enkätundersökningen. Vid besöken har arbetsgruppen bl.a. tagit del av ett antal av utredningen slumpmässigt utvalda ärenden där ansökan om personförsäkring har nekats helt eller delvis. *Det tredje steget* har varit att utredningen har genomfört djupintervjuer med de försäkringsbolag som har svarat på enkätundersökningen och två större återförsäkringsbolag.

Utredningen har också i samarbete med bl.a. Handikappförbunden och Svenska Prematurförbundet genomfört en *enkätundersökning som riktats till konsumenter*. Undersökningen har innehållit frågor om försäkringsskydd och konsumenternas upplevelser när det gäller att ansöka om personförsäkring.

Hur vanligt är det att försäkring nekas?

Utredningens enkätundersökning till försäkringsbolagen har av praktiska skäl tagit sikte på statistik och andra uppgifter från 2013, men ingenting talar för att förhållandena har ändrats i någon betydande mån sedan dess.

Av enkätundersökningen framgår bl.a. att totalt 96,8 procent av alla ansökningar om *barnförsäkring* beviljades till antingen normala villkor (dvs. de villkor som vanligen gäller för försäkringen) eller särskilda villkor (dvs. till villkor som avviker från vad som normalt gäller), och att 87 procent av alla ansökningar om barnförsäkring beviljades till normala villkor. När det gäller *sjuk- och olycksfallsförsäkring* för vuxna beviljades totalt 93 procent av alla ansökningar till antingen normala eller särskilda villkor, och 69 procent av alla ansökningar beviljades till normala villkor. Motsvarande siffror gällande *sjukförsäkring* för vuxna var att totalt 95 procent av alla ansökningar beviljades till normala eller särskilda villkor, och att 86 procent av alla ansökningar beviljades till normala villkor.

Andelen ansökningar som avslogs, dvs. nekades helt, var alltså 3,2 procent när det gäller *barnförsäkring*, 7 procent för *sjuk- och*

olycksfallsförsäkring för vuxna och 5 procent avseende *sjukförsäkring* för vuxna.

Som framgår av statistiken är det förhållandevis få av dem som ansöker om en personförsäkring som inte beviljas någon försäkring alls. Särskilt vid barnförsäkring beviljas en mycket hög andel av alla ansökningar. Av de som beviljas en försäkring får dessutom en helt övervägande majoritet teckna försäkring till normala villkor.

När är det vanligt att försäkring nekas?

Genom enkätundersökningen till försäkringsbolagen har utredningen också fått fram uppgifter om vilka omständigheter som vanligen medför att ansökningar om personförsäkring avslås, eller bara beviljas med särskilda villkor.

Vad gäller *barnförsäkring* är några vanliga orsaker till avslag att barnet i fråga är under pågående medicinsk utredning för mer eller mindre oklara hälsobesvär, grav prematuritet, komplikationer vid förlossning (t.ex. syrebrist), neuropsykiatrisk diagnos (t.ex. ADHD och autism), psykisk sjukdom och medfödda hjärtfel. Exempel på vanliga orsaker till att barnförsäkring förses med någon form av inskränkning är astma, allergi och eksem, problem med syn och hörsel samt även här neuropsykiatriska diagnoser. Premieförhöjningar förekommer inte vid barnförsäkring.

När det gäller *vuxenförsäkringarna* är en vanlig orsak till avslag att personen i fråga har flera olika hälsoproblem som sammantaget innebär en hög risk för ytterligare ohälsa i framtiden. Exempel på andra vanliga orsaker till avslag är psykiska besvär (t.ex. depression och utbrändhet), fetma, problem med flera olika delar av rörelseapparaten (t.ex. rygg, axlar och nacke). Vanliga orsaker till att försäkringen förses med någon form av inskränkning och/eller förhöjd premie är också problem med rörelseapparaten (t.ex. rygg- nacke- eller knäbesvär), allergier och astma, övervikt/högt BMI (Body Mass Index), diabetes samt psykiska besvär.

Lever försäkringsbolagen upp till kontraheringsplikten?

Utredningens allmänna uppfattning är att försäkringsbolagen är måna om att leva upp till kontraheringsplikten. Samtidigt har vi kunnat se att bolagen i vissa avseenden inte till fullo uppfyller de krav som utredningen anser att kontraheringsplikten innebär. Detta kan i vart fall delvis bero på att det hittills har varit något oklart hur plikten ska tillämpas i praktiken.

Vi har till att börja med bedömt att försäkringsbolagen behöver bli mer medvetna om att *kontraheringsplikten gäller med samma styrka oavsett om försäkring nekas helt eller om försäkring beviljas, men med villkor som avviker från de normala*. Vi har exempelvis sett att försäkringsbolagen ibland utformar inskränkningar i enskilda försäkringsavtal så att de till sin ordalydelse omfattar mer än vad som framstår som försäkringsmässigt nödvändigt, åtminstone utifrån de beslutsmotiveringar som har getts i de fallen.

Försäkringsbolagen lever vidare inte alltid upp till *kravet på en individuell bedömning av varje försäkringsansökan*. Det handlar om att försäkringsbolagen i vissa fall helt eller delvis nekar försäkring utan att i tillräcklig utsträckning ta reda på och beakta de faktorer som utmärker hälsotillståndet hos den som ska försäkras, dvs. utan att fullgöra sitt utredningsansvar i det avseendet.

En annan bedömning som utredningen har gjort är det behövs en ökad medvetenhet, i vart fall hos vissa bolag, när det gäller att ett beslut att neka personförsäkring ska grundas på ett beslutsunderlag som håller hög kvalitet – dvs. stämmer överens med *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunande*. Vi har bl.a. ansett att det finns omständigheter som tyder på att vissa försäkringsbolag skulle behöva förbättrade rutiner för att hålla de försäkringsmedicinska riktlinjer som används vid riskbedömningen uppdaterade med avseende på ny medicinsk vetenskaplig forskning.

Vi har också bedömt att de *beslutsmotiveringar* som lämnas av försäkringsbolagen när en personförsäkring nekas helt eller delvis, i vissa fall inte formuleras så att det blir tillräckligt tydligt för den försäkringssökande varför försäkringen inte har beviljats.

Kontraheringsplikten förtydligas

Utredningen anser, som nämnts, att de brister som i viss utsträckning förekommer i försäkringsbolagens uppfyllelse av kontraheringsplikten, i vart fall delvis kan förklaras av att det i vissa avseenden har varit oklart hur plikten är avsedd att tillämpas i praktiken. Av den anledningen har vi bedömt att det behövs följande lagstiftande åtgärder för att *förtydliga* kontraheringspliktens innebörd.

- Av lagen ska det uttryckligen framgå att kontraheringsplikten gäller när försäkring nekas *helt eller delvis*.
 - Därmed förtydligas att kontraheringsplikten gäller med samma styrka oavsett om en försäkringsansökan avslås helt, eller om försäkring beviljas, men med villkor som avviker från de normala.
- Av lagen ska det uttryckligen framgå att om en personförsäkring helt eller delvis nekas *på grund av hälsotillståndet hos den som ska försäkras*, ska beslutet grundas på en *försäkringsmässig bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet*.
 - Syftet är att lyfta fram att beslutet måste vara försäkringsmässigt nödvändigt och att den bedömningen ska grundas på ett beslutsunderlag av hög kvalitet, samt att beslutet måste baseras på en individuell bedömning av den enskilde försäkringssökandes förutsättningar.

Försäkringsbolagen ska motivera sina beslut

För närvarande finns ingen lagstadgad skyldighet för försäkringsbolagen att motivera beslut att neka försäkring i samband med beslutet. Även om det är normal praxis hos försäkringsbolagen att i ett beslut att neka en personförsäkring också ange en motivering, har utredningen som framgått bedömt att åtminstone vissa bolag behöver lämna tydligare beslutsmotiveringar i dessa fall. Utredningen har därför föreslagit att det i lagen införs en *skyldighet* för ett försäkringsbolag att, *i samband med ett beslut att neka någon en personförsäkring*, lämna en motivering till beslutet. Kravet innebär att bolaget, på ett sätt som är *tydligt och begripligt* för den ordinära försäkringssökande, ska förklara *vilka hälsouppgifter* som har be-

aktats och *varför* dessa medför att den sökta personförsäkringen inte kan beviljas. Längden av och innehållet i en sådan motivering kan naturligtvis variera beroende på den aktuella försäkringen och den försäkringssökandes situation. Meningen är inte att försäkringsbolaget i motiveringen ska gå in i sådan detalj att förklaringen blir alltför komplicerad eller att bolaget i onödan ska ange känsliga detaljer.

Twistlösning i och utanför domstol främjas

Utredningen har konstaterat att det är viktigt att möjligheten kvarstår för den försäkringssökande att få ett beslut att neka personförsäkring prövat i domstol. Med tanke på att steget för en konsument att väcka talan mot ett försäkringsbolag i domstol är stort, skulle det samtidigt vara positivt om möjligheten till domstolsprövning kompletterades genom tillgång till effektiv, objektiv och rättssäker prövning av tvister rörande kontraheringsplikten utanför domstol. Utredningen har bedömt att detta exempelvis skulle kunna uppnås genom att *Personförsäkringsnämnden*, ett twistlösningsorgan som drivs av Svensk Försäkring, öppnades för tvister angående rätten till en personförsäkring. Nämndens sammansättning – en ordförande som är jurist med stor domarerfarenhet, två ledamöter som representerar konsumentintressen och två ledamöter med relevant erfarenhet av försäkringsfrågor – säkerställer nämndens objektivitet och opartiskhet. Till nämndens förfogande finns också ett antal rådgivande läkare som är särskilt lämpade att bedöma försäkringsmedicinska frågor.

Svensk Försäkring har ställt sig positivt till utredningens förslag att låta Personförsäkringsnämnden pröva tvister rörande kontraheringsplikten.

För att den som nekas en personförsäkring effektivt ska kunna utnyttja olika möjligheter till prövning, är det angeläget att upplysning om dessa möjligheter lämnas i anslutning till bolagets beslut. Utredningen har därför föreslagit att det införs en lagstadgad *skyldighet* för försäkringsbolaget att, *i samband med* ett beslut att neka någon en personförsäkring, upplysa sökanden om de *prövningsmöjligheter* som finns i och utanför domstol, inklusive eventuella

möjligheter till omprövning av beslutet internt inom det aktuella bolaget.

Lagstiftande åtgärder föreslås också för att säkerställa att en försäkringssökande som väljer att vända sig till Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan, inte går miste om möjligheten att därefter väcka talan i domstol, på grund av att *frist*en för att väcka en sådan talan löper ut under nämndprövningen.

Åtgärder från branschen för att främja ansökningar

Resultatet av den enkätundersökning som utredningen har genomfört i samarbete med Handikappförbunden m.fl., och som riktats till konsumenter, tyder på att även andra faktorer än försäkringsbolagens bedömning av försäkringsansökningar har betydelse för vilket genomslag som kontraheringsplikten får. Ett viktigt förhållande som indikeras av enkätsvaren, är att det förekommer att vissa personer som önskar teckna en personförsäkring eventuellt inte kommer i den situationen att de kan återopa kontraheringsplikten – antingen för att de upplever att de vid inledande kontakter med försäkringsbolaget avråtts från att ansöka, eller för att de inte fullföljer en påbörjad ansökan.

Utredningen anser därför att åtgärder behövs för att främja att den som känner ett behov av en personförsäkring, också ska ansöka om att få teckna en sådan. Vi menar att detta bäst uppnås genom självreglering från branschen. Svensk Försäkring har också uttryckt sig positivt till att ta fram branschrekommendationer kring bl.a. bemötande av personer som kontaktar bolagen angående att eventuellt ansöka om en personförsäkring och tillgänglighet i ansökningsförfaranden. Sådana rekommendationer bör lämpligen utarbetas av Svensk Försäkring efter samråd med Finansinspektionen och Konsumentverket, samt olika förbund och organisationer som företräder konsumenter.

Försäkringsbolagens användning av hälsoinformation

År 2011 infördes en striktare reglering avseende försäkringsbolagens möjlighet att begära samtycke från den försäkringssökande att hämta in hälsouppgifter rörande denne från hälso- och sjukvården. Enligt den regleringen får bolagen bara begära samtycke till att hämta in sådana uppgifter om det är *nödvändigt* för prövningen av ansökan.

Av utredningens kartläggning framgår att det finns ett antal typfall då försäkringsbolagen vanligen brukar begära samtycke från den försäkringssökande för att hämta in uppgifter från hälso- eller sjukvården. Det handlar om ansökningar från personer med medicinskt komplicerade hälsotillstånd samt när det gäller för tidigt födda barn och barn som har adopterats från utlandet, men också när ansökan gäller barn eller vuxna med psykiska besvär eller neuropsykiatriska diagnoser. Uppgifter från elevhälsan hämtas in i ytterst få fall, och då rör det sig så gott som alltid om att bolaget vill se hur ett barn med en neuropsykiatrisk diagnos eller misstänkt neuropsykiatrisk diagnos fungerar i skolan. Det är också mycket sällsynt att försäkringsbolagen hämtar in uppgifter från barnhälsovården, och i de fallen handlar det oftast om att bolaget vill kunna följa ett barns tillväxt och utveckling efter exempelvis för tidig födsel eller en förlossning med komplikationer.

Utredningen har bedömt att försäkringsbolagen uppvisar en försiktig och restriktiv inställning till inhämtande och användning av uppgifter från hälso- och sjukvården, särskilt när det gäller information från barnhälsovården och elevhälsan. Mot den bakgrunden, och på det underlag som utredningen har kunnat få fram, har vi inte ansett att det finns någon anledning att befara att det skulle finnas en allmän tendens hos bolagen att över- eller misstolka sådan hälsoinformation. Utredningen anser därför att det inte behövs några lagstiftande eller andra åtgärder när det gäller försäkringsbolagens användning av inhämtade hälsouppgifter.

Syftet med utredningens förslag

Syftet med de lagstiftande och andra åtgärder som utredningen föreslår är att underlätta för den som vill ansöka om en personförsäkring att bedöma och ta till vara sina rättigheter och att göra regleringen avseende kontraheringsplikten för personförsäkring mer lättillämpad för försäkringsbolagen. En tydligare och mer lättillämpad reglering avseende kontraheringsplikten för personförsäkring kommer därmed att *stärka konsumenternas ställning* på personförsäkringsmarknaden. Om Svensk Försäkring enligt utredningens rekommendation, öppnar Personförsäkringsnämnden för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer detta att medföra en särskilt viktig förstärkning av konsumenters ställning, genom att de får tillgång till lättillgänglig och effektiv, men ändå objektiv och rättssäker prövning av tvister rörande kontraheringsplikten.

Ekonomiska och andra konsekvenser

Utredningens lagförslag kommer att leda till vissa administrativa och andra kostnader för de försäkringsbolag som berörs. Kostnadsökningen kan enligt branschen förväntas bestå under något eller några år efter ikraftträdandet, och därefter minska successivt. Om Personförsäkringsnämnden öppnas för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer de försäkringsbolag som är anslutna till nämnden även att belastas med vissa kostnader för de ärenden som prövas där.

En tydligare och mer lättillämpad reglering rörande kontraheringsplikten kan samtidigt också förväntas underlätta för försäkringsbolagen i deras kommunikation med konsumenter angående möjligheten att teckna en personförsäkring. Bolagen bör därmed i förlängningen kunna uppnå bättre kundnöjdhet, även i de fall försäkring nekas helt eller delvis. På sikt kan detta antas leda till ökad goodwill för bolagen.

Utredningens lagförslag kommer inte att innebära några ökade kostnader för det allmänna. Att regleringen avseende kontraheringsplikten förtydligas, kommer i stället att medföra positiva samhälls-ekonomiska effekter genom att den nödvändiga avvägningen mellan socialt skyddsbehov och försäkringsmässiga intressen kommer att kunna upprätthållas i enlighet med lagstiftarens ursprungliga intentioner.

DEL I

Inledning

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i försäkringsavtalslag (2005:104)

Härigenom föreskrivs i fråga om försäkringsavtalslagen (2005:104) 11 kap. 1, 3 och 4 §§ samt 16 kap. 6 och 7 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 kap.

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 en ansökan har avsänts eller lämnats till försäkringsbolaget. Sådana försäkringsvillkor som beror av den försäkrades hälsotillstånd

Ett försäkringsbolag får inte *helt eller delvis neka* 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 *att neka försäkring* med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet.

Om en personförsäkring nekas på grund av hälsotillståndet hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en försäkringsmässig bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Ett beslut att neka någon en person-

skall bestämmas på grundval av hälsotillståndet vid ansökan.

försäkring får inte grundas på att ett försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter det att en ansökan har avsänts eller lämnats till försäkringsbolaget. Sådana försäkringsvillkor som beror av den försäkrades hälsotillstånd *ska* bestämmas på grundval av hälsotillståndet vid ansökan.

Om ett försäkringsbolag nekar någon en personförsäkring, ska bolaget i samband med beslutet ange skälen för detta och upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat.

Första stycket gäller inte i fråga om en försäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag.

Första–tredje styckena gäller inte i fråga om en försäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag.

3 §

Försäkringstagaren får när som helst säga upp en tidsbegränsad försäkring att upphöra vid försäkringstidens utgång.

Försäkringsbolaget får säga upp en tidsbegränsad försäkring till försäkringstidens utgång. Uppsägningen ska göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren tidigast sex månader och senast en månad innan försäkringstiden går ut. Den ska för att få verkan innehålla en förfrågan om försäkringstagaren vill ha försäkringen förnyad. Begär försäkringstagaren att försäkringen förnyas, gäller uppsäg-

Försäkringsbolaget får säga upp en tidsbegränsad försäkring till försäkringstidens utgång. Uppsägningen ska göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren tidigast sex månader och senast en månad innan försäkringstiden går ut. Den ska för att få verkan innehålla en förfrågan om försäkringstagaren vill ha försäkringen förnyad. Begär försäkringstagaren att försäkringen förnyas, gäller uppsäg-

ningen bara om det finns särskilda skäl att *vägra* försäkring med hänsyn till sådana omständigheter som anges i 1 § första stycket. Bestämmelserna i 1 a § gäller även vid förnyelse av försäkring.

ningen bara om det finns särskilda skäl att *neka* försäkring med hänsyn till sådana omständigheter som anges i 1 § första och andra styckena. Bestämmelserna i 1 a § gäller även vid förnyelse av försäkring.

Försäkringsbolagets skyldighet enligt 1 § tredje stycket att motivera beslut och upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat, gäller även om bolaget nekar någon att förnya en försäkring enligt andra stycket i denna paragraf.

4 §

Har inte en giltig uppsägning skett enligt 3 §, förnyas en tidsbegränsad försäkring för en tid av ett år, om inte annat har avtalats. Försäkringsbolaget får ändra villkoren i den utsträckning som följer av 1 och 3 §§.

Försäkringsbolagets skyldighet enligt 1 § tredje stycket att motivera beslut och upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat, gäller även om bolaget ändrar villkoren enligt första stycket i denna paragraf.

16 kap.

6 §

Gör försäkringstagaren sannolikt att en uppsägning från försäkringsbolagets sida eller ett meddelande som avses i 11 kap. 7 § eller 16 kap. 7 § andra stycket har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte har kunnat

Gör försäkringstagaren sannolikt att en uppsägning från försäkringsbolagets sida eller ett meddelande som avses i 11 kap. 7 § eller 16 kap. 7 § andra eller fjärde stycket har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte

råda över, får uppsägningen eller meddelandet verkan tidigast en vecka efter den dag då uppsägningen eller meddelandet kom fram. En uppsägning på grund av dröjsmål med premien får dock verkan senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände den.

har kunnat råda över, får uppsägningen eller meddelandet verkan tidigast en vecka efter den dag då uppsägningen eller meddelandet kom fram. En uppsägning på grund av dröjsmål med premien får dock verkan senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände den.

7 §

Har ett försäkringsbolag i strid mot 11 kap. 1 eller 3 § *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. 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.

Har ett försäkringsbolag i strid mot 11 kap. 1 eller 3 § *nekat* någon att teckna eller förnya en försäkring, *ska* domstol på yrkande av denne förklara att han har rätt att teckna eller förnya försäkringen.

Talan om förklaring enligt första stycket *ska* 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 *ska* 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 *ska* räknas från den tidpunkt som skulle ha gällt om försäkringsbolaget hade bifallit ansökan.

Om ett förfarande inleds vid ett för ändamålet avsett och etablerat tvistlösningsorgan utanför domstol inom den frist för väckande av talan som anges i andra

stycket, löper fristen ut först sex månader efter det att försäkringsbolaget, sedan tvistlösningsförfarandet avslutats, till sökanden har avsänt meddelande angående om försäkring får tecknas och uppgift om skälen för detta.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juni 2017.
 2. För försäkringsansökningar som har getts in före ikraftträdandet gäller 11 kap. 1 § i den äldre lydelsen.
 3. För försäkringsavtal som ingåtts före ikraftträdandet och som inte har förnyats därefter gäller 11 kap. 3 och 4 §§ i den äldre lydelsen.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Utredningens uppdrag

Utredningens direktiv beslutades av regeringen den 5 juni 2014 (dir. 2014:80). Direktiven finns fogade till betänkandet som Bilaga 1.

Vårt uppdrag har bestått av två delar. Den första delen har handlat om att bedöma om lagstiftningens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska tillämpning av den kontraheringsplikt som enligt 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen (2005:104) (FAL) gäller för *personförsäkringar*. I den delen av utredningens uppdrag har särskilt ingått att

- *kartlägga* i vilken utsträckning försäkringsbolagen avslår ansökningar om personförsäkring eller meddelar sådana försäkringar med särskilda inskränkningar eller förhöjda premier,
- *identifiera* under vilka omständigheter det är vanligt att ansökningar om personförsäkring nekas och *analysera* om riskbedömningarna i dessa fall tillräckligt beaktar enskildas faktiska förhållanden,
- *bedöma* om det finns anledning att befara att försäkringsbolagen över- eller misstolkar hälsoinformation när en försäkringsansökan prövas och särskilt hur uppgifter från barnhälsovården och elevhälsan inhämtas och behandlas i detta sammanhang,
- *analysera* om det går att dra några övergripande slutsatser om hur särskilda förbehåll utformas eller förhöjda premier bestäms, när en personförsäkring inte beviljas på vanliga villkor, och att

- *analysera* om försäkringsbolagens beslut att neka försäkring ger en tillräckligt god förståelse för hur bolagen resonerar samt om dessa resonemang förmedlas på ett sätt som en försäkrings-tagare kan ta till sig.

Den andra delen av uppdraget har gått ut på att utredningen, utifrån sin kartläggning och analys, ska *överväga behovet av reformer*. Uppdraget har inneburit att utredningen ska lämna förslag på de författningsändringar eller andra åtgärder som krävs, om utredningen bedömer att det finns ett sådant behov.

2.2 Avgränsningar

2.2.1 Kontraheringsplikten gäller för individuella sjuk-, olycksfalls- och livförsäkringar

Utredningens uppdrag omfattar alltså den kontraheringsplikt som gäller för *personförsäkringar*. Till kategorin personförsäkringar hör *individuella sjuk-, olycksfalls- och livförsäkringar* (1 kap. 2 § FAL). Gemensamt för personförsäkringar är att det som försäkras är försäkringstagarens eller någon annans liv eller hälsa.

Vissa personförsäkringar för näringsidkare är undantagna från kontraheringspliktens tillämpningsområde. Plikten gäller inte i fråga om en personförsäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag – dvs. försäkring av nyckelpersoner i ett företag, eller s.k. kompanjonsförsäkringar (11 kap. 1 § andra stycket FAL).

Kollektiva personförsäkringar, såsom privat gruppförsäkring eller kollektivavtalsgrundad försäkring, omfattas inte heller av kontraheringsplikten (se avsnitt 2.2.3 nedan angående gränsdragningen mellan individuella personförsäkringar och grupppersonförsäkringar).

2.2.2 Avgränsning av utredningens kartläggning och analys

Enligt våra direktiv, ska utredningens analys huvudsakligen inriktas på individuella sjukförsäkringar och kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna, samt kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för barn och ungdomar (barnförsäkringar). Dessa

försäkringsprodukter fyller typiskt sett ett stort socialt skyddsbehov och har dessutom liknande utformning och innehåll. Mot den bakgrunden, och för att kunna göra en kartläggning och analys av hög kvalitet, har utredningen valt att fokusera på de personförsäkringsprodukter som nämns särskilt i direktiven. Utredningens kartläggning och analys avser därför i huvudsak följande individuella personförsäkringar:

- barnförsäkring (kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdomar)
- kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna
- sjukförsäkring för vuxna.

Utredningens överväganden angående reformbehovet, och våra förslag till lagändringar, grundar sig alltså i första hand på vår kartläggning och analys av försäkringsbolagens praxis vid ovan nämnda personförsäkringar. Liksom nuvarande reglering rörande kontraheringsplikten, gäller ändå våra förslag för individuell personförsäkring över huvud taget, dvs. även livförsäkring samt andra typer av sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Utöver de sjuk- och olycksfallsförsäkringar som har varit föremål för utredningens kartläggning och analys, omfattas alltså även exempelvis privata sjukvårdsförsäkringar och s.k. diagnosförsäkringar (försäkringar som ger ersättning vid vissa allvarliga diagnoser). Nya typer av personförsäkringar utvecklas också kontinuerligt, och i den mån de tecknas individuellt hos ett försäkringsbolag, gäller kontraheringsplikten.

Vad gäller livförsäkring, ska det noteras att det främst är s.k. dödsfallsförsäkring, dvs. försäkring som innebär utbetalning av ett visst på förhand bestämt belopp vid den försäkrades död, som omfattas av kontraheringsplikten. För sådana livförsäkringar där sparmomentet dominerar – s.k. kapital- eller ränteförsäkringar, är kontraheringsplikten däremot av mer begränsad betydelse. Dessa försäkringar undantas i regel från pliktens tillämpningsområde på grund av sin art (se 11 kap. 1 § första stycket och prop. 2003/04:150 s. 246 och 500).

Även om olika individuella personförsäkringar som omfattas av kontraheringsplikten skiljer sig åt till utformning och innehåll, gör sig i allt väsentligt samma synpunkter gällande vad gäller pliktens tillämpning. Det har därför sagnats anledning för utredningen att i

något avseende föreslå avvikande regler för olika slags personförsäkringar eller förorda att de föreslagna reglerna ska tillämpas annorlunda i vissa fall. Utredningens bedömning i det avseendet har, via branschorganisationen Svensk Försäkring, bekräftats av en större grupp försäkringsjurister med stor erfarenhet av olika slags personförsäkringar, inklusive livförsäkring. Även Konsumenternas Försäkringsbyrå har bekräftat att våra bedömningar och förslag angående kontraheringsplikts tillämpning är relevanta och adekvata också vid andra personförsäkringar än de produkter som utredningen har fokuserat på.

Utredningens uppdrag går vidare bara ut på att närmare analysera den situationen att en sökt personförsäkring helt eller delvis nekas med hänvisning till att *hälsotillståndet* hos den som ska försäkras inte är fullgott. Andra grunder för att neka någon en personförsäkring behandlas inte närmare i betänkandet.

2.2.3 Gränsdragningen mellan grupppersonförsäkringar och individuella personförsäkringar

Som redan har nämnts, gäller kontraheringsplikten bara *individuellt tecknade* personförsäkringar. I kapitel 6 beskriver vi den principiella skillnaden mellan privata försäkringar och gruppförsäkringar. Som framgår där, är i allmänhet det skydd som man kan få genom en grupppersonförsäkring mer begränsat än det som kan uppnås genom att teckna en individuell personförsäkring, och premien för grupppersonförsäkringen är vanligen något lägre. För att teckna en gruppförsäkring krävs å andra sidan normalt ingen ingående hälsoprövning, vilket gör att även personer som kan ha svårt att teckna en individuell försäkring, ofta kan komma i fråga för en gruppförsäkring.

Av beskrivningen i kapitel 6 framgår också att lagstiftningen är delvis oklar när det gäller vad som ska ses som en grupppersonförsäkring och vad som är att anse som en individuell personförsäkring. Frånvaron av närmare reglering i FAL vad gäller förutsättningarna för gruppförsäkring, har medfört att det finns vissa svårigheter att dra en klar gräns mellan vad som är en grupppersonförsäkring och en individuell personförsäkring. En följd av detta är att det finns försäkringar på marknaden som marknadsförs som individuella personförsäkringar, men som till sin karaktär liknar en gruppförsäkring när det gäller villkor och premiesättning, samt genom att

de kan tecknas efter en starkt begränsad eller ingen hälsoprövning alls. På liknande sätt finns det försäkringar som säljs som grupp-försäkringar till en viss bestämd krets (exempelvis till kunderna i en viss bank), men som förutsätter en mer ingående hälsoprövning och där premier och villkor sätts individuellt.

Mot den nu angivna bakgrunden, har utredningen haft anledning att överväga om vissa personförsäkringsprodukter som kan anses ligga i gråzonen mellan individuell försäkring och grupp-försäkring, ska omfattas av vår kartläggning och analys. Eftersom lagstiftningen inte ger någon klar vägledning, har utredningen i vissa gränsfall fått utgå ifrån det aktuella försäkringsbolagets egen uppfattning avseende om en viss försäkringsprodukt är en individuell personförsäkring eller en gruppersonförsäkring.¹ Utredningens allmänna erfarenhet är att det för närvarande inte verkar finnas någon tendens hos försäkringsbolagen att försöka kringgå kontraheringsplikten genom att marknadsföra personförsäkringar som grupp-försäkringar.

Behovet av vissa lagändringar med avseende på grupperson-försäkringar bereds för närvarande inom Justitiedepartementet (se Ds 2014:43), och det ligger utanför utredningens uppdrag att närmare analysera eller överväga sådana frågeställningar.

2.3 Utredningens arbete

Vårt arbete inleddes i augusti 2014. Utredningen har hållit nio sammanträden dit samtliga experter och sakkunniga bjudits in och ett flertal möten med enbart de experter och sakkunniga med särskild erfarenhet av och insyn i försäkringsbranschen samt relevanta konsumentfrågor. Sekreteraren har också haft tät underhandskontakt och ett nära samarbete med experter och sakkunniga mellan mötena för att i så hög utsträckning som möjligt ta till vara deltagarnas erfarenheter och kunskaper på de aktuella områdena. Utredningens experter och sakkunniga har på det sättet tillfört viktig sakkunskap och aktivt bidragit till utredningsarbetet.

¹ Enligt uppgift till utredningen från Konsumenternas Försäkringsbyrå har byrån gjort på motsvarande sätt vid exempelvis upprättande av byråns försäkringsjämförelser.

Samtliga utredningens experter och sakkunniga har fått möjlighet att lämna synpunkter på alla texter, och har i allt väsentligt ställt sig bakom de redovisade förslagen. Skilda uppfattningar i enskildheter har förekommit utan att detta har kommit till uttryck i något särskilt yttrande.

Därutöver har utredningen, inom ramen för sin kartläggning av försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten, inhämtat statistik och andra uppgifter från både försäkringsbranschen och från konsumentsidan. Genomförande av utredningens kartläggning och resultatet av denna beskrivs närmare i kapitel 11. Här ska kort nämnas de olika åtgärder som ingått i kartläggningen.

I förhållande till försäkringsbolagen har kartläggningen genomförts i tre steg.

Det första steget har varit en omfattande enkätundersökning riktad till berörda försäkringsbolag. Statistiska Centralbyrån (SCB) har haft i uppdrag att bistå utredningen vid utformningen och genomförande av undersökningen. Enkätundersökningen finns bifogad till detta betänkande som Bilaga 2. Den tekniska rapport som SCB har upprättat angående utförande av undersökningen finns bifogad till utredningen som Bilaga 3.

Det andra steget har varit att en arbetsgrupp från utredningen har besökt ett antal försäkringsbolag som har omfattats av enkätundersökningen. I den arbetsgruppen har, förutom sekreteraren och utredaren, även ingått en sakkunnig och en expert från utredningen (f.d. chefen för Konsumenternas Försäkringsbyrå och Svensk Försäkrings expert). I arbetsgruppen har också deltagit två inhyrda konsulter med särskild erfarenhet och expertis. En av konsulterna har varit en pensionerad f.d. riskbedömningsansvarig vid ett större försäkringsbolag. Den andra konsulten har varit en kliniskt aktiv läkare med lång erfarenhet av försäkringsmedicin.

Vid besöken hos försäkringsbolagen har arbetsgruppen fått närmare information om de aktuella bolagens försäkringsprodukter och affärsmodeller samt bolagens riskbedömningsprocesser. Utredningen har också fått ta del av ett antal av utredningen slumpmässigt utvalda försäkringsärenden där ansökan har avslagits eller försäkring har beviljats med särskilda villkor. Genom dessa besök har utredningen fått fördjupad kunskap om hur försäkringsbolagens riskbedömningar går till i praktiken samt de aktuella försäkringsprodukterna

och de affärsmässiga och företagsekonomiska överväganden som ligger till grund för utformningen av dessa.

Det tredje steget i kartläggningen har varit att utredningen har genomfört djupintervjuer med dels de försäkringsbolag som har svarat på enkätundersökningen, dels två större återförsäkringsbolag. En sammanfattning av intervjuerna med försäkringsbolagen och återförsäkringsbolagen finns bifogade till betänkandet som Bilaga 4.

Utöver den del av kartläggningen som har tagit sikte på uppgifter från försäkringsbolagen, har utredningen genomfört en *enkätundersökning som riktats till konsumenter*. Undersökningen har innehållit frågor om försäkringsskydd och konsumenternas upplevelser angående att ansöka om personförsäkring. Enkätundersökningen finns bifogad till betänkandet som Bilaga 5. Utredningens experter från Riksförbundet Attention och Svenska Prematurförbundet har deltagit i utformningen av enkätundersökningen. Undersökningen har sedan genomförts i samarbete med Handikappförbunden samt ett antal andra förbund, och målgruppen har varit konsumenter som har anknytning till förbundens medlemsorganisationer eller är intresserade av de frågor som förbunden driver.

Utredaren och sekreteraren har vidare deltagit vid Svenska Försäkringsföreningens juridikseminarium i november 2014, där utredaren höll ett föredrag om utredningens uppdrag.

Utredningen har samrått med Konsumentverket och Finansinspektionen som har ingått i utredningen, samt därutöver även med Kammarkollegiet, Diskrimineringsombudsmannen och Socialstyrelsen.

2.4 Betänkandets disposition

Betänkandet består av sju delar.

Den första delen, som består av kapitel 1–2, innehåller författningsförslag och denna redovisning av utredningens uppdrag och arbete.

Den andra delen, kapitel 3–10, har till stor del deskriptiv karaktär och belyser de bakomliggande förhållanden som har betydelse för våra överväganden när det gäller försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten samt våra förslag och bedömningar. Kapitel 3 innehåller en beskrivning av den nuvarande regleringen

rörande kontraheringsplikten för personförsäkring. I kapitel 4 lämnas en redogörelse för de rättsregler som styr ingående av försäkringsavtal i allmänhet och påföljder vid kontraktsbrott, samt en beskrivning av de utmärkande dragen hos försäkringsavtal. Kapitel 5 behandlar kortfattat de mer övergripande förutsättningarna för försäkringsbolagens verksamhet, bl.a. försäkringsrörelselagstiftningen och vissa grundläggande försäkringsmässiga principer samt de olika aktörerna på försäkringsmarknaden. En allmän redogörelse för olika slags försäkringar lämnas i kapitel 6. Där beskriver vi bl.a. förhållandet mellan socialförsäkringen och privat försäkring samt olika typer av privata försäkringar. I kapitel 7 finns en beskrivning av hur försäkringsbolagens riskbedömningar går till och syftet med dessa. Diskrimineringslagstiftningens betydelse för kontraheringsplikten beskrivs i kapitel 8, och i kapitel 9 finns en redogörelse för relevant lagstiftning i Danmark, Finland och Norge. Kapitel 10 innehåller en översiktlig beskrivning av olika tendenser på personförsäkringsmarknaden, bl.a. vissa yttre faktorer som har betydelse för utvecklingen och tänkbara framtida förändringar vad gäller de aktuella personförsäkringarna.

Betänkandets *tredje del* innehåller kapitel 11. I det kapitlet beskrivs genomförandet och resultatet av utredningens kartläggning av hur kontraheringsplikten tillämpas i praktiken.

I den *fjärde delen* av betänkandet, som utgörs av kapitel 12–16, finns utredningens överväganden. Kapitel 12 innehåller utredningens tolkning av regleringen rörande kontraheringsplikt för personförsäkring. Övervägandena i den delen ligger till grund för utredningens analys och bedömning när det gäller om tillämpningen av plikten lever upp till lagstiftningens intentioner. I kapitel 13 redovisar vi vår syn på försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten i de fall försäkring beviljas till villkor som avviker från de normala, eller avslås helt. I kapitel 14 beskrivs utredningens iakttagelser gällande det underlag som försäkringsbolagen använder vid sina riskbedömningar och bolagens beslutsmotiveringar när en sökt personförsäkring inte beviljas. Vår syn på hur försäkringsbolagen behandlar hälsouppgifter som hämtas in från vårdgivare och andra redovisar vi i kapitel 15. I kapitel 16 finns sedan våra bedömningar angående behovet av reformer och de förslag till lagstiftningsåtgärder och andra åtgärder vi bedömer behövs.

Den *femte delen* av betänkandet innehåller kapitel 17, där vi redogör för förväntade ekonomiska och andra konsekvenser av våra lagförslag.

Del sex innehåller författningskommentaren, kapitel 18.

I *del sju* finns de fem bilagor som har fogats till betänkandet – utredningsdirektiven (Bilaga 1), enkätundersökningen till försäkringsbolagen (Bilaga 2), SCB:s tekniska rapport angående enkätundersökningen till försäkringsbolagen (Bilaga 3), en sammanfattning av intervjuer med försäkringsbolag och återförsäkringsbolag (Bilaga 4), samt enkätundersökningen som riktats till konsumenter och som genomförts i samarbete med Handikappförbunden m.fl. (Bilaga 5).

DEL II

Bakgrund

3 Rätten till en personförsäkring

3.1 Regleringen

I januari 2006 infördes som nämnts en kontraheringsplikt för personförsäkringar. Kontraheringsplikten följer av 11 kap. 1, 3 och 4 §§ FAL och bestämmelserna innebär att ett försäkringsbolag inte får vägra någon att teckna (1 §) eller förnya (3 och 4 §§) en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, när bolaget har fått de uppgifter som behövs för prövningen, om det inte finns särskilda skäl. Särskilda skäl att vägra någon en personförsäkring kan enligt regleringen finnas med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet.

Om ett försäkringsbolag har vägrat någon en personförsäkring kan en domstol, enligt 16 kap. 7 § FAL, på talan av sökanden, besluta att försäkring ändå ska beviljas. En sådan talan ska väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget har skickat den försäkringsökande ett meddelande om sitt beslut, uppgift om skälen för detta och upplysning om vad denne ska göra för att få beslutet prövat.

Det kan nämnas att FAL också innehåller bestämmelser om kontraheringsplikt för konsumentförsäkring (3 kap. 1, 3 och 4 §§ samt 7 kap. 6 §). Som konsumentförsäkring räknas enligt FAL individuell skadeförsäkring som en fysisk person eller ett dödsbo tecknar huvudsakligen för ändamål som faller utanför näringsverksamhet (1 kap. 4 § FAL). Typiska konsumentförsäkringar är hemförsäkring och villaförsäkring, men begreppet inbegriper även mera speciella försäkringstyper, såsom försäkringar av djur, smycken, ur, kameror etc. Bestämmelserna om kontraheringsplikt för konsumentförsäkring motsvarar till stora delar regleringen avseende personförsäkring, men vissa specialregleringar har införts gällande person-

försäkringar, närmast beroende på den särskilda karaktären hos dessa försäkringar. Utredningens uppdrag omfattar inte att närmare analysera eller föreslå åtgärder med avseende på regleringen rörande kontraheringsplikten för konsumentförsäkring.

3.2 Bakgrund¹

3.2.1 Lagstiftningsarbetet

Tvingande regler till skydd för konsumenter har länge förekommit i försäkringssammanhang. Redan genom 1927 års försäkringsavtalslag (1927:77) infördes civilrättsligt skydd mot alltför långtgående försäkringsvillkor. Lagen innehöll en rad tvingande regler som syftade till att skydda de försäkrade mot alltför stränga villkor i försäkringsavtalen. 1927 års försäkringsavtalslag skyddade även försäkringstagaren mot förtida uppsägning av avtalet. Det förekom däremot inga regler om skyldighet för försäkringsbolagen att bevilja försäkring åt den som ansökte.

Specialregler om kontraheringsplikt infördes 1929 för trafikförsäkringens del. I den då gällande lagen om trafikförsäkring föreskrevs att de bolag som fått koncession (tillstånd) att sälja trafikförsäkringar, också var skyldiga att bevilja försäkring åt den som ansökte. Kontraheringsplikt på trafikförsäkringens område har gällt sedan dess. Kontraheringsplikten kan i detta fall sägas ha sin grund i att trafikförsäkringen fungerar som en obligatorisk ansvarsförsäkring i förhållande till en presumtiv skadelidande. Kontraheringsplikt finns för övrigt numera även för försäkringsbolag som beviljats tillstånd att sälja sådana ansvarsförsäkringar som är obligatoriska enligt olika författningar. Gemensamt för dessa försäkringar är att de i första hand syftar till att säkerställa att en skadelidande tredje man blir kompenserad, även om de också skyddar försäkringstagaren mot att själv behöva betala ett eventuellt skadestånd.

Det var inte förrän 1980 som regler om kontraheringsplikt infördes angående försäkringar som inte i första hand är ansvarsförsäkringar. I konsumentförsäkringslagen (1980:38) (KFL), som trädde i kraft 1981, föreskrevs en kontraheringsplikt för vissa typer

¹ Beskrivningen av bakgrunden till kontraheringsplikten för personförsäkring är till stor del hämtad från Eva Lindell-Frantz, *Personförsäkring och kontraheringsplikt, Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, 2009, s. 59 ff.

av skadeförsäkringar som tecknats av en konsument. Till skillnad från kontraheringsplikten avseende trafikförsäkringen, var kontraheringsplikten enligt KFL inte absolut, utan villkorad. Av lagen följde nämligen att försäkring kunde vägras med hänvisning till *särskilda skäl*. I KFL förekom även tvingande regler om rätt för försäkringstagaren att förnya försäkringen vid försäkringstidens utgång. För personförsäkring, som vid den tiden fortfarande reglerades i 1927 års försäkringsavtalslag, fanns däremot bara mycket kortfattad reglering angående försäkringsavtalets ingående och upphörande. Till stor del fick man i dessa avseenden falla tillbaka på allmänna avtalsrättsliga principer.

Nu gällande FAL, som trädde i kraft 2006, och som då ersatte både 1927 års försäkringsavtalslag och 1980 års konsumentförsäkringslag, bygger på förslag som utarbetades under många år av olika kommittéer och genom beredning i Justitiedepartementet (se prop. 2003/04:150 s. 95). Frågan om kontraheringsplikt för personförsäkring behandlades redan av den kommitté som tillsattes 1974 för att se över då gällande lagstiftning om försäkringsavtal. I sitt delbetänkande Personförsäkringslag (SOU 1986:56), föreslog kommittén att det skulle införas en kontraheringsplikt för personförsäkringar. Enligt kommitténs förslag skulle den som ansökt om en sådan personförsäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahöll allmänheten, ha rätt att teckna försäkringen, om bolaget hade fått de uppgifter som det hade begärt, och det inte fanns särskilda skäl för bolaget att avslå ansökan med hänsyn till risken för försäkringsfall eller någon annan omständighet. Enligt förslaget skulle en försäkringstagare också ha motsvarande rätt att förnya en tidsbegränsad försäkring (SOU 1986:56 s. 268 ff. och s. 500 ff.).

Försäkringsrättskommitténs förslag bearbetades senare inom Justitiedepartementet och resultatet av detta arbete presenterades i departementspromemorian Ny Försäkringsavtalslag (Ds 1993:39). Promemorians förslag avvek från Försäkringskommitténs genom att försäkring enligt promemorians förslag kunde vägras redan om det fanns *saklig grund* för det (Ds 1993:39, s. 149 f.).

I och med att nu gällande FAL trädde i kraft 2006 infördes som framgått, genom bestämmelserna i 11 kap. 1, 3 och 4 §§, för första gången i svensk rätt en kontraheringsplikt avseende personförsäkring. Regeringen frångick i propositionen förslaget i 1993 års promemoria, om att försäkringsbolaget skulle kunna vägra försäkring vid

saklig grund. I stället valde regeringen att införa en bestämmelse i linje med den som Försäkringskommittén tidigare föreslagit, nämligen att en sökt personförsäkring bara får vägras om det finns *särskilda skäl* för vägran. Detta innebar enligt regeringen en inskränkning av försäkringsbolagens möjlighet till avslag i förhållande till promemorians förslag (se prop. 2003/04:150 s. 158 ff. och s. 245).

3.2.2 Planerad uppföljning

Vid införande av kontraheringsplikten för personförsäkring, framhöll regeringen att lagstiftning av det aktuella slaget borde följas upp så att den tillämpades på avsett sätt och för att säkerställa att de sociala skyddsaspekterna kring kontraheringsplikten verkligen fick genomslag i praktiken (prop. 2003/04:150 s. 249 f.).

3.3 Närmare om gällande kontraheringsplikt för personförsäkring

3.3.1 Begreppet kontraheringsplikt

En grundläggande princip i svensk rättsordning är *avtalsfrihet*, dvs. dels parternas rätt att själva välja om de ska ingå avtal med varandra, dels parternas rätt att förfoga över avtalets materiella innehåll. *Kontraheringsplikt* innebär att den part som omfattas inte kan välja med vem parten ska ingå avtal, vilket alltså är ett avsteg från grundregeln om avtalsfrihet.

En kontraheringsplikt kan vara absolut, vilket innebär att den som är förpliktad att ingå avtal inte under några omständigheter kan neka en presumtiv avtalspart ett avtal, och att avtal då måste ingås till samma villkor som tillämpas gentemot andra avtalsparter. Trafikskadelagen innehåller ett exempel på en näst intill absolut kontraheringsplikt. Ett trafikförsäkringsbolag får inte neka någon ett avtal, eller göra särskilda undantag i försäkringsskyddet, men har däremot rätt att anpassa premien efter risken. Kontraheringsplikten för personförsäkring i FAL är exempel på en villkorad kontraheringsplikt, eftersom ett försäkringsbolag kan vara befriat från skyldigheten att ingå avtal när det föreligger särskilda skäl.²

² Eva Lindell-Frantz, *Personförsäkring och kontraheringsplikt*, Uppsatser om försäkringsavtalslagen, 2009, s. 58 f.

3.3.2 Försäkringar som omfattas av kontraheringsplikten

Kontraheringsplikt enligt 11 kap. 1 § FAL gäller för *personförsäkring*. Till kategorin personförsäkringar hör *individuella sjuk-, olycksfalls- och livförsäkringar* (1 kap. 2 § FAL). Gemensamt för personförsäkringar är att det som försäkras är försäkringstagarens eller någon annans liv eller hälsa.

Exempel på en personförsäkring som vanligen tecknas till förmån för någon annan än försäkringstagaren, är barnförsäkring. Sådan försäkring tecknas oftast för barnets räkning av en ställföreträdare, som huvudregel en förälder. Trots att ett avslag på en försäkringsansökan i sådant fall inte riktar sig mot den som har rätt till ersättning ur försäkringen, dvs. det försäkrade barnet, omfattas avtalet ändå av kontraheringsplikten. Av lagtexten framgår nämligen att kontraheringsplikten gäller i förhållande till den som vill ingå avtalet.³

Vad gäller livförsäkring, ska det noteras att det främst är s.k. dödsfallsförsäkring, dvs. försäkring som innebär utbetalning av ett visst på förhand bestämt belopp vid den försäkrades död, som omfattas av kontraheringsplikten. För sådana livförsäkringar där sparmentet dominerar – s.k. kapital- eller ränteförsäkringar, är kontraheringsplikten däremot av mer begränsad betydelse. Dessa försäkringar undantas i regel från pliktens tillämpningsområde på grund av sin art (se 11 kap. 1 § första stycket och prop. 2003/04:150 s. 246 och 500).

Att kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL gäller för *individuellt tecknade personförsäkringar* innebär att kollektiva försäkringar, såsom privat grupppersonförsäkring eller kollektivavtalsgrundad personförsäkring inte omfattas av plikten (se avsnitt 6.7 nedan angående skillnaderna mellan en grupppersonförsäkring och individuellt tecknad personförsäkring).

³ Eva Lindell-Frantz, *Personförsäkring och kontraheringsplikt, Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, 2009, s. 64.

3.3.3 Avvägning mellan behovet av socialt skydd och försäkringsmässiga intressen

Regeringen har i många lagstiftningsärenden på försäkringsområdet framhållit att möjligheten att få försäkringsersättning ofta har stor ekonomisk och social betydelse för den skadelidande. Ett starkt skydd för försäkringstagarnas intresse är därför enligt regeringen ett centralt samhälleligt intresse. Samtidigt har regeringen betonat att en förutsättning för att de privata försäkringarna ska kunna fylla denna samhälleliga funktion är att det finns goda förutsättningar att bedriva försäkringsverksamhet. I annat fall minskar utbudet av försäkringar och möjligheterna att försäkra sig mot olika typer av risker försämras (se avsnitt 5.4.1 nedan om det s.k. moturvalsproblemet). Mot den bakgrunden har regeringen uttalat att det är viktigt att åtgärder på försäkringsområdet utformas på ett sätt som i så stor utsträckning som möjligt tillgodoser dessa delvis motstridiga intressen. Dessa utgångspunkter har legat till grund även vid regeringens överväganden angående utformningen av kontraheeringsplikten för personförsäkring (se prop. 2003/04:150 s. 244 f., prop. 2009/10:241 s. 23 och prop. 2012/13:168 s. 19).

I motiven till bestämmelserna om kontraheeringsplikt för personförsäkring angav regeringen att socialförsäkring och kollektiva försäkringar av olika slag kan ge ett otillräckligt skydd i det enskilda fallet, och att utbudet och behovet av olika sorters personförsäkringar därför ökat markant. Regeringen framhöll vikten av att den som ansöker om en försäkring ska kunna få ett kompletterande försäkringsskydd som är anpassat efter personens behov. Enligt regeringen måste utgångspunkten vara att alla människor ska ha möjlighet att kunna få ett försäkringsskydd på goda villkor. Regeringen underströk att vikten av ett försäkringsskydd kan vara särskilt tydligt inte minst för exempelvis barn med någon slags funktionsnedsättning. Samtidigt betonade regeringen att en grundläggande utgångspunkt måste vara att det inte ska krävas att försäkringsbolagen går ifrån den försäkringstekniska bedömningen av risken. Mot den bakgrunden bedömde regeringen att det, *inom ramen för vad som var försäkringsmässigt möjligt*, fanns all anledning att låta lagstiftningen underlätta situationen för personer med funktionsnedsättning och personer med nedsatt hälsa. Regeringen konstaterade därmed att även om lagen inte kunde garantera ett

försäkringsskydd för samma premie och på samma villkor för alla försäkringssökande, borde den trygga att *riskprövningen sker på individuell grund*, inte schablonmässig och att en begärd försäkring bara vägras när det finns *särskilda skäl* (se prop. 2003/04:150 s. 244 f. och 497 f.).

3.3.4 Särskilda skäl att inte meddela en personförsäkring

Kontraheringsplikten är alltså underkastad den begränsningen att ett försäkringsbolag får neka någon en personförsäkring som normalt erbjuds allmänheten 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. Det är försäkringsbolaget som har att styrka att omständigheterna är sådana att det finns tillräckliga skäl för att erbjuda en försäkring på sämre villkor eller vägra någon en försäkring (se prop. 2003/04:150 s. 498 f.).

Särskilda skäl att vägra någon en sökt personförsäkring kan alltså enligt 11 kap. 1 § föreligga med hänsyn till *risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art* eller *någon annan omständighet*.

Den viktigaste grunden för ett avslagsbeslut med hänvisning till *risken för försäkringsfall*, är att den som ska försäkras inte har ett fullgott hälsotillstånd. Att försäkring kan nekas med hänvisning till risken för försäkringsfall har sin bakgrund i att kontraheringsplikten inte syftar till att ändra den försäkringstekniska grundvalen för bolagens prövning av ansökningar om personförsäkring. Eftersom det är fråga om privat frivillig försäkring, måste man godta att bolagens beslut tar sin utgångspunkt i företagsekonomiska kalkyler, inte minst av hänsyn till försäkringstagarkollektivet. Avslag, premieförhöjning och särskilda förbehåll är enligt motiven tillåtna när de i det enskilda fallet har klart stöd av en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet och den därmed sammanhängande risken för framtida försäkringsfall (se prop. 2003/04:150 s. 499).

I den mån praxis vid riskprövning skiftar mellan olika försäkringsbolag, har vidare det enskilda försäkringsbolaget en skyldighet och i princip en rätt att hålla sig till sin egen praxis. Ett försäkringsbolag är alltså normalt inte skyldigt att acceptera en viss risk bara

därför att något annat bolag gör det. Bolaget kan inte heller hänvisa till andra försäkringsbolags praxis för att avböja en risk som det brukar acceptera. Om ett försäkringsbolag har en praxis som avviker från vad som framstår som medicinskt eller försäkringstekniskt rimligt, kan det likväl bli fråga om att underkänna ett avslag som stämmer överens med försäkringsbolagets vanliga inställning till sådana fall (se prop. 2003/04:150 s. 499).

En onormalt stor risk för försäkringsfall kan vara knuten till den försäkrades person också på ett annat sätt än i fråga om hälsotillståndet, nämligen genom att den som vill ha försäkringsskydd har visat sig vara mera utsatt för olycksfall än andra. Men ett försäkringsbolag lär sällan 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 11 kap. 3 och 4 §§). I och för sig har försäkringsbolaget rätt att ta hänsyn till också en sådan risk, men får sannolikt inte vägra försäkring av den anledningen annat än när det finns utredning som visar att den försäkrings sökande är klart mera utsatt för olycksfall än andra och att tidigare skador inte har berott på slumpen (se prop. 2003/04:150 s. 499).

I begreppet risken för framtida försäkringsfall ingår också den situationen att sannolikheten för försäkringsfall visserligen inte är större än normalt, men det i stället kan befaras att ett försäkringsfall skulle få allvarigare konsekvenser än normalt. Frågeställningen har betydelse i första hand när den som ska försäkras lider av någon sjukdom eller annan kroppslig svaghet, som kan befaras medföra att ett olycksfall eller en ny sjukdom skulle få allvarigare följder för den framtida förvärvsförmågan eller hälsotillståndet än normalt. Försäkringsbolaget kan då ha rätt att höja premien, ställa upp ett villkor som begränsar skyddet eller avslå ansökan (se prop. 2003/04:150 s. 499 f.).

Risken för försäkringsfall kan också ligga i andra omständigheter än den försäkrades person. Den som ska försäkras kan leva i en hälsovådlig miljö eller ägna sig åt farlig verksamhet på sådant vis att risken för försäkringsfall klart överstiger den normala. Kontraheringsplikten hindrar inte avslag på sådana grunder (se prop. 2003/04:150 s. 499 f.).

Den avsedda försäkringens art som ett skäl för vägran, tar sikte på 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 därför närmast är att betrakta som sparprodukter. I motiven anges att en person som i ett sådant fall får avslag på sin begäran om försäkring, inte borde ha några svårigheter att antingen få en motsvarande försäkring hos ett annat försäkringsbolag eller placera sina pengar i en annan sparform (prop. 2003/04:150 s. 500). Avgörande är i detta sammanhang vilket syfte försäkringen har. I en försäkring med stort sparmoment är syftet att en del av premierna som betalas in förr eller senare ska betalas ut till försäkringstagaren, eller annan ersättningsberättigad, med tillägg för eventuell avkastning. En ren riskförsäkring däremot, syftar enbart till att åstadkomma ett skydd mot risken för att en viss händelse inträffar under avtalstiden. Till kategorin försäkringar med litet riskinnehåll hör främst livförsäkring i form av pensionsförsäkring, som normalt inte bygger på någon direkt riskbedömning, utan utgör en form av sparande.⁴

Särskilda skäl för att neka någon en sökt personförsäkring kan enligt lagtexten också föreligga på grund av *någon annan omständighet*. Enligt motiven är exempel på en sådan omständighet när det finns en uttalad s.k. moralisk risk. Med detta avses en risk att försäkringstagaren ska utnyttja försäkringen på ett ohederligt sätt. Exempelvis nämns att den som vill ha försäkring kan befaras lämna oriktiga uppgifter vid tecknandet eller i samband med skaderegleringen, alternativt 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 misstro mot en försäkrings sökande är enligt motiven inte tillräcklig, men 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 (se prop. 2003/04:150 s. 500).

Den här utredningens uppdrag omfattar bara att närmare analysera den situationen att en personförsäkring vägras med hänvisning till att *hälsotillståndet* hos den som ska försäkras innebär *risk för framtida försäkringsfall*. De andra grunderna för att vägra försäkring – *försäkringsens art* eller *någon annan omständighet* – berörs därför inte närmare i betänkandet.

⁴ Se SOU 2012:64 s. 137 f. och Eva Lindell-Frantz, *Personförsäkring och kontraheringsplikt, Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, 2009, s. 91.

3.3.5 Kontraheringsplikten omfattar det normala försäkringsutbudet

Ytterligare en begränsning av kontraheringsplikten, är att den bara gäller under förutsättning att den personförsäkring som den försäkringssökande önskar teckna ingår i det utbud som bolaget *normalt tillhandahåller allmänheten*. Prövningen av om en försäkring tillhör den kategorin ska i första hand utgå från det aktuella försäkringsbolagets produktsortiment, försäkringsvillkor och praxis. Detta innebär att ett försäkringsbolag inte behöver meddela försäkring mot risker eller objekt som inte ingår i dess vanliga sortiment. Som exempel nämns i lagstiftningsmotiven att ett försäkringsbolag som inriktar sig på försäkring för helnyktra inte är tvunget att försäkra andra. I kravet att det ska vara fråga om en försäkring som det aktuella bolaget normalt tillhandahåller allmänheten ligger också att försäkringstagaren måste vara beredd att acceptera de försäkringsvillkor som försäkringsbolaget tillämpar för den aktuella typen av försäkring. En försäkringssökande har alltså exempelvis inte rätt att få försäkring utan ett visst undantag som försäkringsbolaget normalt gör, oavsett vilken betydelse undantaget kan synas ha i det enskilda fallet. Detta gäller även om den försäkringssökande 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 (se prop. 2003/04:150 s. 497 f.).

3.3.6 Rätt till försäkring när bolaget har fått de uppgifter som behövs

Kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL gäller när *försäkringsbolaget har fått de uppgifter som behövs*. I detta ligger att den försäkringssökande, 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, exempelvis yrke, fritidssysselsättningar och bostadsort, och även underkasta sig de medicinska undersökningar som försäkringsbolaget begär. Skulle den som söker underlåta att svara på försäkringsbolagets frågor, får bolaget avslå ansökan, förutsatt att fråg-

orna avser sådana förhållanden som kan ha betydelse för bedömningen av ansökan. Detsamma gäller om den som ska försäkras inte inställer sig till en läkarundersökning när bolaget har bedömt att en sådan behövs. Försäkringsbolaget får samtidigt bara ställa upp krav av detta slag som är försäkringstekniskt motiverade, och kraven inte får inte vara mer långtgående än de som bolaget brukar ställa 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 (se prop. 2003/04:150 s. 498).

3.3.7 Hälsotillståndet vid tiden för ansökan är avgörande

Andra och tredje meningarna i 11 kap. 1 § första stycket FAL slår fast principen att det är *hälsotillståndet vid tiden för ansökan* som i princip är den avgörande för riskbedömningen – inte bara i frågan om försäkringen ska beviljas utan också beträffande premien och andra villkor. Den avgörande tidpunkten är när ansökan avsändes eller lämnades till försäkringsbolaget. Att riskbedömningen ska utgå från förhållandena vid tiden för ansökan betyder inte att försäkringsbolaget är förhindrat att begära kompletterande uppgifter om den försäkringssökandes hälsotillstånd efter denna tidpunkt och sedan ta hänsyn till vad som därigenom kommer fram om hälsotillståndet vid *ansökningstidpunkten*. Om hälsan försämras efter att ansökan har getts in, medan bolaget väntar på kompletterande hälsouppgifter, ska det däremot inte spela någon roll för bolagets prövning – inte ens om försäkringsfall inträffar under den tiden. Som framgår av 11 kap. 2 § FAL inträder ansvaret som huvudregel innan bolaget kan ta ställning till försäkringen, men ansvaret är villkorat av att försäkringstagaren visar sig ha rätt till begärd försäkring (se prop. 2003/04:150 s. 501).⁵

Förbudet mot att beakta omständigheter som inträffar efter ansökan gäller bara förändringar av risken som hänger samman med hälsotillståndet. Om den försäkringssökande till exempel har övergått till ett farligare yrke än vid tiden för ansökan, kan detta beaktas av försäkringsbolaget vid bedömningen av den risk som är förknippad med att bevilja en försäkring (se prop. 2003/04:150 s. 501).

⁵ Se även Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 425.

3.3.8 Rätten att förnya en försäkring

Bestämmelserna i 11 kap. 3 och 4 §§ FAL behandlar uppsägning och förnyelse av personförsäkring.

Försäkringstagaren har en oinskränkt rätt att när som helst säga upp en tidsbegränsad personförsäkring till upphörande (11 kap. 3 § första stycket). Försäkringsbolaget får däremot säga upp en tidsbegränsad personförsäkring först till försäkringstidens utgång (om det inte förekommer något avtalsbrott från försäkringstagarens sida) (11 kap. 3 § andra stycket).

Försäkringsbolagets rätt till uppsägning av en tidsbegränsad försäkring är inskränkt genom att försäkringstagaren har en principiell rätt att få försäkringen förnyad efter försäkringstidens utgång, om inte det finns *särskilda skäl* för bolaget att vägra förnyelse med hänsyn till sådana omständigheter som anges i 11 kap. 1 § FAL (11 kap. 3 § andra stycket). Försäkringsbolaget har samtidigt i den situationen rätt att begära nya upplysningar av försäkringstagaren (se 12 kap. 1 § FAL), exempelvis om hälsoförändringar eller om förändrade inkomstförhållanden (något som kan bli aktuellt särskilt vid sjukförsäkring). När det gäller den försäkrades hälsotillstånd är den tidpunkt när begäran om förnyelse framställdes avgörande för rätten till förnyelse. Har risken för försäkringsfall ökat av någon orsak sedan det ursprungliga avtalet slöts, kan försäkringstagaren inte fordra att premien och villkoren ska bli oförändrade.

Om ingen av parterna säger upp personförsäkringen, förlängs den automatiskt (11 kap. 4 §). Försäkringen förnyas på ett år, om inte annat har avtalats. Om parterna från början har avtalat att någon förnyelse inte ska ske, gäller detta. Om försäkringen förlängs får de individuella försäkringsvillkoren bara ändras i den utsträckning som är tillåten enligt 11 kap. 1 §. Det innebär att premie och andra villkor kan anpassas efter den försäkrades aktuella hälsotillstånd eller ändras så att de stämmer med vad som normalt gäller vid försäkring av den aktuella typen. Däremot får bolaget inte avvika från normalvillkoren utan att det finns sådana särskilda skäl som anges i 11 kap. 1 § (prop. 2003/04:150 s. 506).

3.3.9 Beslut att neka personförsäkring ska vara motiverade och kan prövas av domstol

Av 16 kap. 7 § FAL följer att om någon har nekats att teckna eller förnya en personförsäkring, har sökanden rätt att få försäkringsbolagets beslut prövat av domstol. Av bestämmelsens andra stycke får också anses följa att ett beslut att neka någon en sökt personförsäkring, eller neka någon att förnya en redan tecknad personförsäkring, ska vara motiverat.⁶ Den frist inom vilken den försäkringssökande ska väcka talan i domstol om denne vill ha beslutet prövat, börjar åtminstone inte löpa förrän försäkringsbolaget har avsänt ett skriftligt meddelande om sitt beslut, inklusive skälen för detta och uppgift om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat.

3.4 Möjligheter till prövning

3.4.1 Rätten till domstolsprövning

Den som har nekats att teckna eller förnya en personförsäkring, har alltså, enligt 16 kap. 7 § FAL, rätt att få försäkringsbolagets beslut prövat av domstol. Möjligheten för sökanden att vända sig till domstol står öppen såväl när försäkring har nekats helt, som när försäkringsbolaget visserligen har beviljat en försäkring, men med villkor som avviker från de normala.⁷

Av 16 kap. 7 § andra stycket framgår att en talan om rätten till en personförsäkring ska väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget till sökanden har *avsänt* meddelande om beslutet, uppgift om skälen för detta och upplysning om vad denne ska göra för att få beslutet prövat. Om talan inte väcks inom den tid som anges i paragrafen, är rätten att föra talan mot beslutet förlorad.

Om domstolen kommer fram till att försäkring vägrats i strid med kontraheringsplikten, får domstolen enligt 16 kap. 7 § tredje stycket bestämma att försäkringstiden ska räknas från den tidpunkt som skulle ha gällt om försäkringsbolaget hade bifallit ansökan.

⁶ Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 427 och 433.

⁷ Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 521 och *Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, 2009, *Personförsäkring och kontraheringsplikten*, Eva Lindell-Frantz, s. 95.

Talan om rätten att teckna en personförsäkring kan föras av den enskilde försäkrings sökanden för egen räkning, och handläggs då av allmän domstol enligt rättegångsbalkens regler för rättegång i tvistemål.

Ett annat alternativ är att konsumenten tar initiativ till en grupp-talan enligt lagen (2002:599) om grupprättegång, förutsatt att kontraheringsproblemet delas av andra. Det kan vara fallet om försäkringsbolagets avslagsbeslut exempelvis grundas på den bedömningen att en viss kategori av funktionsnedsatta är helt oförsäkringsbar. En sådan talan får väckas av den enskilde konsumenten som företrädare för gruppen. Den kan också väckas av exempelvis en handikapporganisation eller av Konsumentombudsmannen.

Att föra talan i domstol innebär att den försäkrings sökande ut-sätter sig för risken att bli skyldig att betala försäkringsbolagets rättegångskostnader, om målet utfaller till bolagets fördel. Om den som har ansökt om en personförsäkring har en försäkring med rättsskyddsmoment – något som är vanligt i hemförsäkringen och villaförsäkringen – kan detta tas i anspråk för att finansiera en rättegång (se prop. 2003/04:150 s. 247). Hemförsäkringen är samtidigt i regel förknippad med en självrisk på omkring 20 procent, och dessutom finns det normalt ett tak för den ersättning som kan utgå (för närvarande ofta cirka 100 000–250 000 kronor).⁸ Den som saknar en hem- eller villaförsäkring kan eventuellt ha möjlighet att betala rättegångskostnaderna genom den statliga rättshjälpen enligt rätts-hjälpslagen (1996:1619). En förutsättning är i princip att personen inte har en årsinkomst som överstiger 260 000 kronor.

Kontraheringsplikten vid personförsäkring har hittills inte har prövats någon gång i domstol.⁹

⁸ Konsumenternas försäkringsbyrås webbplats 2015-09-03.
www.konsumenternas.se/forsakring/olika-forsakringar/om-hemforsakringar/jamfor-hemforsakringar

⁹ Men ett mål rörande kontraheringsplikten är för närvarande under handläggning vid Stockholms tingsrätt.

3.4.2 KO kan biträda konsumenter i domstol

En annan möjlighet till prövning, är att den som har vägrats en personförsäkring ansöker om att Konsumentombudsmannen (KO) ska biträda honom eller henne som ombud vid allmän domstol med stöd av lag (2011:1211) om Konsumentombudsmannens medverkan i vissa tvister, s.k. KO-biträde. Lagen innehåller bestämmelser om rättegångskostnader som innebär att förfarandet vid domstolen i stort sett blir kostnadsfritt för konsumenten. En förutsättning för KO-biträde är att det handlar om en principiellt viktig rättsfråga som berör många konsumenter.

Fram till 2011 hade inget KO-biträde beviljats med anledning av att en konsument nekats teckna försäkring, men i december 2011 åtog sig KO att företräda ett ettårigt barn mot ett stort försäkringsbolag. Ärendet handlade om att föräldrarna nekats att teckna barnförsäkring på grund av att barnet hade fötts tre månader för tidigt och hade en låg födelsevikt. KO bedömde att försäkringsbolaget hade avslagit försäkringsansökan utan att ha gjort en individuell prövning av flickans hälsotillstånd och att bolaget därmed inte hade levt upp till kontraheringsplikten enligt FAL. Efter ansökan om stämning medgav försäkringsbolaget KO:s yrkanden om att barnet i fråga hade rätt att teckna försäkring hos bolaget. Tingsrätten fastställde KO:s yrkande i en dom. Det blev därmed aldrig fråga om någon rättslig prövning. Något annat fall där KO har biträtt en konsument i fråga om kontraheringsplikten har inte förekommit.

KO kan, som redan har nämnts, också hjälpa en grupp konsumenter som har en tvist med en näringsidkare. KO företräder då en hel grupp av konsumenter vid domstol enligt särskilda bestämmelser i lagen (2002:599) om grupprättegång.

För att KO ska kunna biträda en grupp konsumenter i en grupp-talan måste följande förutsättningar uppfyllas.

- Att tvisten har ett stort allmänt konsumentintresse, till exempel att tvisten är av stort intresse för hur lagen tillämpas,
- att tvisten berör ett stort antal konsumenter,
- att alla gruppmedlemmar har gemensamma eller liknande omständigheter,

- att grunderna för de anspråk som görs inte skiljer sig för mycket åt, och
- att grupprättegång är det bästa alternativet för att lösa tvisten.

När KO biträder en grupp konsumenter i en tvist står staten för konsumenternas rättegångskostnader.

3.4.3 DO kan driva ärenden i domstol eller mot förlikning

Enligt diskrimineringslagen (2008:567) är det förbjudet att missgynna någon på grund av bl.a. funktionsnedsättning, genom att behandla personen sämre än någon annan skulle ha behandlats i en jämförbar situation. Diskrimineringsmannen (DO) har till uppgift att utöva tillsyn över lagens efterlevnad och arbeta för att hjälpa den som utsatts för diskriminering att ta tillvara sina rättigheter.¹⁰ DO har rätt att väcka talan i mål om diskriminering. I vissa fall, då rättsläget bedöms som klart, ska DO i stället driva ärenden mot förlikning mellan anmälaren och den anmälda parten (se prop. 2007/08:95 s. 544).¹¹

Under senare år har DO fört talan i ett antal ärenden där personer med funktionsnedsättning har nekats försäkring. Det finns exempel i domstolspraxis när diskriminering har ansetts föreligga på grund av att en försäkringsansökan har avslagits utan att det har gjorts en individuell bedömning av ansökan, och detta oavsett om en sådan bedömning skulle ha resulterat i att en försäkring meddelades eller inte (RH 2014:9).

Om en funktionsnedsatt person anser sig vara utsatt för diskriminering genom att ha vägrats försäkring, har denne en möjlighet att välja mellan att driva frågan om kontraheringsplikt enligt 11 kap. 1 § FAL i domstol, eller vända sig till DO och ansöka om att DO, för hans eller hennes räkning, ska driva saken utifrån diskrimineringslagstiftningen. Till skillnad från vad som är fallet om den som ska försäkras skulle vinna framgång med en talan grundad på kontraheringsplikten enligt FAL, är rättsföljden enligt diskrimineringslagstiftningen inte att domstolen kan tvinga fram ett avtal (jfr 16 kap.

¹⁰ 1 och 2 §§ lag (2008:568) om Diskrimineringsombudsmannen.

¹¹ Se även DO:s webbplats 2014-12-18.

7 § FAL). I stället kan domstolen bestämma att den skadelidande har rätt till diskrimineringsersättning (5 kap. 1 § diskrimineringslagen). Diskrimineringsersättningen är en särskild påföljd vid överträdelse av diskrimineringslagen och utgör ersättning för den kränkning som överträdelsen innebär, samtidigt som den ska avskräcka från fortsatt diskriminering.¹² Om försäkringsbolaget har beviljat en försäkring som innefattar villkor som anses vara diskriminerande, kan dessa däremot ogiltigförklaras eller jämkas (5 kap. 3 § diskrimineringslagen).

DO utreder och driver främst ärenden som myndigheten bedömer kan ge ett stort genomslag och påverka samhällsutvecklingen och främja lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering.¹³

Diskrimineringslagstiftningen behandlar vi närmare i kapitel 8.

3.4.4 Personförsäkringsnämnden och Allmänna reklamationsnämnden prövar inte tvister rörande kontraheringsplikten

Två tvistlösningsorgan utanför domstol som prövar vissa tvister om personförsäkringar mellan konsumenter och försäkringsbolag är Personförsäkringsnämnden och Allmänna reklamationsnämnden.

Personförsäkringsnämnden är en prövningsnämnd som drivs av försäkringsbolagens branschorganisation, Svensk Försäkring. Nämnden prövar ärenden som rör liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring och som kräver medicinska bedömningar. Nämnden prövar däremot inte frågor om rätt till personförsäkring enligt 11 kap. 1 § FAL eller rätt till förnyelse av personförsäkring enligt 11 kap. 3 eller 4 §§ FAL.¹⁴

Allmänna reklamationsnämnden är en statlig förvaltningsmyndighet som enligt sin instruktion har i huvudsakligt uppdrag att på begäran av konsumenter pröva tvister mellan konsumenter och näringsidkare och rekommendera en lösning av tvisten. Nämnden ger alltså en rekommendation till parterna att lösa tvisten på ett visst sätt. Parterna är inte bundna av nämndens avgörande.

¹² Se prop. 2007/08:95 s. 386 ff. och Ds 2007:10 s. 14.

¹³ DO:s webbplats 2014-12-18.

¹⁴ Stadgar för Personförsäkringsnämnden, 3 §.

Allmänna reklamationsnämnden prövar avtalsrättsliga tvister mellan konsumenter och näringsidkare.¹⁵ Eftersom en tvist angående rätten till en personförsäkring rör situationen innan något avtal träffas, omfattas inte sådana tvister av nämndens kompetensområde.

¹⁵ Se 3 § 1 förordning (2015:739) med instruktion för Allmänna reklamationsnämnden.

4 Allmänt om försäkringsavtalet

4.1 Inledning

Det här avsnittet innehåller en allmän beskrivning av de grundläggande förutsättningarna för avtal om försäkring, och de särdrag som finns hos denna avtalstyp.¹

Utöver de allmänna drag som är gemensamma för alla typer av försäkringsavtal, finns det förhållanden som är specifika för olika försäkringstyper. Här berörs bara sådana förhållanden som har betydelse för avtal om individuella personförsäkringar. Förhållanden som är specifika för andra typer av försäkringsavtal, exempelvis avtal om företagsförsäkring och konsumentförsäkring, eller olika typer av gruppförsäkringar, berörs inte alls.

4.2 Försäkringsavtalets ingående

En privat försäkring uppkommer genom ett avtal mellan två parter – försäkringsgivaren och försäkringstagaren. Det är även vanligt att försäkringstagaren ingår avtalet för någon annans räkning, exempelvis när föräldrar tecknar en försäkring till förmån för sina barn. Avtalsrätten bygger på principerna om rätten för var och en att fritt ingå avtal och förpliktelsen för avtalsparterna att infria avtalet. En grundläggande princip är att parterna själva ska kunna bestämma om de över huvud taget vill avtala, med vem avtalet ska ingås och om innehållet. FAL:s bestämmelser om kontraheringsplikt för personförsäkring, utgör ett undantag från denna grundprincip.

Något formkrav gäller inte för försäkringsavtal, men försäkringsbolaget ska enligt FAL lämna en skriftlig bekräftelse. Det görs

¹ Framställningen i detta kapitel är till stor del hämtad ur Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 15 ff.

genom att försäkringsbolaget utfärdar ett försäkringsbrev eller någon annan skriftlig handling, som innehåller villkoren för avtalet. Men detta kan även slutas exempelvis muntligen per telefon.

I grunden är det allmänna avtalsrättsliga principer som styr försäkringsavtalets ingående. Allmänna bestämmelser om ingående av avtal och avtals ogiltighet finns i lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område (avtalslagen). Bindande avtal föreligger, när antagande svar avgetts på motpartens anbud och denne tagit del av accepten. I försäkringssammanhang betraktas ansökan om försäkring normalt som ett anbud i avtalslagens mening – den presumtive försäkringstagaren fyller i och undertecknar försäkringsgivarens avtalsförslag. Ofta består accepten i att bolaget sänder ett försäkringsbrev till försäkringstagaren med anledning av hans begäran om försäkring. Ibland består försäkringsbolagets accept bara av ett skriftligt besked till den ansökande om att den sökta försäkringen gäller för honom eller henne enligt bolagets allmänna villkor. Om ingenting annat sagts, får man då i allmänhet anta att försäkringstagaren avsett att ingå avtal på sedvanliga försäkringsvillkor och med den premie bolaget brukar tillämpa.²

Om försäkringsbolaget inte bemöter en ansökan om försäkring med att bevilja en försäkring enligt de villkor som normalt gäller för försäkringen, utan i stället erbjuder en försäkring till andra villkor (exempelvis med någon särskild undantagsklausul, eller mot en högre premie normalt), utgör försäkringsbolagets svar en s.k. oren accept, dvs. ett avslag i kombination med ett nytt anbud. Om den ansökande godtar att teckna försäkringen på de villkor som försäkringsbolaget erbjudit kommer ett avtal på dessa villkor därmed till stånd.

I 11 kap. 2 § andra stycket FAL finns för personförsäkringar en tvingande regel om när försäkringsbolagets ansvar enligt ett ingånget försäkringsavtal börjar gälla. Enligt bestämmelsens huvudregel inträder det dagen efter den dag då försäkringstagaren ansökte om försäkringen eller antog anbud från bolaget, alltså kl. 0.00 dagen därpå. Ansvar för försäkringsbolaget förutsätter naturligtvis att bindande avtal alls kommer till på grund av ansökan. Om det finns försäkringsvillkor för försäkringsbolaget att avslå ansökan enligt

² Bertil Bengtsson, *Försäkringsrätt, Några huvudlinjer*, upplaga 8, 2012, s. 34.

11 kap. 1 § FAL, inträder inget ansvar. Av 11 kap. 2 § FAL följer vidare vissa undantag från den angivna huvudregeln om den avgörande tidpunkten för försäkringsbolagets ansvar. För det första börjar ansvaret gälla senare, om den försäkrade begär det. Vidare kan försäkringsbolaget förse avtalet med en s.k. kontantklausul, som innebär att försäkringen börjar gälla först när premien betalats. Slutligen kan bolaget göra förbehåll för att återförsäkring först ska börja gälla, något som är tänkbart vid stora riskåtaganden.

4.3 Parternas ansvar

I stora drag innebär försäkringsavtalet att åtar sig ett visst ansvar mot betalning i form av en försäkringspremie. Ansvaret som bolaget åtar sig innebär att bolaget ska ersätta en inträffad skada eller betala ut ett visst belopp som har bestämts på förhand, om en händelse av visst slag inträffar. Ett karakteristiskt drag för försäkringsavtalet är alltså att försäkringsbolaget till en början inte behöver göra någonting för att uppfylla avtalet, mer än att vara berett att betala i händelse av ett försäkringsfall. Försäkringsavtalet är vad man kallar ett varaktigt avtal, i motsats till exempelvis köp. Det fullgörs inte på en gång utan gäller under viss tid – normalt bestämd i avtalet. Sedan kan avtalet förnyas.

Försäkringstagarens syfte med avtalet är framför allt att få trygghet mot vissa ofördelaktiga händelser – exempelvis framtida skador, dödsfall eller försörjningssvårigheter. Mot detta intresse står försäkringsbolagets intresse att driva en ekonomiskt försvarlig, helst vinstgivande rörelse.

Försäkringsavtalet innebär alltså att bolaget åtar sig ett ansvar utan att säkert veta vad det kommer att innebära – det är ovisst om försäkringsfallet alls kommer att inträffa (exempelvis vid sjukförsäkring) eller i vart fall när det inträffar (exempelvis vid livförsäkring). Denna ovisshet är i princip ett nödvändigt inslag i försäkringsavtalet. Det är meningslöst att försäkra sig mot händelser som med säkerhet kan förutses, eftersom premien då blir så hög att det är billigare för försäkringstagaren att själv sätta av ett motsvarande belopp och slippa betala försäkringsbolagets administration.

Även för försäkringstagaren innebär försäkringsavtalet ett moment av ovisshet, eftersom försäkringstagaren bara med viss sannolikhet

kan veta vad försäkringsbolagets åtagande egentligen är värt och vad som därför är en rimlig premie. För försäkringsbolagen är ovissheten i detta avseende mindre, eftersom bolagen har särskilda möjligheter att med hjälp av statistiskt material och speciell sakkunskap räkna ut denna sannolikhet – alltså riskens storlek – när premien ska bestämmas. Försäkringstekniken har på så sätt avgörande betydelse för bolagens möjlighet att bedriva sin verksamhet.

För sina riskkalkyler behöver försäkringsbolaget i regel vissa uppgifter från försäkringstagaren om de förhållanden som försäkringen avser. Många gånger är detta det enda praktiska sättet att ta reda på riskens omfattning. Vid ansökan om en personförsäkring, exempelvis en sjukförsäkring, får därför den som ansöker om försäkring en rad frågor om sitt hälsotillstånd. Försäkringsbolaget är i det läget beroende av att den som ansöker om en försäkring lämnar fullständiga och korrekta uppgifter. En viktig förpliktelse för denne är därför den s.k. upplysningsplikten. Upplysningsplikten är tvingande och följer av 12 kap. 1–4 §§ FAL. Kort sagt innebär den att sökanden på ett riktigt sätt måste besvara försäkringsbolagets frågor. Till detta hör bland annat att lämna korrekta uppgifter om sitt hälsotillstånd vid ansökan om en personförsäkring. Har den försäkrade lämnat felaktiga uppgifter uppsåtligt, eller av oaktsamhet som inte är ringa, kan denne helt eller delvis fränkännas rätten till försäkringsersättning. Detta gäller om försäkringsbolaget kan visa att bolaget inte hade meddelat den aktuella försäkringen om korrekta uppgifter hade lämnats. Skyldigheten att lämna uppgifter till försäkringsbolaget är särskilt viktig vid ansökningstillfället, men även vid ändringar i risken under avtalstiden eller vid inträffat försäkringsfall, i samband med försäkringsbolagets skadereglering.

4.4 Bristande jämvikt i avtalsförhållandet

Något annat som utmärker försäkringsavtalet är den bristande jämvikten i avtalsförhållandet. Typiskt sett är försäkringsbolaget i ett ekonomiskt överläge i förhållande till försäkringstagaren. Detta är i och för sig inte så anmärkningsvärt, och en liknande ojämnhet förekommer i många andra avtalsförhållanden. Av större betydelse är att försäkringsbolaget, som nämnts, nästan alltid har överlägsen sakkunskap när det gäller komplicerade förhållanden som att bedöma

om priset för försäkringen är rimligt och vad försäkringsskyddet i själva verket innebär. Eftersom försäkringstagaren normalt saknar den expertis och erfarenhet som det krävs för att bedöma sådana förhållanden, har lagstiftaren på olika sätt velat stärka försäkringstagarens ställning.

En metod för att ge försäkringstagaren en starkare ställning är att införa *tvingande regler*, som inte försäkringsbolaget kan avvika från genom villkoren. Metoden används i viss utsträckning i FAL beträffande parternas allmänna förpliktelser enligt avtalet. FAL innehåller bl.a. tvingande bestämmelser som syftar till att avhjälpa försäkringstagarnas bristande kunskap, framför allt genom att föreskriva en informationsskyldighet på försäkringsbolages sida.³ Försäkringsbolaget ska före avtalet och under avtalstiden lämna uppgifter i olika avseenden rörande försäkringen, framför allt om försäkringsskyddets närmare omfattning och innebörden i övrigt av olika villkor. Meningen är att försäkringstagaren genom att jämföra olika produkter ska kunna hitta den för sina ändamål bästa försäkringen. Det finns även en viss myndighetskontroll, särskilt genom Konsumentverkets granskning av villkoren i konsumentförsäkring. Vidare är kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL ett exempel på tvingande lagstiftning som syftar till att stärka konsumentens ställning i förhållande till bolaget.

Lagstiftaren har däremot valt att inte införa tvingande reglering när det gäller hur försäkringsbolagen utformar själva försäkringsprodukterna. Lagstiftningen utgår i stället i stor utsträckning från en s.k. *produktfrihetsprincip*, som innebär att försäkringsbolagen i princip ska ha frihet att försäkra de risker som de anser lämpligt och göra de undantag som framstår som lämpliga från försäkringstekniska och andra synpunkter.

Samtidigt som försäkringsbolaget har överlägsen sakkunskap i försäkringsfrågor, är bolaget på flera sätt beroende av försäkringstagarens hederlighet och goda vilja. Som redan har angetts, saknar bolaget ofta praktiska möjligheter att bedöma risken utan att fråga försäkringstagaren om olika förhållanden exempelvis, när det gäller personförsäkring, om dennes hälsotillstånd och levnadsförhållanden. När sedan en anmälan kommer om ett försäkringsfall är det

³ Bestämmelserna om informationsskyldighet för försäkringsbolagen gentemot försäkringstagarna är delvis en följd av att sådana krav framgår av flera EU-rättsakter.

normalt den försäkrade som vet bäst hur det inträffat och om en händelse verkligen faller under försäkringsskyddet. Uppgifter som lämnas av försäkringstagaren kan inte alltid kontrolleras av försäkringsbolaget. Sedan gammalt har man mot den bakgrunden betonat det särskilda *förtroendeförhållandet* mellan parterna, som innebär att stränga krav ställs på försäkringstagarens hederlighet. Detta tar sig exempelvis uttryck genom de nämnda bestämmelserna i FAL om försäkringstagarens upplysningsplikt.

4.5 Försäkringens omfattning

Det normala innehållet i en specifik försäkring framgår av de *allmänna försäkringsvillkor* som gäller för försäkringen i fråga. De allmänna försäkringsvillkoren anger ramarna för försäkringen, bl.a. genom bestämmelser om vilket ansvar som försäkringsbolaget respektive den försäkrade har och när försäkringen börjar gälla, samt bestämmelser som närmare anger försäkringens omfattning.

Vilka sjukdomar, tillstånd och besvär (nedan gemensamt kallat *sjukdomar*) som omfattas av försäkringen kan anges på olika sätt. Vanligt är att villkoren räknar upp vissa specifika sjukdomar som inte ersätts, eller bara ersätts i begränsad mån, av försäkringen. I vissa fall anger de allmänna villkoren i stället genom en uttömmande uppräkningslista vilka sjukdomar som försäkringen gäller för. Det är också vanligt förekommande att de allmänna villkoren dessutom innehåller generella bestämmelser om att försäkringen inte ersätter sjukdom, eller följer av sådan sjukdom, som fanns när försäkringen tecknades (s.k. symtomklausuler).

Om försäkringsbolaget beviljar en försäkring till normala villkor är det alltså de allmänna försäkringsvillkoren som bestämmer försäkringens omfattning.

I de fall det vid ansökan kommer fram att den försäkringssökande har särskilda hälsobesvär kan försäkringsbolaget, efter genomförd riskbedömning, vilja göra vissa undantag från det normala försäkringsskyddet i avtalet med den enskilde försäkringssökande, alltså i de *individuella försäkringsvillkoren*. Som redan har nämnts ovan, utgör försäkringsbolagets svar på ansökan i den situationen ett avslag i kombination med ett nytt anbud till den försäkringssökande. Om den sökande godtar att teckna försäkringen på de

villkor som försäkringsbolaget erbjudit kommer ett avtal på dessa villkor därmed till stånd. Försäkringens omfattning kommer då framgå av de allmänna försäkringsvillkoren, men med de särskilda begränsningar som gäller enligt de individuella villkoren.

Även premien som betalas för försäkringen är en del av försäkringsvillkoren. Den normala premien för försäkringen brukar inte framgå i de allmänna försäkringsvillkoren, utan i stället genom försäkringsbolagets marknadsföring och förköpsinformation. Om försäkringsbolaget inte kan bevilja en försäkring till den premie som vanligtvis tillämpas, innebär alltså detta en avvikelse från försäkringens normala villkor.

Försäkringens normala omfattning, dvs. själva försäkringsprodukten, regleras bara i liten utsträckning i FAL. Som redan har framgått, bygger såväl FAL som gällande försäkringsrörelselagstiftning i stället på den s.k. produktfrihetsprincipen, dvs. att försäkringsbolagen ska ha frihet att täcka de risker som framstår som lämpliga från försäkringstekniska eller andra synpunkter. Ett undantag från produktfrihetsprincipen är bestämmelsen 12 kap. 5 § FAL om s.k. symtomklausuler och andra liknande villkor. Den bestämmelsen reglerar sådana undantag från en försäkring som innebär att försäkringsbolaget inte tar ansvar för följderna av sjukdomar som den försäkrade hade redan när försäkringen tecknades. Vi kommer att behandla den bestämmelsen och förhållandet till kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL i kapitel 13 nedan.

4.6 Påföljder vid kontraktsbrott

Ett annat särdrag för försäkringsavtalet är de påföljder som inträder när parterna inte fullgör sina skyldigheter enligt avtalet. Försäkringsavtalets egenskaper innebär att det förekommer påföljder i försäkringssammanhang som i stort sett inte används vid andra avtalstyper, medan de vanliga sanktionerna mot kontraktsbrott har en begränsad betydelse.

När det gäller *försäkringstagarens* kontraktsbrott kan, liksom i andra kontraktsförhållanden, motparten, dvs. försäkringsbolaget, häva avtalet, eller snarare säga upp det i förtid med visst varsel. En förutsättning för detta är att kontraktsbrottet är väsentligt. De närmare förutsättningarna för försäkringsbolagets möjlighet att säga

upp försäkringsavtalet i förtid regleras i FAL. En sådan uppsägningsrätt har försäkringsbolaget framför allt vid dröjsmål med premien – alltså vid brott mot försäkringstagarens centrala förpliktelse enligt avtalet – och vid allvarliga kontraktsbrott av annat slag, exempelvis medvetet felaktiga uppgifter om den försäkrade risken (se t.ex. 12 kap. 3 § och 13 kap. 2 § FAL). En uppsägning innebär här, liksom vid andra varaktiga avtal, inte att avtalet blir överksamt från början, det upphör bara för den resterande delen av försäkringstiden. Försäkringstagaren kan ändå ha ett starkt intresse av att inte försäkringen upphör i förtid, framför allt när han eller hon har svårt att få ny försäkring på samma villkor (exempelvis vid liv- eller sjukförsäkring när hälsan försämrats under försäkringstiden). Genom en tvingande reglering skyddas därför privatpersoner från att påföljden drabbar alltför hårt, bl.a. genom den möjlighet att återuppliva avtalet som förekommer vid dröjsmål att betala premien vid personförsäkring (13 kap. 3 § FAL).

En sanktion som är viktig vid försäkringstagarens brott mot försäkringsavtalet är att avtalet i och för sig fortsätter att bestå, trots kontraktsbrottet, men att det försäkringsskydd som enligt avtalet skulle gälla vid försäkringsfall sänks eller uteblir helt. Den påföljden blir aktuell främst vid sådana kontraktsbrott som innebär att försäkringsbolaget har ingått avtalet under felaktiga förutsättningar. Framför allt gäller detta brott mot upplysningsplikten från försäkringstagarens sida i samband med tecknande av försäkringsavtalet. I sådant fall kommer den premie som försäkringsbolaget begärt inte att stå i proportion till bolagets förpliktelser, antingen genom att premien satts för lågt eller att bolaget låtit bli att i villkoren undanta risker som annars av ekonomiska skäl skulle ha fallit utanför försäkringen. Det naturliga från försäkringsbolagets synpunkt blir i detta läge normalt att anpassa ansvaret efter den premie som tagits ut, i vart fall om försäkringstagaren har gjort sig skyldig till oaktsamhet. Föreligger uppsåt hos försäkringstagaren kan avtalslagens regler om ogiltighet på grund av svek eller ohederligt förfarande bli aktuella (30 och 33 §§). Påföljder med dessa konstruktioner förekommer vid personförsäkring (se 12 kap. 2–4 §§ FAL).

Vid andra kontraktsbrott, som hänger samman med försäkringsfallet, kan försäkringsbolaget gå helt fritt från ansvar eller ersättningen reduceras efter skälighet, utan att man särskilt tar sikte på försäkringsbolagets förutsättningar för avtalet. Så är exempelvis

fallet när den försäkrade har framkallat detta uppsåtliga eller oaktamt eller brutit mot en uttrycklig säkerhetsföreskrift som följer av försäkringsavtalet. Det avgörande är graden av skuld på den försäkrades sida och om ett orsakssamband förekommit med försäkringsfallet. Oriktiga uppgifter från den försäkrade vid skaderegleringen kan också leda till att den ersättning som försäkringstagaren annars varit berättigad till reduceras efter skälighet (se för personförsäkringar 16 kap. 3 och 4 §§ FAL).

Skadestånd, som annars är en vanlig påföljd vid kontraktsbrott, saknar i princip praktisk betydelse när den försäkrade brutit mot sina förpliktelser enligt försäkringsavtalet. En anledning till detta är att försäkringsbolagets skada kan vara svår att beräkna i sådana fall, men viktigare är att reduktionen av ersättningen har ansetts vara ett effektivare sätt att få försäkringstagaren att fullgöra sina skyldigheter. Skadestånd kan däremot komma i fråga vid försäkringsbedrägerier eller bedrägeriförsök som medför extra utredningskostnader för försäkringsbolaget (jfr NJA 1994 s. 709).

Försäkringsbolaget har som framgått inte så många skyldigheter innan försäkringsfallet inträffar. Framför allt blir det fråga om information. Om bolaget försummar sin informationsplikt, har försäkringstagaren mindre intresse av att kunna häva avtalet, eftersom han då åtminstone temporärt kan stå utan försäkringsskydd. Viktigare är att om försäkringsbolaget inte har upplyst om en väsentlig lucka i försäkringsskyddet eller något annat viktigt villkor, kan avtalet korrigeras så att försäkringstagaren ändå får det skydd som denne haft anledning att hoppas på (se för personförsäkringar 10 kap. 9 § FAL).

4.7 Sammanfattning

Försäkringsavtalet uppvisar en hel del särdrag jämfört med andra avtalsförhållanden. När det gäller avtalets ingående, blir visserligen allmänna regler tillämpliga, förutom när det gäller kontraheringsplikten vid konsument- och personförsäkring. I övrigt kommer man däremot inte långt med att hänvisa till allmänna kontraktsrättsliga principer. FAL är konstruerad med beaktande av å ena sidan försäkringstagarens särskilda behov av trygghet, och å andra sidan att försäkringsbolaget ingår avtal under vissa försäkrings-

tekniska förutsättningar rörande risken som, om de slår fel, ibland kan innebära betydande ekonomiska konsekvenser.

Lagstiftningen bygger vidare på principerna att försäkringsbolagen ska ha frihet att täcka vilka risker de vill och göra de undantag som framstår som försäkringstekniskt och ekonomiskt lämpliga. Omfattningen av försäkringen, dvs. själva försäkringsprodukten, regleras därför bara i liten utsträckning i FAL.

5 Förutsättningarna för försäkringsbolagens verksamhet

5.1 Inledning

På försäkringsområdet förekommer två olika typer av lagstiftning – den civilrättsliga, som handlar om avtalet mellan försäkringsbolaget¹ och försäkringstagaren, och den (närmast) offentligrättsliga, som reglerar förutsättningarna för försäkringsbolagens verksamhet.

Den civilrättsliga lagstiftningen återfinns huvudsakligen i FAL, medan lagstiftning som reglerar förutsättningarna för att driva försäkringsverksamhet främst finns i försäkringsrörelselagen (2010:2043) (FRL).

Det här avsnittet innehåller en översiktlig redogörelse för innebörden av gällande försäkringsrörelselagstiftning och en allmän beskrivning av de företagsformer som förekommer på den svenska försäkringsmarknaden. Dessutom redovisar vi några grundläggande principer som kan sägas vara vägledande för lagstiftning, rättstillämpning och praxis på försäkringsområdet. Här berörs främst de principer som har betydelse för frågor rörande ingående av försäkringsavtal eller avtalsinnehållet. Det handlar dels om vilka förutsättningar försäkringsbolagen har att bestämma över sitt produktutbud, dels om försäkringstekniska principer som tillämpas vid premiesättning och bestämning av försäkringsvillkor. Principer och överväganden som aktualiseras främst vid skadereglering efter inträffade försäkringsfall lämnas utanför den här framställningen.

¹ I FRL används samlingsbegreppet "försäkringsföretag" för de företag som bedriver försäkringsrörelse enligt den lagen. Här används det språkligt enklare begreppet "försäkringsbolag".

5.2 Försäkringsrörelselagstiftningen

Försäkringsrörelselagstiftningen rör bedrivande av försäkringsrörelse. Nu gällande FRL trädde i kraft den 1 april 2011. Lagen har med anledning av genomförande av ny EU-lagstiftning i svensk rätt nyligen genomgått en omarbetning genom ändringar som trädde i kraft den 1 januari 2016 (se prop. 2015/16:9). De senaste ändringarna innebär bl.a. förändrade kapitalkrav för försäkringsbolagen, tydligare krav på företagsstyrning (riskhantering), förändrade regler för tillsynsprocesserna samt mer omfattande krav på försäkringsbolagens rapportering och offentliggörande av information.

I FRL finns tre huvudgrupper av regler:

- *Ekonomiska krav* (regler för beräkning av kapitalkrav och för värdering av tillgångar och skulder).
- *Kvalitetskrav* (regler om krav på effektiv företagsstyrning och riskhantering samt Finansinspektionens tillsyn).
- *Regler om öppenhet* (regler om ekonomisk rapportering till Finansinspektionen och krav på årliga offentliga rapporter om försäkringsbolagens ekonomi och verksamhet).

Fram till slutet av 1990-talet föreskrevs i försäkringsrörelselagstiftningen även en ganska långtgående kontroll över försäkringsavtalets innehåll. Försäkringsrörelselagstiftningen innehöll en s.k. skälighetsprincip, som innebar att särskilda krav ställdes vad gällde skäligheten hos premier och försäkringsvillkor. Reglerna riktade sig till tillsynsmyndigheten, Försäkringsinspektionen – senare Finansinspektionen, och till de personer som ledde försäkringsbolagen. Reglerna innebar bl.a. att premiesättning och avtalsvillkor skulle övervakas så att dessa var skäligen avvägda i förhållande till den risk som försäkringen var avsedd att täcka, nödvändiga driftskostnader samt omständigheterna i övrigt. Inspektionen hade i uppdrag att granska att dessa föreskrifter följdes, särskilt när det gällde försäkringar som tecknades av konsumenterna. I annat fall kunde inspektionen ingripa, främst med erinringar och förelägganden. Även Konsumentombudsmannen skulle granska försäkringsvillkoren i samarbete med inspektionen. Dessa regler framstod som en viss

garanti för att avtalen vilade på godtagbara försäkringstekniska synpunkter och var förenliga med hänsyn till försäkringstagarna.²

Genom lagstiftning under 1990-talet, men framför allt genom lagstiftning som trädde i kraft den 1 januari 2000, upphävdes de bestämmelser i försäkringsrörelselagstiftningen som avsåg kontroll över försäkringsavtalets innehåll. I den proposition som låg till grund för upphävandet (prop. 1998/99:87) uttalade regeringen att syftet med skälighetsprincipen, främst att säkerställa skäliga och rättvisa premier, i stället borde främjas genom regler som gav bättre förutsättningar för konkurrens samt ställde större krav på tydlig och relevant information. I stället för den tidigare skälighetsprincipen, infördes därför andra slag av rörelseregler, främst placeringsregler samt regler om god soliditet och likviditet. Även nuvarande FRL bygger på dessa principer.

I nu gällande FRL, regleras bl.a. vilka associationsformer som tillåts på försäkringsmarknaden och vilka associationsrättsliga regler som gäller för de olika formerna. FRL innehåller, nu liksom före ändringarna 2016, vidare bestämmelser om att ett försäkringsbolag måste drivas med en tillfredsställande soliditet, likviditet och kontroll över försäkringsrisker, placeringsrisker och rörelserisker. Syftet med bestämmelsen är att säkerställa att åtagandena mot exempelvis försäkringstagarna kan fullgöras (se 4 kap. 1 § FRL). Det är bl.a. denna s.k. stabilitetsprincip, som medför att försäkringsbolagen måste prissätta försäkringar på ett sådant sätt att bolagets finansiella stabilitet inte äventyras.

Försäkringsbolagens förmåga att fullgöra sina avtalsförpliktelser säkerställs alltså genom försäkringsrörelselagstiftningen, men det sker med sikte på verksamheten i stort, inte på enskilda avtal. Även om försäkringsrörelselagstiftningen i princip inte reglerar rättsförhållandet mellan försäkringsbolagen och enskilda försäkringstagare, påverkar den på det sättet försäkringstekniken, och är därför en viktig bakgrund till själva försäkringsavtalet.³

Här kan även nämnas den s.k. standardprincipen som återfinns i FRL (se 4 kap. 3 §), och som innebär att ett försäkringsbolags rörelse ska drivas enligt god försäkringsstandard. God försäkringsstandard utgörs av en kvalitativt tillfredsställande standard hos en

² Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 36.

³ Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 35.

representativ krets av försäkringsgivare. Standardprincipen reglerar försäkringbolagens handlande vid anskaffning av försäkringar och vid skaderegleringen. Ett försäkringsbolag som jämfört med den representativa kretsen sköter tecknandet av försäkringar undermåligt, inklusive riskbedömningen, kan alltså blir föremål för ingripande av Finansinspektionen.

5.3 Företagsformer på försäkringsmarknaden

Försäkringsverksamhet kan bedrivas i ett *försäkringsaktiebolag* respektive i ett *ömsesidigt försäkringsbolag* eller en *försäkringsförening*.⁴ Den associationsrättsliga regleringen för dessa företag finns genom specifik reglering i FRL, men även genom hänvisningar i FRL till regelverket för företag i allmänhet, nämligen aktiebolagslagen (2005:551) och lagen (1987:667) om ekonomiska föreningar.⁵

De olika typerna av försäkringsföretag kan alla delas in i *livförsäkringsföretag* och *skadeförsäkringsföretag* beroende på vilken slag av verksamhet som företaget bedriver. Med livförsäkringsföretag avses företag som uteslutande, eller så gott som uteslutande, bedriver en verksamhet som hänförs till livförsäkring enligt FRL. Med skadeförsäkringsföretag avses annat försäkringsföretag än livförsäkringsföretag. För livförsäkringsföretag och skadeförsäkringsföretag gäller i många delar samma rörelseregler, bl.a. när det gäller principerna för beräkning av försäkringstekniska avsättningar och kapitalkrav. Eftersom verksamheterna i liv- och skadeförsäkringsföretag i regel skiljer sig åt med hänsyn till åtagandenas karaktär, innehåller däremot FRL delvis olika bedömningstekniska regler för dessa verksamheter när det gäller exempelvis beräkning av försäkringsrisk. Liv- och skadeverksamhet får som princip inte heller

⁴ Försäkringsföreningar kan även drivas i en särskild form, s.k. understödsföreningar. Understödsföreningar har till syfte att erbjuda personförsäkring till anställda i visst eller vissa företag eller till en viss yrkesgrupp. Understödsföreningar drivs utan vinstsyfte. Understödsföreningar reglerades tidigare i lagen (1972:262) om understödsföreningar, men den lagen upphävdes genom lagen (2010:2044) om införande av försäkringsrörelselagen (2010:2043). Enligt denna framgick att understödsföreningar fick fortsätta bedriva sin verksamhet enligt LUF till utgången av 2014, eller till dess att man har fått ett lagakraftvunnet beslut om tillstånd enligt försäkringsrörelselagen. Regler har nyligen införts om förlängd övergångsperiod för understödsföreningar till utgången av 2017.

⁵ För en närmare beskrivning av huvuddragen i lagstiftningen för aktiebolag och ekonomiska föreningar i allmänhet samt försäkringsföretagsregleringen enligt FRL, se prop. 2009/10:246 *En ny försäkringsrörelselag*.

bedrivs av en och samma juridiska person, men sådana bolag kan ingå i samma företagsgrupp som ibland leds av ett gemensamt holdingföretag.

Såväl försäkringsaktiebolag som ömsesidiga försäkringsbolag och försäkringsföreningar kan alltså delas upp ytterligare i livförsäkringsaktiebolag respektive skadeförsäkringsaktiebolag, ömsesidiga livförsäkringsbolag respektive ömsesidiga skadeförsäkringsbolag samt livförsäkringsföreningar respektive skadeförsäkringsföreningar.⁶

Försäkringsaktiebolag ägs av sina aktieägare. Försäkringsaktiebolagen kan drivas antingen som vinstutdelande bolag eller enligt ömsesidiga principer, dvs. med ett förbud mot att dela ut vinst till aktieägarna (s.k. vinstutdelningsförbud). I ett försäkringsaktiebolag som drivs med vinstutdelningsförbud ska i stället allt överskott i rörelsen tillfalla försäkringstagarna. I *ömsesidiga försäkringsbolag* och *försäkringsföreningar* är försäkringstagarna både delägare och kunder och sådana bolag ska därmed drivas helt i enlighet med försäkringstagarnas intressen. I princip ska överskott i verksamheten tillfalla försäkringstagarnas som återbäring (se prop. 2009/10:246 s. 203).⁷

5.4 Grundläggande försäkringsmässiga principer

5.4.1 Ekvivalensprincipen⁸

Innebörden av ekvivalensprincipen

Någonting som är utmärkande för försäkring är att försäkringstagarens prestation – försäkringspremien – grundar sig på en beräkning av risken för skada som utförs med försäkringstekniska metoder. Innebörden av dessa metoder för premiesättning är huvudsakligen den s.k. *ekvivalensprincipen*, som innebär att försäkringspremien för varje försäkring ska motsvara värdet av det ansvar som

⁶ Se SOU 2012:64 s. 119 ff.

⁷ Denna princip modifieras till viss del av regler om garanti- och verksamhetskapital samt vinstandelslån, som kan ge tredje man tillgång till vinster i företagen, men dessa regler har i dag inte så stor praktisk betydelse.

⁸ Framställningen bygger på Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 29 ff. och Bertil Bengtsson, *Försäkringsteknik och Civilrätt*, 1998, s. 38 ff. samt artikeln *Vad är försäkring, egentligen*, av Per Johan Eckerberg, Juridisk Publikation 2/2010.

försäkringsbolaget åtar sig, eller annorlunda uttryckt – att premien ska motsvara värdet av försäkringsgivarens åtagande.

Man skiljer på den *individuella* ekvivalensprincipen, som tar sikte på varje särskild risk och den *kollektiva* princip, som avser grupper av i stort sett likartade risker. Frånsett individuell livförsäkring, och vissa skraddarsydda företagsförsäkringar, är det främst den kollektiva ekvivalensprincipen som blir aktuell. Tanken är alltså att en jämvikt ska råda mellan försäkringsbolagets och den försäkrades prestationer. En avgörande faktor i detta avseende blir hur pass sannolikt det är att försäkringsfall inträffar och vilken storlek ersättningen då kan uppgå till. En bakgrund till detta resonemang är tanken om *riskgemenskap* – alla som ingår i den gemenskapen ska betala i förhållande till den försäkrade risken.

I förlängningen betyder tanken om riskgemenskap att en person som innebär en stor risk för bolaget och det försäkringskollektiv som personen önskar att få ingå i, inte ska ha rätt att vältra över de kostnader som följer med den förhöjda risken på de övriga i kollektivet. Detta betyder i sin tur att de personer som inte motsvarar riskbilden antingen bör hållas utanför kollektivet, eller måste betala en betydligt högre premie än de övriga försäkringstagarna. Tanken på jämvikt, eller åtminstone ett samband mellan risk och premie, är grundläggande för försäkringsavtalsrätten. Den kan visserligen sägas stå i viss konflikt med de försäkrades trygghetsintresse och grundsatsen om konsumentskydd, men det är allmänt accepterat att ett sådant samband är en förutsättning för att det ska kunna bedrivas privat försäkringsverksamhet i traditionell mening.

Det är bl.a. av ovan nämnda skäl som ekvivalensprincipen tidigare hade direkt stöd i försäkringsrörelselagstiftningen genom den tidigare nämnda skälighetsprincip som kom till uttryck i den försäkringsrörelselagstiftning som gällde fram till år 2000. Detta har gett ekvivalensprincipen särskild tyngd. Sedan den lagstadgade skälighetsprincipen upphävdes, finns det inte längre något lagkrav på försäkringsbolagen att premien ska motsvara risken. Det krävs däremot fortfarande att bolagen ska ha kontroll över sin ekonomi och att premierna ska trygga bolagets möjlighet att fullgöra sina åtaganden mot de försäkrade.

Ekvivalensprincipen motverkar felaktig premiesättning och risk för moturval

Vid en ansökan om en personförsäkring, gör försäkringsbolaget normalt en bedömning av vilka risker som den försäkringssökande representerar på grund av sitt hälsotillstånd. Genom tillämpning av ekvivalensprincipen ges som framgått riskens storlek betydelse för priset på försäkringen. Felaktiga beräkningar eller riskantaganden i detta avseende kan drabba alla befintliga försäkringstagare, genom att försäkringsbolagets möjligheter att uppfylla sina förpliktelser mot dem minskar. Om försäkringar skulle beviljas utan att risker beaktades i tillräcklig utsträckning, kan det leda till en så kallad *moturvalsproblematik*. Begreppet *moturval* är en försäkringsteknisk term för den situation som uppstår om försäkringsvillkoren gynnar försäkringstagare med högre risk att drabbas av skada, och i motsvarande mån missgynnar dem med lägre risk, vilket medför att personer med högre risk söker sig till försäkringen och övriga därifrån (se t.ex. Ds 2005:13 s. 40).

Ett moturval börjar med att premien är för lågt satt för vissa försäkringssökande. Detta kan leda till att personer i denna grupp kommer att teckna försäkring i större omfattning än de skulle ha gjort om risken, och därmed premien, hade varit korrekt beräknad. För att de totala premieintäkterna ska vara tillräckliga måste det övriga försäkringstagarkollektivet betala en premie som är högre än den risk som kollektivet faktiskt representerar. Deras försäkring får därmed ett överpris. Följden av överpriset kan bli att fler ur det övriga försäkringstagarkollektivet avstår från att teckna försäkring. Att höja de för lågt satta premierna, för att ha tillräckliga tillgångar för att betala ersättning vid försäkringsfall, är vanskligt eftersom detta kan förstärka moturvalseffekten och därmed leda till att premieintäkterna i det bolag där moturvalet uppstått inte täcker de utbetalningar som bolaget åtagit sig att stå för. Effekten innebär en risk för att försäkringen i fråga helt slås ut. Moturvalseffekten kan alltså leda bl.a. till att personer som från början lätt och billigt kan få en försäkring kan komma att helt sakna försäkringsskydd i framtiden (se bl.a. prop. 2005/06:64 s. 154).

Ekvivalensprincipens praktiska betydelse

Ekvivalensprincipen innebär i praktiken att försäkringstagarna församman till grupper med ungefär likartad riskbild, där premieberäkningen sker på samma sätt. Traditionellt talar man om en riskgemenskap hos grupper av detta slag. Försäkringsbolaget ses som en representant för kollektivet och svarar för att kostnaderna för att täcka risken fördelas på ett rättvist sätt mellan kollektivets medlemmar. Tekniken kan vara mer eller mindre förfinad – vid vissa försäkringstyper bygger den på avancerade matematiska beräkningar – men den innebär att risken i vart fall i stora drag ska kunna uppskattas vid avtalets ingående och påverka premien.

Även om ekvivalensprincipen utgör en grundläggande förutsättning för försäkringsbolagens premiesättning och för avtalsinnehållet, ska det också framhållas att en försäkringspremie är sammansatt av flera olika beståndsdelar. Den ska omfatta inte bara eventuella utbetalningar av försäkringsersättning, utan också bl.a. kostnader för försäkringens administration, som kan vara ganska betydande. Även andra ekonomiska hänsyn kan spela in för försäkringsverksamheten – bl.a. konkurrens- och goodwillsynpunkter. De kan påverka premien så att den inte motsvarar den faktiska risken eller medföra att försäkringsskyddet sträcks ut utöver vad premien motiverar. En princip av viss betydelse som i försäkringssammanhang kan leda till helt andra resultat än ekvivalensprincipen, är den s.k. *solidaritetsprincipen*.

5.4.2 Solidaritetsprincipen

Sociala hänsyn eller jämställdhetsskäl kan i vissa fall motivera att ett försäkringsbolag väljer att låta de goda riskerna i viss utsträckning betala för de dåliga, så att också dessa kan omfattas av försäkringsskyddet. Något motsvarande är ovanligt på kontraktsrättens område i övrigt. Man anser normalt inte att vissa sämre ställda konsumenter ska få betala mindre än andra för varor och tjänster som tillhandahålls på marknaden. Men på försäkringsområdet kan sådana resonemang anses godtagbara, främst inom socialförsäkringen, men i viss utsträckning även inom privat försäkring. Sådana avsteg från traditionella grundsatser kan ofta förordas från politiskt håll, men det händer att även försäkringsbolagen anger ekonomiska skäl för en

sådan inställning. Enhetliga premier kan exempelvis förenkla administrationen, särskilt vid gruppförsäkring men också annars. Ibland kan en sådan inställning också bidra till försäkringsbolagets goodwill hos allmänheten. Det kan samtidigt noteras att solidaritetstanken inte lyftes fram i förarbetena vid FAL:s tillkomst, utan att regeringen i motiven i stället i det avseendet betonade just skillnaden mellan privat försäkringsverksamhet och socialförsäkringen.⁹

5.4.3 Produktfrihet och fri premiesättning

Som redan har nämnts, utgår både FAL och FRL i stor utsträckning från den s.k. *produktfrihetsprincipen*. Principen innebär att försäkringsbolagen i princip ska ha frihet att försäkra de risker som de anser lämpligt och göra de undantag som framstår som lämpliga från försäkringstekniska och andra synpunkter. I propositionen till FAL angavs angående individuell konsument- och personförsäkring att försäkringens sakliga omfattning, de risker den ska täcka och liknande frågor om försäkringsproduktens utformning bara i speciella avseenden borde göras till föremål för lagreglering. Enligt regeringen borde försäkringsbolagen i princip inte åläggas att meddela försäkringar i strid mot försäkringstekniska eller andra vägande ekonomiska hänsyn. Regeringen framhöll också att det var viktigt att lagen inte hindrade försäkringsbolagen från att utveckla nya försäkringsformer för att möta nya behov (prop. 2003/04:150 s. 139, 185 och 274).

Ett exempel på tvingande regler i FAL som innebär en begränsning av produktfriheten för personförsäkringar är bestämmelsen i 12 kap. 5 § om symtomklausuler, dvs. undantag för sjukdomar som fanns vid försäkringsavtalets ingående. Enligt bestämmelsen godtas sådana undantagsklausuler i försäkringsvillkoren bara under särskilda förutsättningar.

Även bestämmelsen i 12 kap. 12 § FAL om s.k. omfattningsvillkor begränsar delvis principen om försäkringsbolagens frihet att bestämma över utformningen av försäkringsprodukterna. Bestämmelsen tar sikte på sådana villkor som är utformade som omfattningsbestämmelser i försäkringsavtalet, men som i realiteten rör en

⁹ Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 44.

fråga som behandlas i de tvingande regler om begränsning av försäkringsbolagens ansvar som finns i 12 kap. FAL. Bestämmelsen innebär att försäkringsbolagen inte kan undvika de tvingande reglerna om begränsning av ansvaret som finns i 12 kap. genom att införa omfattningsbestämmelser i försäkringsavtalet som gör ansvaret beroende av sådana förhållanden som reglerna tar sikte på. Ett exempel som nämns i motiven är att ett försäkringsbolag från en olycksfallsförsäkring undantar skada där det får antas att den skadevällande händelsen orsakats av att den försäkrade var påverkad av alkohol eller narkotika. Ett sådant villkor skulle enligt bestämmelsen i stället bedömas enligt reglerna i 12 kap. 9 § FAL om framkallande av försäkringsfall (se prop. 2003/04:150 s. 534).

En variant av produktfrihetsprincipen är vad som skulle kunna kallas den *fria premiesättnings princip*, dvs. att försäkringsbolaget får bestämma premien med hänsyn till riskens och kostnadernas storlek – alltså efter försäkringstekniska grundsatser. Denna frihet stämmer väl med tankarna bakom nu gällande lagstiftning på försäkringsområdet. Som redan har framgått, regleras inte premiesättning¹⁰ för eller utformningen av personförsäkringar i lag på annat sätt än genom FRL:s allmänna krav på att premierna ska trygga bolagets möjlighet att fullgöra sina åtaganden enligt avtalet.¹¹

5.5 Tillsyn

5.5.1 Finansinspektionen

Finansinspektionen är central förvaltningsmyndighet för tillsynen, regelgivningen och tillståndsprovningen som rör finansiella marknader och finansiella företag, inklusive det enskilda försäkringsväsendet. De övergripande målen för Finansinspektionens verksamhet är att bidra till det finansiella systemets stabilitet och effektivitet samt att verka för ett gott konsumentskydd.¹²

¹⁰ Ett undantag när det gäller premiesättning är förbundet mot att tillämpa differentierade försäkringspremier på individnivå baserat på kön, se avsnitt 8.2.1 angående 12 kap. 12 a § diskrimineringslagen (2008:567).

¹¹ För Livförsäkringar och vissa skadeförsäkringar innehåller FRL en liten rest av premie-reglering. Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 147 f.

¹² Se 14 kap. 2 § FRL och förordning (2009:93) med instruktion för Finansinspektionen.

Finansinspektionens tillsyn över försäkringsbolagen utförs med stöd av främst FRL och har i första hand ett näringsrättsligt perspektiv.

Finansinspektionen ska även följa och analysera utvecklingen inom verksamhetsområdet samt rapportera till regeringen om inspektionen bedömer att instabilitet i finanssektorn riskerar att negativt påverka det svenska finansiella systemets funktionssätt.

De grundläggande reglerna för försäkringsverksamhet finns som framgått i lagstiftningen, men i Finansinspektionens uppdrag ingår att meddela kompletterande regler i form av föreskrifter och allmänna råd. Finansinspektionen har även i uppdrag att bl.a. handlägga tillståndsärenden och andra förvaltningsärenden samt medverka i internationellt samarbete.

5.5.2 Konsumentverket

Tillsynen på försäkringsområdet berör även Konsumentverkets ansvarsområde. Konsumentverket är förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har bland annat ansvar för att de konsumentskyddande regler som ligger inom myndighetens tillsynsansvar följs. Verket ska vidare stärka konsumenternas ställning på marknaden genom kontakter med näringsidkare och branscher och i det proaktiva arbetet genomföra branschöverenskommelser. Tillsynen är marknadsrättslig och har sin grund i framför allt marknadsföringslagen (2008:486) och lag (1994:1512) om avtalsvillkor i konsumentförhållanden.

Vad gäller försäkringsområdet bedriver Konsumentverket tillsyn över bestämmelserna om information i 2 respektive 10 kap. FAL samt över informationsbestämmelserna i 6 kap. lag om försäkringsförmedling (2005:405). Utöver tillsynen över nämnda informationsbestämmelser, som hänvisar till marknadsföringslagens regel om väsentlig information, bevakar Konsumentverket att marknadsföringen av försäkringsprodukter i övrigt inte är otillbörlig och att försäkringsföretag inte tillämpar oskäligen avtalsvillkor.

5.5.3 Konkurrensverket

Försäkringsbolagen omfattas också av konkurrenslagen (2008:579), som har till ändamål att undanröja och motverka hinder för en effektiv konkurrens i fråga om handeln med bl.a. tjänster. Konkurrensverket är central förvaltningsmyndighet för konkurrensfrågor och fullgör olika uppgifter enligt konkurrenslagen. En av verkets grundläggande uppgifter är att arbeta för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet till nytta för konsumenterna. Verket utövar bl.a. tillsyn över att konkurrenslagstiftningen följs, särskilt med fokus på kartellbekämpning och att ingripa mot privata och offentliga aktörer som missbrukar sin dominerande ställning på marknaden.

5.6 Andra aktörer på försäkringsmarknaden

5.6.1 Svensk Försäkring

Svensk Försäkring är försäkringsföretagens branschorganisation och arbetar för goda verksamhetsförutsättningar för försäkringsföretagen. Organisationen arbetar också bl.a. för ett högt förtroende för försäkringssektorn och en ökad kunskap i samhället om privata försäkringars betydelse.

Ett 40-tal försäkringsföretag är medlemmar i Svensk Försäkring och tillsammans svarar de för mer än 90 procent av den svenska försäkringsmarknaden.

Tillsammans med medlemsföretagen analyserar Svensk Försäkring effekterna av olika lagförslag och föreslår ändringar i regelverken. Svensk Försäkring deltar även med expertkunskaper i statliga utredningar som rör branschen. Dessutom sammanställer organisationen bransch- och marknadsstatistik samt arrangerar konferenser och utbildningar. En viktig del av organisationens arbete är vidare att utfärda rekommendationer som kompletterar gällande lagstiftning av betydelse för försäkringsbolagen.

Svensk Försäkring är medlem i den europeiska branschorganisationen Insurance Europe (tidigare CEA) och deltar aktivt i dess arbete med olika frågor på EU-nivå. Arbete bedrivs också i olika EU-institutioner såsom Europeiska kommissionen och Europaparlamentet.

Tillsammans med Finansinspektionen och Konsumentverket är Svensk Försäkring huvudman för Konsumenternas Försäkringsbyrå. Svensk Försäkring är också huvudman för ett antal branschgemensamma prövningsnämnder som administreras av Svensk Försäkrings Nämnder. Nämndernas utlåtande är vägledande när det gäller till exempel tolkning av försäkringsvillkor och praxis inom skaderegleringen.

5.6.2 Konsumenternas Försäkringsbyrå

Konsumenternas Försäkringsbyrå bildades 1979 och är en av fyra konsumentbyråer i Sverige. Övriga byråer är Konsumenternas Bank- och finansbyrå, Konsumenternas energimarknadsbyrå och Telekområdgivarna (tidigare Konsumenternas tele, tv & internetbyrå). Gemensamt för konsumentbyråerna är att verksamheten riktar sig till konsumenter, kommunala konsumentvägledare och till media.

Konsumenternas Försäkringsbyrå bedrivs som en stiftelse. Byrån har inte en tvistlösande funktion, men agerar som en oberoende rådgivningsbyrå som ger hjälp och vägledning i ärenden som gäller privatpersoners individuella försäkringar. Stiftelsen finansieras av Svensk Försäkring, som också ingår i byråns styrelse. Förutom Svensk Försäkring finns Konsumentverket och Finansinspektionen representerade i styrelsen och myndigheterna är i majoritet i styrelsen, vilket garanterar byråns opartiskhet. Konsumenternas Försäkringsbyrå är en självständig rådgivningsbyrå som kostnadsfritt ger opartisk information och vägledning till konsumenter i försäkringsfrågor. Ärendena ligger till grund för den identifiering och analys av konsumentproblem som utförs av byrån och som sedan återförs till huvudmännen, för att på så sätt få till stånd ändringar och anpassningar av försäkringsbolagens produkter och rutiner.

6 Allmänt om försäkring

6.1 Inledning

I detta kapitel beskriver vi olika slags försäkringar, allmänna och privata, som förekommer på marknaden. Fokus ligger på de försäkringstyper som berörs av eller har betydelse för tolkning och tillämpning av bestämmelserna om kontraheringsplikten för personförsäkringar.

Till att börja med redogör vi kort för den sociala grundidén med försäkringar och förhållandet mellan socialförsäkring och privat försäkring. Därefter beskriver vi vilken ersättning som kan betalas ut från den allmänna försäkringen vid sjukdom och handikapp och till föräldrar som har barn med allvarliga sjukdomar samt genom det försäkringsskydd som kommunerna tillhandahåller för barn i förskola och skola. Sedan behandlas olika typer av privata försäkringar, bl.a. skillnaden mellan individuellt respektive kollektivt tecknade försäkringar och olika slags individuella personförsäkringar. Slutligen lämnar vi en översiktlig beskrivning av det normala innehållet i de typer av personförsäkringar som har varit i fokus för utredningens kartläggning och analys, dvs. barnförsäkring samt sjukförsäkringar och kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna. Viss statistik redovisas också när det gäller dessa personförsäkringar.

6.2 Vad är försäkring?

Försäkring handlar, som redan har framgått i kapitel 5, om att dela på risker. Grundtanken i all försäkring är att en krets av personer som alla är utsatta för liknande risker går ihop för att inbördes jämna ut kostnaderna för de riskerna. Försäkring är alltså ett sätt att minska

osäkerheten för individen, eftersom konsekvenserna av en viss händelse genom försäkringen blir mindre allvarliga för denne.¹

Försäkringar delas ofta in i två huvudkategorier, socialförsäkringar och privata försäkringar. Socialförsäkringarna garanterar alla som är bosatta i Sverige ersättning vid exempelvis sjukdom, föräldraledighet och rehabilitering. Försäkringarna administreras främst av den statliga myndigheten Försäkringskassan. Privata försäkringar tecknas individuellt av den enskilde, eller av en grupp av enskilda.

6.3 Förhållandet mellan socialförsäkring och privat försäkring

6.3.1 Socialförsäkringar bygger på premiesolidaritet – privata försäkringar på bedömning av risk

Även om både socialförsäkringar och privata försäkringar benämns försäkringar, är skillnaderna betydande. Socialförsäkringarna bygger på premiesolidaritet, vilket innebär att kostnaden för att delta inte är relaterad till risken för att behöva utnyttja försäkringen. En person med stor risk att bli sjuk betalar exempelvis inte högre premie, eller avgift, för den allmänna sjukförsäkringen än en person med låg risk. Finansieringen sker via skatter och socialavgifter. Privata försäkringar bygger i stället på att premien ska motsvara försäkringstagarens risk för att behöva använda försäkringen. För sin bedömning av risken använder försäkringsbolagen information av olika slag. Det handlar om uppgifter som lämnas av den ansökande, men det kan också handla om dokumentation som bolagen inhämtar från exempelvis hälso- och sjukvården. Med stöd av tillgänglig utredning avgör försäkringsbolaget under vilka förutsättningar försäkring kan beviljas. En person med en ökad risk för sjukdom kan alltså få betala mer för en privat sjukförsäkring, eller helt nekas att teckna en sådan försäkring. De privata försäkringarna finansieras av försäkringstagarkollektivet genom premieinbetalningar och försäk-

¹ Se Per Johan Eckerberg, *Vad är försäkring, egentligen*, Juridisk publikation 2/2010 och Harald Cramér, *Vad är försäkring*, Försäkringsbolagens Upplysningstjänst, 1954, s. 6 f.

ringsbolagens verksamhet syftar normalt till att generera vinster (se prop. 2009/10:241 s. 9).²

Socialförsäkring är alltså ett grundläggande skydd för alla. Det försäkringsskydd som finns i socialförsäkringen ger en ekonomisk grundtrygghet vid sjukdom eller olycka. Socialförsäkringen har stor betydelse för många enskilda människors välfärd. Socialförsäkringens utgifter var år 2014 totalt 218 miljarder kronor, eller motsvarande knappt 6 procent av Sveriges bruttonationalprodukt (BNP). Lite mer än hälften av socialförsäkringens utgifter (56 procent eller cirka 126 miljarder kronor) gick till sjuka och personer med funktionsnedsättning. Till barnfamiljer gick 33 procent av utgifterna (cirka 74 miljarder kronor). Resterande utgifter består av ett antal andra ersättningar, främst inom arbetsmarknadsområdet och en mindre del till administration.³

De privata försäkringarna fyller i sin tur en viktig samhällelig funktion som komplement till de allmänna försäkringssystemen (se prop. 2009/10:241 s. 9).

6.3.2 Socialförsäkringen ger grundskydd – privat försäkring ger kompletterande skydd

När det gäller förhållandet mellan socialförsäkringen och privat personförsäkring är det viktigt att klargöra att socialförsäkringen ger ett grundskydd för personskador och sjukdomar, oavsett när sjukdomen eller skadan har uppkommit. En privat personförsäkring syftar däremot till att ge skydd vid en mer eller mindre oviss framtida händelse (sjukdom eller olycksfall). Den privata personförsäkringen ger därför bara ersättning när ett försäkringsfall verkligen inträffar, och försäkringen gäller aldrig för något som har inträffat innan försäkringen tecknades. Har den ansökande exempelvis en funktionsnedsättning, kan han eller hon därmed inte få ersättning från en privat försäkring för följderna av den befintliga funktionsnedsättningen. Den personen kan däremot ha rätt till ett grundläggande statligt skydd i form av socialförsäkring.⁴

² Försäkringsbolag kan drivas antingen som vinstutdelande bolag eller med vinstutdelningsförbud, dvs. enligt ömsesidiga principer.

³ Försäkringskassans faktablad *Socialförsäkringen i siffror 2015*.

⁴ Se Konsumenternas Försäkringsbyrå, *Försäkringsskydd för ditt barn* (folder) (april 2014).

6.4 Ersättning från socialförsäkringen⁵

6.4.1 Allmänt

Alla som bor i Sverige – även barn – har ett grundläggande försäkringsskydd genom det allmänna försäkringssystemet. Den 1 januari 2011 trädde en ny sammanhållen socialförsäkringsbalk (2010:110) (SFB) i kraft och ersatte tidigare separata lagar inom socialförsäkringen. Regleringen av socialförsäkringsförmånerna finns framför allt i SFB.

Den viktigaste förmånen från den allmänna försäkringen är *sjukpenningen*, som ersätter en del av inkomstförlusten för den som inte kan arbeta till följd av sjukdom. För den som har en anställning och inte kan arbeta på grund av sjukdom, betalar arbetsgivaren sjuklön under de första 14 dagarna (normalt 80 procent av lön och andra anställningsförmåner som den anställde går miste om, ersättningen kan vara högre enligt kollektivavtal). När arbetsgivaren inte längre betalar ut sjuklön, dvs. om den anställde är sjuk längre tid än 14 dagar, har denne rätt till sjukpenning. Arbetsgivaren är skyldig att göra en anmälan om detta till Försäkringskassan.

Sjukpenning betalas vanligen ut på normalnivå i högst 364 dagar under en period på 450 dagar. Ersättningen är då cirka 80 procent av den sjukes årsinkomst. Därefter utgår ersättning enligt fortsättningsnivå i maximalt 550 dagar med cirka 75 procent av årsinkomsten. Detta gäller så länge årsinkomsten inte är högre än 332 200 kronor (7,5 gånger prisbasbeloppet för 2016). Högre inkomster ger inte rätt till högre sjukpenning. Den som har lägre årsinkomst än 10 600 kronor (24 procent av prisbasbeloppet) får ingen sjukpenning. Under vissa särskilda försätsättningar kan den som är sjuk ansöka om att få sjukpenning under längre tid än normalt.

En person som är arbetslös kan få högst 534 kronor per dag i sjukpenning, vilket är lika mycket som den högsta ersättningen från a-kassan.

Den som har fått sjukersättning i maximal tid och som inte har någon sjukpenninggrundande årsinkomst, eller tjänar under 80 300 kronor per år, kan i särskilda fall få sjukpenning i upp till i

⁵ Sifforna i detta avsnitt avser 2016 års belopp, se Försäkringskassans informationsblad, *Aktuella belopp 2016*, FK 40324.

914 dagar. Förmånen betalas ut för alla dagar i veckan med högst 160 kronor per dag.

Om man saknar inkomst eller har sjukpenning under 60 kronor om dagen, kan man via Försäkringskassan teckna en frivillig sjukpenningförsäkring som ger rätt till större sjukpenning än annars. Särskilda regler gäller om sjukförsäkring för studerande.

Någon vars arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel har rätt till *sjuk- eller aktivitetsersättning*.⁶ Sjuk- och aktivitetsersättningen ska verka som ersättning för att individen i fråga inte kan utföra ett arbete och vara ett ekonomiskt stöd i vardagen. Ersättningen lämnas antingen i form av inkomstrelaterad ersättning, om personen kommit ut i arbetslivet, eller i form av garantiärsättning. För sjukersättning krävs det att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt (dvs. för all överskådlig framtid⁷) och för aktivitetsersättning krävs det att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år. Sjukersättning utges till personer mellan 30 och 65 år och aktivitetsersättning utges till personer mellan 19 och 29 år. Beroende på till hur stor del arbetsförmågan är nedsatt kan personen i fråga få hel, tre fjärdedels, halv eller fjärdedels sjukersättning.

Inkomstrelaterad sjukersättning utgår med 64,7 procent av den genomsnittliga inkomsten under de senaste åren, men med maximalt 17 914 kronor per månad före skatt oavsett tidigare inkomst.

För den som har rätt till aktivitetsersättning, och som tidigare har arbetat, betalas ersättning med 64 procent av den genomsnittliga inkomsten under de senaste åren, upp till ett belopp om maximalt 17 914 kronor före skatt per månad (hel ersättning). Om personen inte har arbetat eller har haft låga inkomster utgår garantiärsättning. Hur mycket som betalas ut beror på hur gammal personen är. Ersättningen varierar då mellan cirka 7 700 och 8 700 kronor före skatt i månaden (hel ersättning). Har personen flyttat till Sverige kan garantiärsättningen bli mindre. Eftersom ersättningens storlek beror på den sjukets tidigare inkomst, får en ung person som inte kommit ut i arbetslivet, den lägsta ersättningen från socialförsäkringssystemet.

Exempel på andra ersättningar som kan utgå till personer med varaktiga funktionsnedsättningar (medfödda eller till följd av sjuk-

⁶ Sjuk- och aktivitetsersättning har sedan 2003 ersatt förtidspension och sjukbidrag.

⁷ Se SOU 2009:96, s. 156.

dom eller olycksfall) är *handikappersättning* och *assistansersättning*. En individ kan erhålla handikappersättning om denne fått sin funktionsförmåga nedsatt för avsevärd tid i sådan omfattning att han eller hon behöver mera tidskrävande hjälp i sin dagliga livsföring, eller om han eller hon behöver fortlöpande hjälp för att kunna förvärvsarbета eller studera, eller i annat fall har betydande merkostnader. En person som omfattas av lagen (1999:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan för sin dagliga livsföring få assistansersättning för kostnader för sådan personlig assistans som avses i samma lag. För att få assistansersättning krävs att personen behöver personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan för sina grundläggande behov.

En viktig del av socialförsäkringen är vidare att den omfattar olika *sjukvårdsförmåner*, i form av subventionerad sjukvård.

Den som avstår från förvärvsarbete för att vara hemma och vårdar en svårt sjuk person, har rätt till *närståendepening*.

6.4.2 Ersättning till föräldrar med sjuka barn

När ett barn blir sjukt eller skadas uppstår kostnader relaterade till barnets sjukdom och framtida försörjning. Vidare påverkar det hela familjens ekonomi, både genom vårdkostnader och genom uteblivna intäkter för föräldrar som till följd av olyckan eller sjukdomen kan tvingas behöva minska sin arbetstid. Barns invaliditet beror i de flesta fall på sjukdom.⁸ Om barnet blir långvarigt sjukt på grund av ett olycksfall eller sjukdom kan vårdnadshavaren av samhället få ersättning för merkostnader och ökat vårdbehov i form av s.k. *vårdbidrag*. Vårdbidrag kan betalas ut tills barnet fyller 19 år.

Barnet måste behöva särskild tillsyn och vård i minst sex månader för att vårdnadshavare ska ha rätt till vårdbidrag. Vårdbidragets storlek utges i fyra nivåer – en fjärdedels, halvt, tre fjärdedels och helt vårdbidrag. Som mest kan ett helt vårdbidrag uppgå till 110 250 kronor per år. Vårdbidraget är skattepliktigt och pensionsgrundande. Om behovet av vård och tillsyn för barnet är så stort att föräldern har rätt till helt vårdbidrag kan föräldern, utöver vårdbidraget, ha rätt till ersättning för eventuella merkostnader.

⁸ Se *Barnförsäkring och riskbedömning*, en rapport utgiven av Sveriges Försäkringsförbund (numera Svensk Försäkring) och Konsumenternas försäkringsbyrå (2002).

Den förälder som har ett barn som vårdas tillfälligt på ett sjukhus eller annan en institution under högst sex månader får behålla vårdbidraget. Om barnet är svårt sjukt kan föräldern behålla bidraget i ytterligare sex månader. Det gäller bara om föräldern är närvarande på sjukhuset eller institutionen och närvaron är viktig för behandlingen.

Föräldrar kan också få vårdbidrag för enbart merkostnader på grund av barns sjukdom eller funktionsnedsättning. Det gäller om föräldrarna har merkostnader på minst 36 procent av prisbasbeloppet. Vårdbidrag för enbart merkostnader kan utgå med upp till omkring 30 000 kronor per år.

Alternativt kan föräldrar beviljas *tillfällig föräldrapenning* vid allvarlig sjukdom hos ett barn. Ersättningen grundar sig då på den vårdande förälderns inkomst. Vårdbidrag och tillfällig föräldrapenning kan inte utgå samtidigt.

6.5 Kommunens försäkring för barn i förskola och skola

Barn som går i kommunal barnomsorg eller skola är försäkrade genom kommunen. Dessa försäkringar gäller enbart vid olycksfall och ger inte någon ersättning om barnet blir sjukt. I vissa kommuner gäller försäkringen bara under tiden i skola eller barnomsorg, medan den i andra kommuner gäller även på fritiden.⁹

Det finns inget krav för kommunerna att teckna försäkringar för barn. Kommunerna avgör själva vidare om försäkringsskyddet även ska gälla för kommunens friskolor. I vissa kommuner omfattas även barn som går i friskolor och fristående förskolor av kommunens försäkring. Det saknas statistik över antalet friskolor som har, respektive saknar, försäkring för de barn som går där. I de fall då elever i friskolor och fristående förskolor inte omfattas av kommunens försäkringar är det skolorna och förskolorna själva som har att ta ställning till behovet av försäkringsskydd. Friskolornas riksförbund rekommenderar att friskolorna tecknar minst samma skydd som de kommunala skolorna har.¹⁰

⁹ Konsumenternas Försäkringsbyrå, *Försäkringsskydd för ditt barn* (folder) (april 2014).

¹⁰ Se Rapport från Riksdagens Utredningstjänst 2012/13:RFR6, *Kontraheringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar*, s. 16 f.

6.6 Olika typer av privata försäkringar

6.6.1 Individuellt respektive kollektivt tecknade försäkringar

Grundläggande bestämmelser om privata försäkringar finns, som redan nämnts, i FAL. Lagen skiljer mellan olika typer av privata försäkringar och innehåller skilda regler för de olika försäkrings-typerna.

Privata försäkringar kan tecknas av fysiska personer *individuellt* eller av en grupp personer som *kollektiv försäkring* genom exempelvis en arbetsgivare eller fackförening. De kollektiva försäkringarna delas in i *gruppförsäkringar* och *kollektivavtalsgrundade* försäkringar (se prop. 2009/10:241 s. 10 samt 17 och 18 kap. FAL). Vid kollektivavtalsgrundade försäkringar gäller särskilda regler om avtalets ingående och bl.a. av den anledningen framstår dessa försäkringar inte på samma sätt som ett alternativ till individuell försäkring. I det följande behandlas bara gruppförsäkringar.

6.6.2 Olika typer av individuellt tecknade försäkringar

I FAL regleras tre typer av *individuellt tecknade* försäkringar; *konsumentförsäkring*, *företagsförsäkring* och *personförsäkring*.

En *konsumentförsäkring* är en skadeförsäkring som tecknas av en fysisk person eller ett dödsbo, huvudsakligen för enskilt ändamål (1 kap. 4 § FAL). Som konsumentförsäkring räknas exempelvis hem-, villa-, fritidshus-, rese-, motorfordons- och båtförsäkring. En skadeförsäkring skyddar mot ekonomisk förlust genom sakskada, ersättningsskyldighet eller ren förmögenhetsskada i övrigt.

Företagsförsäkring är den sammanfattande benämningen på skadeförsäkring som avser näringsverksamhet eller offentlig verksamhet (1 kap. 4 § FAL). Företagsförsäkring erbjuds för att möta olika försäkringsbehov, exempelvis för brand och annan egendomsskada samt förmögenhetsförlust.

Till kategorin *personförsäkringar* hör, som framgått tidigare, individuella sjuk-, olycksfalls- och livförsäkringar (1 kap. 2 § FAL). Gemensamt för personförsäkringar är att det som försäkras är försäkringstagarens eller någon annans liv eller hälsa.

6.6.3 Närmare om individuella personförsäkringar respektive grupppersonförsäkringar

Individuell försäkring tecknas direkt hos försäkringsbolaget, ibland via en försäkringsmäklare eller försäkringsförmedlare. Vid individuell personförsäkring tecknas försäkringsavtal efter en ansökan som innehåller ett antal frågor om hälsotillståndet hos den som ska försäkras, en s.k. hälsodeklaration. Det är försäkringsbolaget som avgör om en ansökan om försäkring ska beviljas. Inför detta ställningstagande gör försäkringsbolaget en riskbedömning. Om oriktiga uppgifter lämnas medvetet eller av vårdslöshet i hälsodeklarationen kan det leda till att den försäkrade, om skada senare skulle inträffa, inte har någon rätt till försäkringsersättning eller rätt bara till en reducerad ersättning (se FAL 12 kap. 1–4 §§).

En *grupppersonförsäkring* är en personförsäkring som meddelas enligt ett *gruppavtal* och som gäller under förutsättning att den försäkrade eller någon annan med särskild anknytning till denne tillhör gruppen. Ett *gruppavtal* definieras i FAL som ett avtal som sluts med ett försäkringsbolag för en bestämd grupp personer och som anger villkor för avtal om gruppförsäkring (se FAL 1 kap. 4 §).

Sättet att ingå avtal om en *grupppersonförsäkring* skiljer sig från individuella försäkringar. Vid tecknande av en gruppförsäkring som gäller för den försäkrades liv eller hälsa, är riskprövningen normalt förenklad jämfört med vad som gäller vid en individuellt tecknad personförsäkring. Ofta krävs ingen hälsoförklaring vid en gruppförsäkring, utan försäkringsskyddet uppkommer redan genom en anmälan eller en s.k. reservationsanslutning (då anslutning till försäkringen sker genom att försäkringen inte avböjs). En gruppförsäkring täcker samtidigt, liksom en individuell försäkring, enbart händelser som inträffar efter tecknandet, och inte följer av sjukdomar och skador som visat symtom före tecknandet. Om det inträffar en skada undersöker bolaget om händelsen inträffat under försäkringstiden och i så fall om den ska ersättas genom försäkringen. Ofta utgår ersättning med ett i villkoren fastställt försäkringsbelopp. Genom bl.a. den enkla administrationen hålls premierna för gruppförsäkringarna ofta låga.¹¹ En annan orsak till att

¹¹ Rapport från Sveriges Försäkringsförbund (numera Svensk Försäkring) och Konsumenternas försäkringsbyrå, *Barnförsäkring och riskbedömning*, 2002.

premierna för gruppförsäkringarna ofta är lägre än för individuella försäkringar, är att försäkringsskyddet i regel inte är lika omfattande på grund av lägre försäkringsbelopp.

Vid gruppförsäkringar görs alltså en betydligt mer förenklad riskbedömning än vid individuella personförsäkringar. Detta medför att även personer som skulle ha haft svårt att få teckna en individuell personförsäkring på grund av tidigare skada eller sjukdom, ofta kan teckna en gruppförsäkring. Bland annat mot denna bakgrund finns det inte någon skyldighet för försäkringsbolagen att erbjuda försäkringstagare gruppförsäkring på det sätt som gäller vid individuell försäkring. En viss skyldighet att meddela en sådan försäkring följer ändå av 19 kap. 15 § FAL. Bestämmelsen innebär att ett försäkringsbolag är skyldigt att ge den försäkrade ett likvärdigt skydd – i form av en s.k. fortsättningsförsäkring – om en grupppersonförsäkring upphör att gälla efter uppsägning från försäkringsbolagets eller gruppens sida (prop. 2009/10:241 s. 14).

6.6.4 Gränsdragningen mellan individuella personförsäkringar och grupppersonförsäkringar

FAL innehåller inga regler om vad som närmare krävs för att en *grupp* ska anses föreligga i den mening som krävs för att det ska handla om en gruppförsäkring enligt lagen (se 1 kap. 4 §). I motiven till FAL anges att det inte krävs att gruppen ska vara avgränsad på förhand utan bara att försäkringen avser en bestämd grupp personer. Enligt motiven räcker det med att gruppens omfattning går att beskriva på ett någorlunda tydligt sätt. Det nämns i motiven att detta har ansetts vara fallet i praxis exempelvis beträffande anställda från flera företag, där gruppmedlemmarna bara hade det gemensamt att de tillhörde nykterhetsrörelsen, liksom också i fråga om medlemmar i en pensionärsorganisation. I praktiken är det därmed försäkringsbolaget sak att se till att sammansättningen inte möter hinder från försäkringsteknisk synpunkt (se prop. 2003/04:150 s. 316).

I FAL finns heller inga formella krav avseende vad ett *gruppavtal*, som också är en förutsättning för en gruppförsäkring, ska innehålla. Av motiven framgår att gruppavtalet ingås mellan ett försäkringsbolag och en företrädare för gruppen, en s.k. grupp-företrädare. Vad en grupp-företrädare är och vem som kan företräda gruppen finns däremot inte reglerat i FAL. Grupp-företrädaren

representerar ofta en organisation eller ett företag och kan sägas vara en mellanhand utan formell behörighet som administrerar gruppförsäkringen. Det är försäkringsbolaget som ansvarar för att gruppföreträdaren uppfyller det krav som ställs i FAL till exempel vad gäller information om försäkringen (se prop. 2003/04:150 s. 317).

Frånvaron av närmare reglering i FAL vad gäller förutsättningarna för gruppförsäkring, har medfört att det finns vissa svårigheter att dra en klar gräns mellan vad som är en grupppersonförsäkring och en individuell personförsäkring. En följd av det är att det finns försäkringar på marknaden som marknadsförs som individuella personförsäkringar, men som till sin karaktär liknar en gruppförsäkring när det gäller villkor och premiesättning, och genom att de kan tecknas efter en starkt begränsad eller ingen hälsoprövning alls. På liknande sätt finns det försäkringar som säljs som gruppförsäkringar till en viss bestämd krets (exempelvis till kunderna i en viss bank), men som förutsätter en mer ingående hälsoprövning och där premier och villkor sätts individuellt.

Den något oklara gränsdragningen mellan individuella personförsäkringar och grupppersonförsäkringar medför vissa otydligheter när det gäller tillämpningen av de specialregler i FAL som gäller för individuella respektive gruppförsäkringar. Exempelvis kontraeringsplikten gäller som framgått bara för individuella personförsäkringar, och för gruppförsäkringarna finns bl.a. särskilda informationsregler.

Behovet av vissa lagändringar med avseende på grupppersonförsäkringar bereds för närvarande inom Justitiedepartementet (se Ds 2014:43), och det ligger utanför utredningens uppdrag att närmare analysera eller överväga sådana frågeställningar.

6.7 Närmare om privata individuella personförsäkringar

6.7.1 Inledning

Kontraheringsplikten gäller som framgått för *individuella personförsäkringar*, dvs. en försäkring som tecknas på försäkringstagarens eller någon annan persons liv eller hälsa i form av en liv-, sjuk- eller olycksfallsförsäkring (1 kap. 2 § FAL).

I utredningens direktiv anges att utredningens kartläggning och analys huvudsakligen ska inriktas på individuell sjukförsäkring och kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna, samt barnförsäkring (dvs. kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdomar). Som redan har angetts i kapitel 2 ovan (se avsnitt 2.2.2), har utredningen valt att enbart fokusera på dessa typer av personförsäkringar, eftersom de har stor betydelse ur social skyddssynpunkt och har liknande innehåll och utformning. Vi kommer därför att koncentrera den fortsatta framställningen till följande individuella personförsäkringar.

I FAL definieras inte närmare vad som anges med sjukförsäkring eller olycksfallsförsäkring. FAL hindrar inte heller att försäkringstyperna kombineras som försäkringsbolagen finner lämpligt. Det är alltså främst försäkringsbolagen som genom sin produktutveckling bestämmer det närmare innehållet i de olika försäkringarna. Försäkringsinnehållet skiljer sig därmed åt mellan bolagen. Samtidigt finns det vissa grundläggande drag som normalt utmärker de olika personförsäkringarna, exempelvis när det gäller försäkringstiden och vilka former för ersättning som i regel ingår. Framställningen nedan syftar till att ge en grundläggande förståelse för den normala uppbyggnaden av de försäkringstyper som är aktuella för utredningens kartläggning och analys.

Innan vi går in på de olika försäkringstyperna, är det väsentligt att förklara innebörden av begreppet *invaliditetsersättning*, som är ett viktigt ersättningsmoment i de aktuella personförsäkringarna. Även begreppet *försäkringsbelopp* är av grundläggande betydelse för förståelsen av hur personförsäkringarna är uppbyggda.

6.7.2 Invaliditetsersättning och försäkringsbelopp

Invaliditetsersättning är ett för personförsäkringar centralt ersättningsmoment. Ersättningen kan betalas ut vid invaliditet till följd av sjukdom eller olycksfallsskada. Invaliditeten bedöms i regel som medicinsk eller ekonomisk. Med *medicinsk invaliditet* menas en bestående nedsättning av en kroppsfunktion. Den medicinska invaliditeten graderas efter den bestående funktionsnedsättningens svårighetsgrad i s.k. invaliditetsgrader. Graderingen görs i procent och återfinns i ett för försäkringsbranschen gemensamt tabellverk. Tabellerna har arbetats fram av Svensk Försäkring i samråd med läkare inom olika medicinska specialområden och uppdateras regelbundet.¹² Tabellerna används vid all personskadereglering.

Med *ekonomisk invaliditet* menas en bestående nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften.

Det ska i sammanhanget understrykas att det bara är de besvär som har blivit bestående som räknas som invaliditet. Ersättning för ekonomisk invaliditet betalas alltså ut först när arbetsförmågan bedömts bli bestående. En viktig faktor vid bedömningen är om sjukdomen eller skadan medfört minst halv sjukersättning eller aktivitetsersättning från den allmänna försäkringen. Så länge behandling i läkande syfte pågår kan vidare inte invaliditetsgraden för medicinsk invaliditet fastställas definitivt. Om en skada läkt utan bestående besvär föreligger heller ingen medicinsk invaliditet, dvs. invaliditetsgraden är noll procent.¹³

När en privat individuell personförsäkring tecknas väljer försäkringstagaren i regel ett *försäkringsbelopp*. Försäkringsbeloppet har betydelse för hur stor invaliditetsersättning som kan betalas ut av försäkringsbolaget. Försäkringspremien blir i regel dyrare, ju högre försäkringsbelopp som väljs. De flesta bolag har flera olika försäkringsbelopp och därmed olika premienivåer att erbjuda.

Många bolag tillämpar invaliditetsersättning på ett förhöjt försäkringsbelopp vid högre medicinska invaliditetsgrader. Detta gör att ersättningen kan bli betydligt högre, upp till 150–300 procent

¹² Tabellverken finns att hämta på Svensk Försäkrings webbplats, www.svenskforsakring.se/Huvudmeny/Branschsamarbete/Personskador/3/Medicinsk-invaliditet/

¹³ Peter Andrée (Red.), *Personförsäkring*, 2014, s. 26 och 36.

mer än det försäkringsbelopp som tecknats. Reglerna angående detta skiljer sig åt mellan bolagen.¹⁴

6.7.3 Barnförsäkring¹⁵

Allmänt om barnförsäkring

Förutom det allmänna försäkringsskyddet och de försäkringar som kommuner och fristående verksamheter ofta tecknar för barn i förskola och skola finns privata försäkringar för barn. De privata barnförsäkringarna omfattar skydd vid olycksfall, precis som försäkringar för barn i skola och förskola. Till skillnad från kommunernas och friskolornas försäkringar omfattar de privata barnförsäkringarna även försäkringsskydd vid sjukdom. Detta är av stor betydelse eftersom fler barn blir invalidiserade efter sjukdom än efter olycksfall. De privata barnförsäkringarna gäller såväl under tiden i barnomsorg eller skola som på fritiden.

Förekomsten av privata kombinerade olycksfalls- och sjukförsäkringar för barn är i princip en svensk företeelse som saknar motsvarighet i andra länder, möjligen med vissa undantag bland de nordiska länderna. I Danmark har exempelvis cirka 40 procent av barnen en försäkring, men den täcker enbart olycksfall. Att försäkra barn mot framtida inkomstbortfall (ekonomisk invaliditet) är inte möjligt i de flesta andra länder.

Den första barnförsäkringen introducerades i Sverige i mitten av 1970-talet. En privat barnförsäkring kan bl.a. utgöra ett viktigt komplement till det allmänna försäkringsskyddet om barnet på grund av följer av sjukdom eller olycksfall inte senare kommer ut i arbetslivet. Flera av ersättningarna i socialförsäkringen beräknas på tidigare inkomster, och barn som aldrig har arbetat alls eller bara arbetat i liten utsträckning omfattas därför bara av socialförsäkringens garantinivåer. Detta innebär att ett barn som blir sjukt eller skadat och aldrig kommer ut i arbetslivet kommer att få en låg

¹⁴ Peter André (Red.), *Personförsäkring*, 2014, s. 27.

¹⁵ Beskrivningen av barnförsäkring är delvis hämtad från Riksdagens Utredningstjänsts rapport 2012/13:RFR6, *Kontraheringsplikten vid tecknandet av barnförsäkringar*. Uppgifter har också hämtats från Peter André (Red.), *Personförsäkring*, 2014, s. 25 ff., samt från en rapport från Försäkringsförbundet (numera Svensk Försäkring) och Konsumenternas Försäkringsbyrå, *Barnförsäkring och riskbedömning*, 2002, men även genom direktkontakter med Konsumenternas Försäkringsbyrå och företrädare för försäkringsbranschen.

ekonomisk standard även i vuxen ålder om ersättning enbart utgår genom socialförsäkringen.

Privata barnförsäkringar kan antingen tecknas individuellt eller via en gruppförsäkring genom exempelvis fackliga organisationer eller en arbetsgivare. Om en förälder har en gruppförsäkring kan barnen ofta medförsäkras.

Individuella barnförsäkringar är avtal som i regel gäller för ett år i taget. Försäkringsbolaget får säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång, men försäkringstagaren har då en principiell rätt att ändå få försäkringen förnyad, om det inte finns särskilda skäl att vägra förnyelse. Villkor och premie kan ändras vid den årliga huvudförfallodagen, men även i förnyelsesituationen gäller att försäkringstagaren har rätt till en sådan försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten enligt vad som avses i 11 kap. 1 § (se 11 kap. 1, 3 och 4 §§ FAL).

De flesta barnförsäkringar kan behållas tills barnet fyller 25 år, men sluttiden varierar från lägst 16 år till som längst 30 års ålder. Den försäkrade har därefter hos vissa försäkringsbolag en rätt till s.k. vidareförsäkring, dvs. möjlighet att teckna en sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxen utan förnyad riskbedömning.

Innehåll

Barnförsäkringar är en komplicerad produkt där den närmare utformningen av försäkringsinnehållet varierar mellan bolagen. Exempelvis kan stora variationer finnas när det gäller vilka sjukdomar som täcks av grundskyddet i försäkringen, och även vilken ersättning som utgår för olika sjukdomar. Gemensamt för de flesta barnförsäkringar är att de ger ett försäkringsskydd vid både olycksfall och sjukdom. Barn som inte ges möjlighet att teckna en kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring erbjuds regelmässigt att teckna försäkringsskydd för enbart olycksfall. Det förekommer också att barnet vid avslag erbjuds att teckna en försäkring som visserligen ger viss ersättning vid både sjukdom och olycksfall, men där ersättningen är betydligt mer begränsad än den som kan utgå ifrån den sökta försäkringen.

Barnförsäkringen innehåller en rad olika ersättningsmoment. Invaliditetsersättning är den viktigaste ersättningsposten och ut-

betalas som ett engångsbelopp. Ersättning betalas ofta för både medicinsk och ekonomisk invaliditet. Om en skada leder till såväl medicinsk som ekonomisk invaliditet, betalas hos de flesta bolag båda invaliditetsersättningar ut. Ersättningen i det enskilda fallet beror på försäkringsbeloppets storlek. I många individuellt tecknade barnförsäkringar finns även möjlighet att få ett betydande engångsbelopp utbetalt direkt när barnet får en svår sjukdom eller skada om diagnosen finns uppräknad i försäkringsvillkoren.

Vårdkostnadsersättning är också en viktig ersättningspost, och kompletterar det vårdbidrag som lämnas från den allmänna socialförsäkringen. Sådan ersättning ska täcka vård- och tillsynskostnader som uppkommer för föräldrarna vid långvarig skada hos barnet. Hos de flesta bolag följer denna ersättning försäkringskassans nivå på vårdbidrag – den som beviljas helt vårdbidrag får i allmänhet maximal ersättning även från den privata försäkringen. Vårdkostnadsersättning ingår i de flesta individuella barnförsäkringar.

Barnförsäkringen kan också ge ersättning vid bl.a. sjukhusvistelse samt för olika kostnader vid olycksfallsskador.

Alla barnförsäkringar har särskilda undantag och begränsningar för vissa sjukdomar. Vanligen förekommer allmänna klausuler som begränsar försäkringens omfattning genom att föreskriva att försäkringen inte gäller för sjukdom där symtomen visat sig före tecknandet. Utöver detta har en del bolag valt att i villkoren räkna upp vissa sjukdomar som betraktas som medfödda, där ersättningen från försäkringen är begränsad. Vissa försäkringsbolag kräver att föräldrarna har tecknat en tilläggsförsäkring före det att barnets blivit sex månader, för att försäkringen ska inkludera detta begränsade skydd för vissa sjukdomar. Vissa andra försäkringsbolag har i stället valt att ange i villkoren att försäkringen inte gäller för sjukdomar som kan beaktas som medfödda, om symtom visats före sex års ålder. Förutom för medfödda sjukdomar, är det vanligt att bolagen gör undantag och begränsningar för psykiska sjukdomar samt nerv- och muskelsjukdomar.

Antal privata barnförsäkringar

Antalet individuellt tecknade sjuk- och olycksfallsförsäkringar samt rena olycksfallsförsäkringar för barn uppgick 2014 till 1 426 857. Det finns ingen statistik när det gäller hur många av de försäkringarna som är kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar, och hur många som gäller enbart för olycksfall. I tabell 6.1 redovisas antalet tecknade individuella sjuk- och olycksfallsförsäkringar samt olycksfallsförsäkringar för barn under perioden 2006–2014.

Tabell 6.1 Totalt antal tecknade individuella sjuk- och olycksfallsförsäkringar och olycksfallsförsäkringar för barn 2006–2014

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 301 007	1 316 635	1 373 911	1 384 591	1 396 093	1 396 294	1 420 888	1 452 386	1 426 857

Källa: www.svenskforsakring.se/Huvudmeny/Fakta--Statistik/Statistics-list/Skadeforsakring/Sjuk--och-olycksfallsforsakring/

6.7.4 Kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna¹⁶

Innehåll

En kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring ger en engångsersättning om den försäkrade på grund av en sjukdom eller ett olycksfall får en invaliditet, dvs. en bestående nedsättning av en kroppsfunction, eller av arbetsförmågan.

Vid vissa allvarliga sjukdomar kan ett engångsbelopp betalas ut direkt när diagnosen ges. Exempel på sjukdomar som vanligen ger rätt till engångsersättning är cancer, MS och ALS.

En sjuk- och olycksfallsförsäkring kan därutöver bl.a. ge ersättning för kostnader i samband med olycksfall, exempelvis vård- och resekostnader.

I de allmänna villkoren för sjuk- och olycksfallsförsäkringarna finns normalt väsentliga begränsningar, framför allt när det gäller

¹⁶ Beskrivningen av sjuk- och olycksfallsförsäkringarna är delvis hämtade från Peter André (Red.), *Personförsäkring*, 2014, s. 40. Uppgifter har också inhämtats genom direkt kontakt med företrädare från försäkringsbranschen och från Konsumenternas Försäkringsbyrås webbplats, <http://bankforsakring.konsumenternas.se/>

vissa sjukdomar men även vid olycksfall. Vissa försäkringsbolag anger genom en uttömmande uppräkningslista i de allmänna villkoren vilka sjukdomar som försäkringen ersätter. Andra räknar i stället upp de sjukdomar som inte ersätts av försäkringen. I de allmänna försäkringsvillkoren finns ofta även bestämmelser om att försäkringen inte ersätter sjukdom, eller följer av sådana sjukdomar, som redan fanns då försäkringen tecknades.

Några bolag har en kvalificeringstid på sex månader, innan försäkringen börjar gälla för alla eller vissa uppräknade sjukdomar.

Antal sjuk- och olycksfallsförsäkringar

Antalet individuellt tecknade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna uppgick 2014 till 457 785. I tabell 6.2 redovisas antalet tecknade individuella sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna under perioden 2006–2014.

Tabell 6.2 Totalt antal tecknade individuella sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna 2006–2014

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
228 952	332 707	303 060	328 079	372 940	383 609	408 352	435 648	457 785

Källa: www.svenskforsakring.se/Huvudmeny/Fakta--Statistik/Statistics-list/Skadeforsakring/Sjuk--och-olycksfallsforsakring/

6.7.5 Sjukförsäkring för vuxna¹⁷

Innehåll

En sjukförsäkring ger den försäkrade rätt till ersättning för en del av den inkomst som han eller hon förlorar vid arbetsoförmåga till följd av sjukdom eller olycksfall. Arbetsoförmågan kan vara tillfällig eller bestående, men oftast krävs det att den är nedsatt med minst 25 eller 50 procent för att ersättning ska utgå. Ersättningen betalas ut med ett visst på förhand avtalat belopp per månad, relate-

¹⁷ Beskrivningen av sjukförsäkringarna är delvis hämtade från Peter André (Red.), *Personförsäkring*, 2014, s. 41 ff. Uppgifter har också inhämtats genom direkt kontakt med företrädare från försäkringsbranschen och från Konsumenternas Försäkringsbyrås webbplats, <http://bankforsakring.konsumenternas.se/>

rat till inkomstförlusten vid längre arbetsförmåga. För att inte den försäkrade genom en privat sjukförsäkring ska kunna få högre inkomst vid arbetsförmåga än vid full arbetsförhet, är i regel sjukförsäkringarna begränsade så att de ger ersättning upp till högst 90 procent av den tidigare inkomsten.

En sjukförsäkring avtalas att gälla under lång tid, exempelvis till dess att den försäkrade uppnått pensionsåldern. Sjukförsäkringen börjar vanligtvis ge ersättning efter att den försäkrade varit sjukskriven i en viss tid, s.k. karenstid. Karenstiderna kan vara fasta, exempelvis en månad, tre månader eller 360 dagar. De kan också vara rörliga. Vad som menas med rörlig karens kan variera, men kan exempelvis innebära att utbetalning sker när arbetsförmågan bedöms bli bestående, eller bedöms vara under avsevärd tid, och sjukersättning eller aktivitetsersättning beviljas av försäkringskassan. För stress- och smärtrelaterade samt psykiska besvär är det vanligt att försäkringen inte börjar gälla förrän efter viss s.k. kvalificeringstid, som ofta kan vara 18 eller 24 månader. Rätten till ersättning för sådana sjukdomar kan också vara begränsad, även efter kvalificeringstidens utgång.

Det är vanligt att de allmänna försäkringsvillkoren innehåller bestämmelser om att bara den som är fullt arbetsför får teckna försäkringen.

Utbetalningstiden kan vara maximerad till en viss tid, exempelvis tre år eller tio år. Ersättningens storlek beror på vilket försäkringsbelopp som den försäkrade har valt och hur mycket arbetsförmågan är nedsatt.

Gemensamt för de flesta sjukförsäkringar är att ersättningen från den privata sjukförsäkringen sammanräknad med övrig ersättning som den försäkrade får, exempelvis sjukpenning och ersättning från eventuell kollektivavtalad sjukförsäkring, uppgår till högst 90 procent av den försäkrades inkomst före insjuknandet.

Antal sjukförsäkringar

Antalet individuellt tecknade sjukförsäkringar för vuxna uppgick 2014 till 181 044. I tabell 6.3 redovisas antalet tecknade individuella sjukförsäkringar under perioden 2006–2014.

Tabell 6.3 Totalt antal tecknade individuella sjukförsäkringar för vuxna 2006–2014

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
164 621	157 063	200 848	211 489	250 108	202 280	196 486	229 288	181 044

Källa: www.svenskforsakring.se/Huvudmeny/Fakta--Statistik/Statistics-list/Skadeforsakring/Sjuk--och-olycksfallsforsakring/

7 Försäkringsbolagens riskbedömning

7.1 Inledning¹

Som tidigare har nämnts, tecknas individuell personförsäkring direkt hos försäkringsbolaget, och sökanden fyller då i en ansökan som innehåller ett antal frågor om hälsotillståndet hos den som ska försäkras, en s.k. hälsodeklaration. Det är försäkringsbolaget som avgör om en ansökan om försäkring ska beviljas. Inför detta ställningstagande gör försäkringsbolaget en riskbedömning.² Försäkringsbolaget försöker då avgöra risken för att en händelse ska inträffa i framtiden som gör att personen i fråga behöver ta försäkringen i anspråk.

En central frågeställning med avseende på kontraheringsplikten är hur försäkringsbolagen arbetar med riskbedömning. I detta kapitel beskriver vi översiktligt grunderna för bolagens riskbedömning, med fokus på förhållanden som är utmärkande för nyteckning av privat individuell personförsäkring.

¹ Framställningen i detta kapitel bygger, förutom på gällande lagstiftning och refererade verk, på uppgifter som har hämtats in från försäkringsbolagen vid utredningens besök och intervjuer (se kapitel 11).

² När det handlar om barnförsäkring är det vårdnadshavaren eller annan ställföreträdare, oftast en förälder, som ansöker om försäkringen för barnets räkning. Samma sak gäller för vuxna som har en juridisk ställföreträdare. För att inte onödigt tynga den här framställningen kallas här den som ska försäkras i allmänhet *den försäkringsökande*.

7.2 Grundläggande utgångspunkter och faktorer av betydelse för riskbedömningen

7.2.1 Vad är en risk?

En försäkring ger som redan framgått ekonomiskt skydd om vissa bestämda händelser inträffar. Ett stort antal människor betalar en mindre summa pengar i utbyte mot att få en större summa pengar om eller när en viss händelse inträffar. Försäkring bygger på samverkan mellan flera personer som är utsatta för likartade risker, exempelvis risken att skadas eller risken för att drabbas av en allvarlig sjukdom.

Med risk menas att det är osäkert om händelsen kommer att inträffa. Vid vissa typer av försäkringar, exempelvis försäkringar för brand och olycksfall, är det osäkert om händelsen någonsin kommer att inträffa, medan det vid försäkring för dödsfall endast är tidpunkten för händelsen som är osäker. Det centrala är att försäkringsfallet inte får ha inträffat innan försäkringen tecknas. Det går inte att försäkra sig mot det som redan har hänt.

Den osäkra händelsen kommer endast att drabba någon eller några av de personer som ingår i försäkringskollektivet. Idén med försäkring är därför att genom samverkan jämna ut riskerna mellan personerna i kollektivet. Den som drabbas av en skada får ersättning från försäkringen. Visserligen har den som inte drabbas av en skada fått bidra med sin premie men har samtidigt under försäkringstiden kunnat leva i större ekonomisk trygghet än om han inte haft något försäkringsskydd. Försäkring bygger alltså på ett solidariskt ansvarstagande inom en grupp.

7.2.2 Varför behövs riskbedömning?

Försäkringsbolagen bedriver sin verksamhet på affärsmässig grund, dvs. bolaget förväntas göra en företagsekonomisk vinst.³ Som har utvecklats närmare i kapitel 5, finns det också i försäkringsrörelselagen krav på att försäkringsverksamhet ska bedrivas med kontroll över riskerna så att åtaganden mot bl.a. försäkringstagarna i slut-

³ Försäkringsbolag kan drivas antingen som vinstutdelande bolag eller med vinstutdelningsförbud, dvs. enligt ömsesidiga principer.

änden kan fullgöras (4 kap. 1 § FRL). En grundläggande princip för privata försäkringar är mot den bakgrunden att premien ska motsvara den risk som försäkringsbolaget åtar sig att täcka.

Kravet på att försäkringsbolagen i sin verksamhet ska ha kontroll över riskerna, medför att försäkringsbolagen har behov av att få tillgång till information som rör den försäkrades hälsotillstånd i samband med tecknandet av en personförsäkring. Detta är nödvändigt för att försäkringsbolagen ska kunna bedöma risken för att personen i fråga kommer att drabbas av en skada som leder till ersättningsskyldighet för försäkringsbolaget. Utifrån den bedömningen tar bolaget ställning till om en försäkring kan meddelas samt till vilken premie och till vilka villkor.

För att premiesättningen ska bli rättvis tar försäkringsbolagen hänsyn till att vissa sjukdomar medför en ökad risk för följdjukdom, dödsfall etc. Om försäkringsbolagen skulle teckna försäkring utan att göra en riskbedömning skulle alla försäkringssökande ha möjlighet att teckna försäkring till samma premie oavsett den individuella risken. Detta skulle sannolikt leda till en s.k. moturvalseffekt, genom att personer med nedsatt hälsa, och därmed hög risk, valde att teckna försäkring i större omfattning än de skulle ha gjort om risken, och därmed premien, hade varit korrekt beräknad. Det skulle i sin tur leda till fler försäkringsfall och ökade skadekostnader för bolagen. För att de totala premieintäkterna ska vara tillräckliga i en sådan situation måste det övriga försäkringstagarkollektivet, dvs. även de som representerar en lägre risk, betala en premie som är högre än den risk som de faktiskt representerar. Följden av överpriset kan bli att fler ur det övriga försäkringstagarkollektivet avstår från att teckna försäkring, och att försäkringsprodukten därmed så småningom slås ut (se t.ex. prop. 2005/06:64 s. 154 och Ds 2005:13 s. 40).⁴

Riskbedömning vid prövning av försäkringsansökningar behövs alltså som ett av flera verktyg för att ett försäkringsbolag ska få en sund ekonomi och för att motverka att en moturvalssituation uppstår.

⁴ Se även Per Dahlénus, Anders Lund, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, 2011, s. 16.

7.2.3 Riskgemenskap, riskutjämning och gruppering av risker

Som samhällelig företeelse kan man alltså säga att försäkringens grundläggande sociala idé är *riskgemenskap* och *riskutjämning*. Riskgemenskapen består i att flera personer som är utsatta för likartade risker går ihop och delar på dessa risker (exempelvis risken för att bli sjuk, råka ut för en olycka eller drabbas av dödsfall). Riskutjämning sker genom att skador fördelas över tiden och på personerna i gruppen. Försäkring är alltså ett sätt att minska osäkerheten för individen, eftersom de ekonomiska konsekvenserna av en viss händelse delas av gruppen och därigenom blir mindre allvarliga för individen.⁵

Även om försäkring bygger på att alla försäkringstagare i ett kollektiv är utsatta för likartade risker, är verkligheten sådan att sannolikheten för att risken ska inträffa i regel varierar i hög grad mellan medlemmarna i kollektivet. En försäkringssökandes hälsa vid ansökningstillfället påverkar exempelvis i allmänhet risken för att denne i framtiden ska drabbas av ytterligare ohälsa. Bäst känd är förstås riskens variation inom livförsäkringen, där dödsrisken för olika åldersklasser utfaller helt olika. Om ett försäkringsbolag inte tar hänsyn till de olikartade risknivåerna inom ett försäkringskollektiv kan som nämnts en moturvalssituation uppstå.

För att motverka att ett moturval uppstår, bygger all försäkringsmedicinsk riskbedömning på att de försäkringssökande delas in i olika *riskgrupper* utifrån risknivå.⁶ Varje försäkringsbolag bedömer inom sina riskgrupper att kunderna utgör så likartade risker att premier och andra försäkringsvillkor är likadana för samtliga kunder inom riskgruppen. Denna metod används inom all försäkring, även om de kriterier som ligger till grund för gruppindelningen skiljer sig åt. Riskerna är alltså likartade inom hela försäkringskollektivet, men risknivåerna är olika mellan riskgrupperna inom kollektivet.

⁵ Per Johan Eckerberg, *Vad är försäkring, egentligen*, Juridisk publikation 2/2010 s. 3 f. och Harald Cramér, *Vad är försäkring*, Försäkringsbolagens Upplysningstjänst, 1954, s. 6 f.

⁶ Angående gruppering av risker, se Harald Cramér, *Vad är försäkring*, Försäkringsbolagens Upplysningstjänst, 1954, s. 21 f. Se även *Funktionshinder Försäkringshinder*, en rapport från 2001 av Konsumenternas försäkringsbyrå i samarbete med Handikappförbundens Samarbetsorgan och Handikappförbundens Ekonomiska Försäkringsförening, s. 20 f., och Ståndpunkts-PM från Svensk Försäkring, *Att prissätta olika risker är inte diskriminering*, 2011-11-22, s. 6.

Ett exempel på gruppering av risker kan hämtas från trafikförsäkringen. En 18-årig bilägare bosatt i Stockholm har en väsentligt högre risk för att bli inblandad i en trafikolycka än en 55-årig bilägare i glesbygd. Den bedömningen görs utifrån den generella risken för de båda typerna av bilägare eftersom det är omöjligt att avgöra vilka individer bland alla 18-åriga bilägare i Stockholm respektive 55-åriga bilägare i glesbygd som verkligen kommer att råka ut för en trafikolycka. 18-åringen får mot den bakgrunden i allmänhet betala en dyrare försäkringspremie än 55-åringen. På liknande sätt behandlas, i fråga om personförsäkring, den som löper större risk för sjukdom eller dödsfall. Denne får som regel betala mer i premie än den som löper normal risk för sjukdom eller dödsfall.

Till grund för beräkningar av riskgrupper ligger i allmänhet noggranna statistiska undersökningar och mera allmänna erfarenheter såsom medicinsk forskning och bolagets egen skadestatistik. De privata sjukförsäkringarna påverkas i hög utsträckning av det statistiska material som finns beträffande den allmänna sjukförsäkringen.

När den försäkringssökande har placerats i en riskgrupp, bedöms denne sedan utifrån den kunskap som försäkringsbolaget har om förhöjda risker inom den riskgruppen.

7.2.4 Riskbedömning vid personförsäkring grundas på hälsouppgifter

Försäkringsbolagens möjligheter att bedöma och prissätta risker på ett korrekt sätt är, som framgått, av betydande vikt. Vid ansökan om en individuell personförsäkring måste därför den försäkringssökande, eller vårdnadshavaren om det rör sig om barnförsäkring, fylla i en hälsodeklaration. En hälsodeklaration är en blankett med ett antal frågor om hälsan hos den som ska försäkras. Exempelvis efterfrågas eventuella sjukdomar och skador, sjukskrivningar, läkarbesök, medicinintag m.m. Den försäkringssökande intygar att de uppgifter som har lämnats är fullständiga och riktiga.

Som har framgått tidigare (se kapitel 4) omfattas den som vill nyteckna, utvidga eller förnya en försäkring av en s.k. upplysningsplikt som innebär en skyldighet att på ett riktigt sätt besvara försäkringsbolagets frågor (se 12 kap. 1 § FAL). Vid ansökan om personförsäkring handlar det om att sökanden ska lämna korrekta uppgifter om sitt hälsotillstånd. Om den försäkrade har lämnat

oriktiga uppgifter som försäkringsbolaget exempelvis upptäcker i samband med en eventuell skadereglering, kan det leda till att den försäkrade helt eller delvis går miste om sin rätt till ersättning och att försäkringen sägs upp eller erbjuds till andra villkor (12 kap. 2–4 §§ FAL).

Ibland begär försäkringsbolaget kompletterande hälsouppgifter från den försäkringssökande, eller vårdnadshavaren, inför sin riskbedömning. Så kan exempelvis vara fallet när den försäkringssökande tidigare haft sjukdomar som han bäst själv kan lämna information om. Det kan bli aktuellt exempelvis vid astma och ryggbesvär. I sådana fall använder försäkringsbolaget normalt frågeformulär som den försäkringssökande själv ska besvara. I sådana frågeformulär förekommer frågor som vilken behandling sökanden fått eller när senaste symtomen visat sig. Utöver frågeformuläret förekommer även att försäkringsbolaget önskar att ansökan kompletteras med uppgifter från en medicinsk specialist. Läkarutlåtande kan exempelvis användas vid övervikt, för att se om personen i fråga har några andra riskfaktorer. En annan orsak till att försäkringsbolaget begär in läkarintyg kan vara att ansökan rör ett högt försäkringsbelopp (detta är ovanligt vid privata, individuella försäkringar, och förekommer främst vid försäkringar på tjänstesidan). Slutligen kan försäkringsbolaget i vissa fall bedöma att det för riskbedömningen behövs kompletterande uppgifter om den ansökande från hälso- och sjukvården i form av exempelvis patientjournaler eller, när det gäller barn, journalanteckningar från barnhälsovården och elevhälsan. Även bl.a. uppgifter från Försäkringskassan om tidigare sjukskrivning kan vara av intresse.⁷

⁷ Se Per Dahlénus, Anders Lund, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, 2011, s. 28. Se även *Funktionsbinder Försäkringsbinder*, En rapport från 2001 av Konsumenternas försäkringsbyrå i samarbete med Handikappförbundens Samarbetsorgan och Handikappförbundens Ekonomiska Försäkringsförening, s. 22.

7.2.5 Samtycke till inhämtande av hälsouppgifter

De uppgifter från hälso- och sjukvården som försäkringsbolagen kan vara intresserade av att ta del av omfattas normalt av sekretess. Enligt 25 kap. 1 § OSL gäller sekretess för uppgifter inom hälso- och sjukvården om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.⁸ Sekretessen gäller därmed med ett omvänt skaderekvisit. Detta förutsätter en prövning i varje särskilt fall, när det gäller om uppgifter i exempelvis journalhandlingar kan lämnas ut. Mot bakgrund av den integritetskänsliga information som hälso- och sjukvården hanterar är det ovanligt att uppgifter lämnas ut efter en sådan sekretessprövning.⁹ Motsvarande sekretess gäller enligt 26 kap. 1 § OSL för hälsouppgifter som förekommer inom Socialtjänsten. Även hälsouppgifter hos Försäkringskassan kan skyddas av sekretess enligt 28 kap. 1 § OSL, och i 21 kap. 1 § OSL finns en allmän sekretessbestämmelse som ger ett miniskydd för hälsouppgifter som förekommer i den övriga allmänna verksamheten.¹⁰

Eftersom de hälsouppgifter angående den försäkringssökande som finns inom den offentliga verksamheten i de flesta fall omfattas av sekretess, krävs normalt att den enskilde lämnar sitt samtycke till att uppgifterna samlas in för att försäkringsbolaget ska få tillgång till uppgifterna. I rättslig mening innebär ett samtycke att den enskilde häver sekretessen för vissa uppgifter (12 kap. 2 § OSL).

Försäkringsbolagens tillgång till och hantering av uppgifter från hälso- och sjukvården är någonting som har ifrågasatts, framför allt ur ett integritetsperspektiv. Mot den bakgrunden infördes det ny lagstiftning 2011. Innan dess fanns regelmässigt ett avsnitt i hälsodeklarationen där försäkringsbolagen begärde den enskildes samtycke till att samla in hälsoupplýsningar i form av bl.a. patient-

⁸ Grundläggande bestämmelser om journalföring och personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården finns också i patientdatalagen (2008:355).

⁹ Se SOU 2009:96, s. 387 f.

¹⁰ Sekretessen för uppgifter hos Försäkringskassan enligt 28 kap. 1 § OSL avgränsas med ett rakt skaderekvisit. Sekretessen gäller därmed bara om det kan antas att den enskilde eller någon honom eller henne närstående lider men, om uppgiften röjs. Den allmänna sekretessbestämmelsen i 21 kap. 1 § OSL för hälsouppgifter inom det allmänna, ger ett minimiskydd. Sekretessen enligt den bestämmelsen avgränsas med ett rakt kvalificerat skaderekvisit, som innebär att sekretess gäller endast om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

journaler, läkarintyg och uppgifter från Försäkringskassan. Samtyckena som efterfrågades var vanligtvis generella och inte tidsbegränsade (prop. 2009/10:241 s. 8 och 11).

Lagändringen som trädde i kraft den 1 juli 2011, genom nu gällande 11 kap. 1 a § FAL, syftade till att förstärka integritetsskyddet för enskilda på försäkringsområdet. Bland annat förändrades reglerna angående försäkringsbolagens inhämtande av hälsouppgifter från hälso- och sjukvården.

Enligt 11 kap. 1 a § FAL får ett försäkringsbolag begära samtycke till att hämta in uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd endast om det är *nödvändigt* för prövningen av försäkringsansökan. Det samtycke som lämnas ska vidare vara begränsat att gälla under prövningen av ansökan. Försäkringsbolaget ska även, i samband med att samtycke begärs, informera om innebörden och betydelsen för prövningen av att samtycke ges.

I kapitel 15 nedan, behandlar vi närmare hur försäkringsbolagen hämtar in och använder hälsouppgifter vid prövningen av ansökningar om personförsäkring.

7.2.6 Särskilda bestämmelser om genetisk information

I lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. finns särskilda bestämmelser angående information om resultatet av en genetisk undersökning inom hälso- och sjukvården (genetisk information). Genom lagen inskränks försäkringsbolagens möjlighet att hämta in och använda sådan hälsoinformation. Enligt 2 kap. 1 § får ingen utan stöd i lag ställa som villkor för ett avtal att den andra parten ska genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv. Ingen får heller utan stöd i lag i samband med ett avtal efterforska eller använda genetisk information om den andre. Dessa regler är tillämpliga även på försäkringsbolags verksamhet. Genetisk information får därmed inte efterfrågas i hälsodeklARATIONER. Om sådan information trots allt kommer till försäkringsbolagets kännedom, exempelvis genom anteckningar i journaler, får bolaget inte använda informationen vid sin riskbedömning. I 2 kap. 2 § finns det undantag från det absoluta förbudet att efterforska och använda genetisk information. I fråga om riskbedömd personförsäkring får sådan information efterforskas och användas när det

är fråga om ingående, ändring eller förnyelse av avtal, om den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som ska utgå överstiger 30 prisbasbelopp som engångsbelopp eller fyra prisbasbelopp per år vid periodisk ersättning.

Enligt 4 kap. 16 § FRL får uppgift om genetisk undersökning eller genetisk information som avser en enskild person inte obehörigen röjas.

7.2.7 Försäkringsmedicinska riktlinjer

Det finns inga branschgemensamma regler för den försäkringsmedicinska bedömningen. Till ledning för riskbedömningen använder försäkringsbolagen i stället riktlinjer som antingen har tagits fram av det egna bolaget, eller av något återförsäkringsbolag, s.k. försäkringsmedicinska riktlinjer. Dessa baseras på bl.a. sjuklighetsstatistik och innehåller information om olika slags sjukdomar och tillstånd och ger ledning för hur riskbedömningen vid olika tillstånd bör göras. Försäkringsbolagen kan komma till olika resultat i sin prövning, bl.a. beroende på vilka risker man anser sig kunna ta. Detta i sin tur påverkas av många olika faktorer, såsom den aktuella försäkringens innehåll, försäkringskollektivets storlek och sammansättning samt bolagets ekonomi i övrigt.¹¹

7.2.8 Återförsäkring

En faktor som också har betydelse i sammanhanget är att vissa försäkringsbolag har återförsäkring för sina personförsäkringsprodukter. Återförsäkring är en viktig beståndsdel i försäkringsmarknaden och en förutsättning för att försäkringsbolagen ska kunna klara av att fullgöra sina åtaganden utan risk för alltför stora förluster. Återförsäkring innebär i princip att ett vanligt försäkringsbolag köper en försäkring hos ett annat bolag i syfte att minska risken för förlust och konkurs.¹² Ett försäkringsbolag kan genom återförsäkring skydda sig både mot enskilda riskers höga skade-

¹¹ Per Dahlénus, Anders Lund, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, 2011, s. 18 och 20.

¹² Ståndpunkts-PM från Svensk Försäkring, *Att prissätta olika risker är inte diskriminering*, 2011-11-22, s. 4.

belopp och mot risker vid speciella försäkringstyper där skaderesultatet är okänt.

Återförsäkringsmarknaden i Sverige har genomgått stora förändringar under det senaste århundradet. De svenska livförsäkringsbolagen bildade 1914 ett gemensamt ägt återförsäkringsbolag, Återförsäkrings AB Sverige. Syftet med bildandet var att frigöra sig från beroendet av utländska återförsäkrare och åstadkomma bättre och billigare återförsäkringar genom ett inhemskt samarbete. En kort tid efter bildandet av Återförsäkrings AB Sverige etablerade medlemsbolagen även ett närmare samarbete på riskbedömningsområdet. En gemensam riskbedömningsnämnd inrättades och branschgemensamma regler och riktlinjer avseende medicinsk riskbedömning utarbetades. Nämnden skulle fullgöra uppgiften som en kvalitets-säkrare för korrekta och likvärdiga bedömningar hos de olika bolagen. I och med samarbetet konkurrerade inte försäkringsbolagen när det gällde så kallade medicinska risker. De skulle i stället samarbeta och följa samma riktlinjer. Som exempel kan nämnas att samtliga medlemsbolag gemensamt bidrog med statistik och resurser för en kontinuerlig analys och revidering av de gemensamma riktlinjerna. Inom ramen för detta samarbete fastställdes exempelvis att 30 procent av förekommande förhöjning av liv- och sjukrisker skulle subventioneras av de försäkringskollektiv som beviljats försäkring till normalpremie. Lite förenklat innebar det att en försäkringssökande som bedömdes ha en ökad dödsfallsrisk med 100 procent enbart fick en premieförhöjning på 70 procent. Härigenom fördelades riskspridningen gemensamt och det togs ett delat ansvar även för de något sämre riskerna.

I slutet av 1980-talet uppmärksammade Näringsfrihetsombudsmannen (NO)¹³ samarbetet inom Återförsäkrings AB Sverige. NO framförde skarp kritik bl.a. mot detta samarbete och menade att detta var konkurrenshämmande. Medlemsbolagen å sin sida framförde fördelarna med samarbetet. De menade bl.a. att de sämre medicinska riskerna utgjorde en mycket liten del av de totala försäkringskollektiven och att dessa därför erbjöds större möjlighet att få teckna försäkring samt att de subventionerades av normalrisk-

¹³ NO var en statlig myndighet, ledd av en näringsfrihetsombudsman, som 1954–92 hade i uppgift att ingripa mot skadliga konkurrensbegränsningar. NO avskaffades 1992 i samband med inrättandet av Konkurrensverket.

kollektiven. Samarbetet och samägandet inom Återförsäkrings AB Sverige upphörde 1990.

För närvarande finns ett flertal återförsäkringsbolag på den svenska marknaden. Några av dessa är SCOR Sweden Re, Swiss Re och Hannover Re.

När det gäller individuell personförsäkring, sköter de flesta vanliga försäkringsbolag numera själva större delen av sin riskbedömning. Men det finns ett fåtal mindre bolag som har lagt ut hela sin riskbedömningsverksamhet på ett återförsäkringsbolag. Det är i dag ovanligt att de större försäkringsbolagen har återförsäkring för sin privata, individuella personförsäkringar, däremot är det vanligare att mindre försäkringsbolag återförsäkrar dessa produkter. Som en naturlig följd, har de större försäkringsbolagen i allmänhet utvecklat egna försäkringsmedicinska riktlinjer, medan de mindre bolag som har återförsäkring i regel använder sig av de riktlinjer som tagits fram av återförsäkringsbolaget.

7.2.9 Försäkringsmedicin i förhållande till klinisk medicin

Försäkringsmedicin är ett accepterat begrepp som används inom bl.a. försäkringsbranschen och läkarvetenskapen, men det finns ingen övergripande enhetlig definition av begreppets innebörd. Begreppet används och fyller något varierande funktioner i olika verksamheter, såsom privat och offentlig sjukvård, allmän försäkring och den privata försäkringen, men de som arbetar inom ett visst område har i regel god kännedom om vad försäkringsmedicin innebär för den aktuella verksamheten.¹⁴ I privat försäkringsverksamhet har försäkringsmedicinen betydelse bl.a. för de riskanalyser som ligger till grund för bedömningar av under vilka förutsättningar som försäkring kan beviljas och vilken ersättning från försäkring som kan betalas ut vid försäkringsfall.¹⁵

Försäkringsmedicinen skiljer sig på olika sätt från den kliniska medicin som utövas inom hälso- och sjukvården. Med *klinisk medicin* avser vi i det här sammanhanget de kontakter med hälso- och sjukvården som en försäkringssökande kan ha eller ha haft privat. Inom

¹⁴ Per Dahlénus, Anders Lund, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, 2011, s. 13.

¹⁵ Se Bengt Järholm och Christer Olofsson, *Försäkringsmedicin*, 2006, s. 13 ff.

ramen för de kontakterna kan personen i fråga exempelvis ha fått en viss diagnos och behandling samt upplysningar om förväntat tillfrisknande eller förväntade följder av det aktuella tillståndet.¹⁶

I samband med ansökan om en personförsäkring kan det förekomma att en viss försäkringssökande av försäkringsbolaget bedöms innebära en förhöjd risk, samtidigt som personen i fråga inte anser sig ha fått motsvarande signaler från behandlande läkare. En förklaring till detta är att den försäkringsmedicinska riskbedömningen görs utifrån ett statistiskt synsätt. Det betyder att bolaget, med tillämpning av den sjuklighetsstatistik som framgår av bolagets riktlinjer, bedömer om den försäkringssökande befinner sig i en grupp där det finns en ökad risk. Om den gruppen som helhet uppvisar en högre risk än normalt, kan försäkringsbolaget exempelvis göra bedömningen att varje sökande som tillhör den gruppen ska betala en premieförhöjning för att jämna ut den ökade risken.

Den kliniskt behandlande läkaren är å andra sidan inte ute efter att göra någon riskbedömning i försäkringsmedicinsk bemärkelse, utan har en annan utgångspunkt för sin bedömning. För att kunna ge en viss individ en korrekt klinisk diagnos och behandling finns inte behov av att gruppera risker utifrån statistiska riktlinjer.

Av ovan angivna skäl är det inte ovanligt att det besked som en individ får av försäkringsbolaget vid ansökan om en personförsäkring, avviker från hur individen har uppfattat den behandlande läkares bedömning. Vad det då handlar om är att bolaget vid den försäkringsmedicinska prövningen har bedömt att kunden tillhör en grupp med högre framtida hälsorisker än vad personen i fråga har uppfattat utifrån den information som lämnats av behandlande läkare.

¹⁶ Angående förhållandet mellan försäkringsmedicin och klinisk medicin, se Per Dahlénius, Anders Lund, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, 2011, s. 41 f.

7.3 Riskbedömningsprocessen

7.3.1 Inledning

Hur riskbedömningsprocessen går till i praktiken är någonting som bestäms internt inom varje försäkringsbolag. Enligt uppgifter som lämnats till utredningen från försäkringsbolagen skiljer sig också rutinerna åt mellan bolagen. Samtidigt finns det en grundläggande systematik som är i stor sett gemensam för de flesta försäkringsbolag. Framställningen nedan syftar till att ge en bild av hur försäkringsbolagen i allmänhet arbetar med riskbedömning.¹⁷

7.3.2 Hälsodeklarationen

När försäkringsbolaget har samlat in de uppgifter man anser att man behöver för att göra en bedömning tar försäkringsbolaget ställning till ansökan.

Traditionellt har riskbedömare vid försäkringsbolagen varit personer med stor erfarenhet och god försäkringskunskap. I dag har många riskbedömare även en medicinsk utbildning på universitetsnivå, exempelvis är det vanligt att riskbedömare har bakgrund som sjuksköterskor.

Det centrala dokumentet i riskbedömningsprocessen är, som redan har framgått, den hälsodeklaration som fylls i av den försäkringssökande. Utifrån denna växer sedan riskbedömningsprocessen fram.

Om de uppgifter som lämnas i hälsodeklarationen inte indikerar någon förhöjd hälsorisk, beviljas ansökan ofta direkt till ordinarie villkor. Även en sådan ansökan kan samtidigt behöva granskas närmare av en riskbedömare. Orsaker till detta kan vara att personen har sökt försäkring i bolaget tidigare, och att det i den tidigare ansökan finns uppgifter som kan vara av intresse, eller att försäkringsbeloppet är så högt att det behövs speciella undersökningar, exempelvis ett läkarutlåtande.

¹⁷ Framställningen angående riskbedömningsprocessen bygger på uppgifter som utredningen har fått av försäkringsbolagen, men uppgifter är också hämtade ur Per Dahlénus, Anders Lund, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, 2011, s. 22 ff.

Ifall det genom hälsodeklarationen kommer fram att det finns medicinska uppgifter som behöver bedömas, görs en mer kvalificerad riskbedömning. Det är försäkringsbolagets interna riktlinjer som styr när bolagets ansökningar ska bedömas av en person som är kvalificerad riskbedömare. Vissa försäkringsbolags interna riktlinjer ger bolagets administratörer möjlighet att själva bedöma ärendet om det handlar om enklare hälsobesvär.

Om riskbedömaren anser att en bedömning inte kan göras direkt på hälsodeklarationen avgör denne vilka kompletterande uppgifter som behövs. Som redan har nämnts, kan det exempelvis handla om frågeformulär som besvaras av den försäkringssökande eller dennes läkare, journaler från vårdinrättningar, uppgifter från Försäkringskassan, eller en begäran från försäkringsbolaget om ett läkarutlåtande. För inhämtande av kompletterande hälsouppgifter från andra än den försäkringssökande krävs, som framgått ovan, den försäkringssökandes samtycke.

7.3.3 Medicinsk kodning

Vid bedömningen av den försäkringsmässiga risken vid olika hälsotillstånd, arbetar försäkringsbolagen i regel med s.k. medicinsk kodning. Många försäkringsbolag tillämpar sjukdomsklassifikationen ICD (International Classification of Diseases), vilket är WHO:s klassificeringssystem för olika diagnoser. Kodningssystemet är internationellt och fastställt av Socialstyrelsen för tillämpning av klassificering och statistik avseende sjukdomar och andra hälsoproblem. Andra alternativa kodningssystem tillämpas också. Vissa försäkringsbolag har exempelvis en kodning utifrån återförsäkringsbolagets riktlinjer. Oavsett vilken kodform som tillämpas, är syftet att de sjukdomar eller skador som legat till grund för bedömningen ska koda på ansökan, så att det ska vara möjligt för bolaget att använda informationen. Uppgifterna kan användas för exempelvis framställning av försäkringsmedicinsk statistik, differentierad bedömning av risknivåer, produktutveckling och underhåll av försäkringsmedicinska regelverk och för att om möjligt kartlägga följden av riskbedömningen i relation till utfallet vid skadereglering.

7.3.4 Resultatet av riskbedömningen

Efter den försäkringsmedicinska bedömningen, ger försäkringsbolaget den försäkringssökande besked antingen om att den sökta försäkringen beviljas, och i så fall till vilka villkor, eller om att ansökan avslås.

En *normalbedömning* innebär att kunden inte har någon sjukdom eller skada som påverkar risken, eller att det går att bortse från risken genom att den är så låg. I sådana fall beviljas försäkring till ordinarie villkor, dvs. de villkor som normalt gäller för den sökta försäkringen.

Om den försäkringssökande bedöms innebära en förhöjd risk, kan i vissa fall en *undantagsklausul* användas för att eliminera riskökningen i det enskilda fallet. En undantagsklausul innebär en inskränkning i försäkringsskyddet för den aktuella individen. Huvudregeln är att en sådan undantagsklausul ska grunda sig på hälsoinformation som har inhämtats om den försäkringssökande genom hälsodeklarationen eller andra inhämtade uppgifter. En undantagsklausul kan innebära exempelvis att försäkringen, eller vissa ersättningsmoment i försäkringen, inte ska omfatta en viss sjukdom och följder av den sjukdomen. Det kan också föreskrivas att vissa ersättningsmoment i försäkringen, exempelvis ersättning vid arbetsoförmåga, helt ska utgå.

En procentuell förhöjning av försäkringspremien, s.k. *premieförhöjning*, är ytterligare ett sätt för ett bolag att kunna erbjuda försäkringar även till någon som innebär en förhöjd risk. I den mån premieförhöjningar används, skiljer sig premiehöjningsnivåerna åt mellan bolagen.

En *kombination av förhöjd premie och undantagsklausul* kan också förekomma. Den förhöjda premien och undantagsklausulen har ofta olika orsaker, men det kan i vissa fall vara samma sjukdom eller skada som är orsaken till både den förhöjda premien och undantagsklausulen.

I vissa fall kan riskbedömningen resultera i *helt avslag*, på grund av att försäkringsbolaget anser att risken för försäkringsfall är för stor. I dessa fall är det inte ovanligt att kunden erbjuds en annan försäkringsprodukt. En person som sökt en kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring kan exempelvis ofta erbjudas en ren olycksfallsförsäkring, eller en sjuk- och olycksfallsförsäkring utan skydd

för ekonomisk invaliditet (arbetsförmåga), med eller utan särskild undantagsklausul.

En viktig faktor vid riskbedömningen är tidsintervallet från tillfrisknande efter en skadehändelse eller en sjukdom. Om försäkringsbolaget anser att man behöver en observationstid innan man kan bevilja en försäkring, kan den försäkringssökande informeras om att bolaget är berett att efter viss tid *ompröva* sitt beslut (en försäkringssökande kan visserligen i praktiken alltid begära att ansökan prövas på nytt, även utan ett sådant erbjudande). Omprövningstiden bestäms då i regel så att tidpunkten för omprövning inträffar när bolaget bedömer att försäkring tidigast kan beviljas.

I vissa fall kan försäkringsbolaget utlova *efterprövning*, när försäkring har beviljats med premieförhöjning eller undantagsklausul, och det aktuella tillståndet kan vara övergående. Vid efterprövning tas bara hänsyn till den sjukdom eller skada som vid den ursprungliga bedömningen var orsaken till premieförhöjningen eller undantagsklausulen, och efterprövning sker oberoende av vad som i övrigt har inträffat med den försäkrades hälsotillstånd.

Det är alltså genom *särskilda villkor i det individuella försäkringsavtalet* som försäkringsbolaget kan inskränka försäkringen eller höjer premien i förhållande till vad som vanligen gäller. Dessa avvikande villkor framgår normalt i det försäkringsbrev som bolaget skickar till den som har ansökt om försäkringen. Om den försäkringssökande accepterar att teckna försäkringen till dessa villkor, kommer det specifika försäkringsavtalet att gälla med de angivna avvikelserna från de normala villkoren (se kapitel 4 för en mer utförlig beskrivning av hur försäkringsavtal ingås).

Vilka slags särskilda försäkringsvillkor som används skiljer sig både mellan försäkringsbolagen, och inom bolagen beroende på vilken slags försäkring det gäller.

Ett försäkringsbolag ska motivera ett beslut att inte meddela en försäkring till de villkor som normalt gäller för försäkringen i fråga, och även upplysa om vad sökanden kan göra för att få beslutet prövat (se 16 kap. 7 § FAL).

8 Diskrimineringslagstiftningen

8.1 Kopplingen mellan diskrimineringslagstiftningen och kontraheringsplikten för personförsäkring

Som framgått bygger FAL på att försäkringsbolagen har en stor frihet att utforma sina produkter, och avgöra vilka risker som de med hänsyn till försäkringstekniska och ekonomiska skäl är beredda att försäkra. Bestämmelsen i 11 kap. 1 § FAL om kontraheringsplikt för personförsäkring, och möjligheten för den som nekats en sådan försäkring att få sin sak prövad i domstol, innebär en viss begränsning av den friheten. Även regler om diskriminering kan begränsa bolagens valfrihet när det gäller att anpassa sina produkter och definiera målgruppen för sina försäkringar. Till skillnad från bestämmelserna i FAL, som reglerar allmänt hur försäkringsbolagen ska agera vid tecknande eller förnyelse av personförsäkring, är diskrimineringslagstiftningen inriktad på att skydda vissa särskilt definierade grupper mot särbehandling (se prop. 2007/08:95, s. 79).

Det finns alltså en parallell mellan kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL och diskrimineringslagstiftningen, genom att båda regelverken på olika sätt begränsar försäkringsbolagens valfrihet när det gäller i vilka fall personförsäkringar ska beviljas, och till vilka villkor. En person som anser sig ha blivit diskriminerad på grund av att han eller hon, har vägrats teckna en personförsäkring, med hänvisning till en funktionsnedsättning eller någon annan diskrimineringsgrund, har möjlighet välja mellan att driva frågan om kontraheringsplikt enligt FAL i domstol, eller vända sig till diskrimineringsombudsmannen och ansöka om att denne ska driva saken.

I det här avsnittet redovisar vi översiktligt vilka bedömningar som görs avseende förbudet mot diskriminering vid ansökan om en personförsäkring, och vilken betydelse detta eventuellt kan ha när

det gäller tillämpningen av bestämmelserna om rätten till en personförsäkring enligt FAL. I vårt uppdrag ingår däremot inte att närmare analysera eller föreslå åtgärder med utgångspunkt i diskrimineringslagstiftningen.

8.2 Diskrimineringslagen

8.2.1 Tillämpningsområde m.m.

Den nuvarande diskrimineringslagen (2008:567) (DL) trädde i kraft den 1 januari 2009. Samtidigt inrättades diskrimineringsombudsmannen (DO) som har tillsyn över att lagen följs.

Enligt diskrimineringslagen är det förbjudet att, genom direkt eller indirekt diskriminering¹, missgynna någon på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (1 kap. 4 § 1 och 2 DL). Genom ändringar i DL som trädde i kraft 1 januari 2015, har även bristande tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning införts som en ny form av diskriminering i diskrimineringslagen (1 kap. 4 § 3 DL).

Diskriminering är förbjuden även vid yrkesmässigt tillhandahållande av tjänster till allmänheten (2 kap. 12 § 1 DL). Försäkringar är en form av tjänster som omfattas allmänt av förbudets tillämpningsområde (prop. 2007/08:95, s. 518). När det gäller diskriminering som har samband med kön och ålder, gäller däremot särskilda bestämmelser just i försäkrings-sammanhang.

Fram till december 2012 gällde ett uttryckligt undantag i diskrimineringslagstiftningen som innebar att det trots förbudet mot diskriminering som har samband med kön, var möjligt för försäkringsbolagen att tillämpa olika försäkringspremier och villkor enbart på grund av vilket kön försäkringstagaren hade.² Den 21 december 2012 infördes en ny bestämmelse i DL (12 kap. 12 a §), som innebär

¹ Diskriminering kan enligt 4 kap. 1 § DL även ta sig uttryck i trakasserier, såväl med som utan sexuella inslag, och i instruktioner att diskriminera.

² Bakgrunden till undantaget var ett EU-direktiv (2004/113/EG) från 2004 som i och för sig förbjuder könsdiskriminering när det gäller handel med varor och tjänster, men ger länderna möjlighet att tillåta skilda försäkringspremier för män och kvinnor om kön är en avgörande faktor vid en riskbedömning. Svensk lag tillät sedan tidigare könsskillnader i försäkringspremier och när direktivet skulle implementeras i svensk rätt valde den dåvarande regeringen att utnyttja undantaget.

att försäkringsbolagen inte längre får tillämpa differentierade försäkringspremier på individnivå baserat på kön.³ Försäkringsbolagen får däremot fortfarande använda kön som en generell riskfaktor vid beräkningen av premier vid en objektiv värdering av en annan riskfaktor, exempelvis sjukdomsanlag, vars betydelse kan vara beroende av könstillhörigheten hos den person där riskfaktorn konstaterats (prop. 2011/12:122 s. 19).

Vidare gäller inte förbudet i DL mot diskriminering till följd av ålder vid tillhandahållande av försäkringstjänster (12 kap. 12 a §). Detta betyder att DL inte hindrar att försäkringsbolagen använder ålder som en faktor vid bestämning av premier och villkor.

8.2.2 Förbud mot direkt och indirekt diskriminering

Enligt DL förbjuds som angetts både direkt och indirekt diskriminering (1 kap. 4 § 1 och 2 DL).

Med *direkt diskriminering* menas att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med en diskrimineringsgrund, exempelvis en funktionsnedsättning.

Bedömningen vid direkt diskriminering är alltså uppbyggd kring tre huvudsakliga faktorer; missgynnande, jämförelse och orsakssamband. Först ska det bedömas om en person har missgynnats, därefter ska en jämförelse göras med hur andra personer i en jämförbar situation skulle ha behandlats. Om jämförelsen visar på en skillnad i behandlingen, ska det slutligen prövas om det finns ett orsakssamband mellan exempelvis funktionsnedsättningen och den påvisade skillnaden i behandling (se RH 2014:9).

I förarbetena till DL nämns som exempel på *missgynnande* att någon försätts i ett sämre läge eller går miste om en förbättring, en förmån, en serviceåtgärd eller liknande (prop. 2007/08:95 s. 486 f.). Vidare sägs att det som typiskt sett är förenat med faktisk förlust, obehag eller liknande är att anse som ett missgynnande. Det krävs samtidigt inte att det ifrågasatta förfarandet faktiskt fått någon

³ Skälet till ändringen var en dom i EU-domstolen som underkände undantaget för kön och försäkringar i det aktuella EU-direktivet (dom i mål C-236/09 Test Achats).

praktisk eller ekonomisk konsekvens för den som påstås ha blivit diskriminerad. Av förarbetena framgår nämligen att redan det förhållande att en arbetssökande inte kallas till en anställningsintervju innebär att denne försätts i ett sämre läge på ett sätt som innebär ett missgynnande. I en sådan situation behöver det alltså inte visas att behandlingen av den arbetssökande faktiskt fått till effekt att denne gått miste om en anställning. Bedömningen ska ändå göras på objektiva grunder – att en enskild har upplevt subjektivt obehag har i rättspraxis inte ansetts tillräckligt för att ett missgynnande ska anses föreligga. Det krävs alltså både en behandling som på objektiva grunder kan sägas leda till skada eller en nackdel för en enskild och en effekt av en sådan behandling i form av exempelvis obehag (se RH 2008:62).

För att *jämförelsen* ska bli rättvisande krävs att personerna som jämförs befinner sig i situationer där det är rimligt eller naturligt att jämföra dem med varandra. Kriteriet *jämförbar situation* kan därför ha olika innebörd beroende på i vilken situation diskrimineringen påstås ha skett (prop. 2007/08:95 s. 487).

Den tredje förutsättningen för direkt diskriminering är att det finns ett *orsakssamband* mellan missgynnandet och diskrimineringsgrunden. Sambandet kan vara antingen starkt eller svagt. Allra starkast är det om det finns en avsikt att missgynna en person på grund av någon av diskrimineringsgrunderna. Det är likväldigt med en diskriminerande avsikt för att kunna fastställa diskriminering. Det är tillräckligt att handlandet har samband med diskrimineringsgrunden. Den aktuella diskrimineringsgrunden behöver alltså inte vara det avgörande skälet för varken handlandet eller beslutet (prop. 2007/08:95 s. 488 ff.).

Indirekt diskriminering enligt DL innebär att någon missgynnas genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt men som kan komma att särskilt missgynna personer på grund av någon diskrimineringsgrund, exempelvis en funktionsnedsättning. Indirekt diskriminering föreligger inte om bestämmelsen, kriteriet eller förfaringsättet har ett berättigat syfte åtgärden som används är lämplig och nödvändig för att uppnå syftet.

Indirekt diskriminering är alltså uppbyggt kring kriterierna missgynnande, jämförelse och en intresseavvägning mellan syftet med bestämmelsen och de medel som används.

Med *missgynnande* menas i fråga om indirekt diskriminering detsamma som i fråga om direkt diskriminering, dvs. att någon faktiskt har lidit skada, alternativt upplevt obehag eller någon annan nackdel. Skillnaden jämfört med direkt diskriminering är att det bara kan bli fråga om indirekt diskriminering om någon har missgynnats genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt men i praktiken leder till missgynnande av vissa personer på grund av en diskrimineringsgrund. I försäkringsssammanhang kan det exempelvis vara ett villkor för att få teckna försäkring som vid en första anblick verkar neutralt men som i praktiken omöjliggör för personer med funktionsnedsättning att teckna försäkring (prop. 2007/08:95 s. 490). Det kan alltså inte bli fråga om indirekt diskriminering om det anges i försäkringsvillkoren att försäkringen exempelvis inte tecknas för personer med vissa funktionsnedsättningar, villkoret måste verka neutralt men i praktiken typiskt sett missgynna personer med funktionsnedsättning.

För att avgöra om ett krav kan komma att särskilt missgynna personer ur en viss grupp måste en jämförelse göras mellan den grupp som en person tillhör och någon annan grupp. *Jämförelsen* ska ta sikte på den andel av de som kan, eller inte kan, uppfylla kravet i de grupper som jämförs. Om jämförelsen visar en betydande skillnad i de båda gruppernas möjligheter att typiskt sett uppfylla kravet talar detta för att det är fråga om indirekt diskriminering. Skillnaden mellan de som kan respektive inte kan uppfylla kravet i de grupper som jämförs bör vara betydande för att någon ur en grupp ska anses ha missgynnats genom det uppställda kravet. Det måste göras en faktisk jämförelse mellan de grupper som är aktuella. Det är i detta sammanhang inte aktuellt att använda hypotetiska jämförelsepersoner (se prop. 2007/08:95 s. 490 f.).

Trots att tillämpningen av ett kriterium, en bestämmelse eller ett förfarande särskilt kan komma att missgynna personer som tillhör en skyddad grupp, finns det vid indirekt diskriminering ett visst utrymme för att handlandet ändå ska anses vara tillåtet. Det finns två krav som måste vara uppfyllda för att en åtgärd som typiskt sett har negativa effekter för en grupp ska vara tillåten; syftet måste vara objektivt sett godtagbart och åtgärden måste vara lämplig och nödvändig. En *intresseavvägning* måste därför göras för att avgöra om förfarandet ska anses tillåtet eller otillåtet som indirekt diskri-

minering. Syftet i sig kanske är godtagbart men frågan är om det är proportionerligt (prop. 2007/08:95 s. 491 ff.).

Bevisbördan i fråga om diskriminering har fördelats så att om den som anser sig ha blivit diskriminerad visar omständigheter som ger anledning att anta att han eller hon har blivit diskriminerad, är det sedan upp till den som anklagas för att ha diskriminerat som ska visa att diskriminering inte har förekommit (6 kap. 3 § DL).

8.2.3 Särskilt om diskriminering på grund av funktionsnedsättning

Med diskrimineringsgrunden *funktionsnedsättning* avses enligt lagen varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns vid födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå (1 kap. 5 § 4 DL).

I DL görs inget undantag för FAL:s del i fråga om möjligheten till särbehandling med hänvisning till att den som vill teckna en försäkring har en funktionsnedsättning. Den som med hänvisning till en funktionsnedsättning nekas en personförsäkring, eller beviljas en personförsäkring till högre premie och/eller till andra villkor än för andra utan funktionsnedsättning, kan alltså göra gällande att detta står i strid med DL.

En funktionsnedsättning kan vara medfödd eller ha uppkommit till följd av en sjukdom eller en skada. Sjukdom, som sådan, är däremot inte att betrakta som en funktionsnedsättning, åtminstone inte så länge som sjukdomstillståndet inte är att betrakta som varaktigt. Inte heller det faktum att man är bärare av ett anlag som kan leda till sjukdom anses utgöra en funktionsnedsättning. En person som nekats försäkring med hänvisning till att han eller hon är bärare av ett sjukdomsanlag, kan alltså inte hävda att det förekommer diskriminering i den mening som avses i DL (se prop. 2007/08:95 s. 122 f.).⁴

⁴ Se även Eva Lindell-Frantz, *Personförsäkring och kontraheringsplikt, Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, 2009, s. 73.

8.3 Ärenden som drivits av DO i domstol

DO har som framgått till uppgift att utöva tillsyn över efterlevnaden av DL och har rätt att väcka talan i mål om diskriminering (se 6 kap. 1 § DL). Under senare år har DO fört talan i ett antal ärenden där personer med funktionsnedsättning har nekats försäkring. Det finns exempel i hovrättspraxis när diskriminering har ansetts föreligga på grund av att en försäkringsansökan har avslagits utan att det har gjorts en individuell bedömning av ansökan, och detta oavsett om en sådan bedömning skulle ha resulterat i att en försäkring meddelades eller inte (se RH 2014:9).

Det aktuella målet gällde frågan om en mor och hennes dotter hade utsatts för diskriminering genom att modern vägrats teckna en sjukförsäkring för dottern. Anledningen till att försäkring hade vägrats var att modern erhöll vårdbidrag med anledning av dotterns hörselnedsättning. Svea Hovrätt ansåg i det fallet att såväl modern som dottern hade blivit föremål för direkt diskriminering och dömde försäkringsbolaget att betala skadestånd till dem båda. Hovrätten menade bl.a. att försäkringsansökan hade prövats på schablonmässiga och inte individuella grunder, och att detta innebar ett missgynnande i diskrimineringslagens mening, oavsett vad en individuell prövning hade utmynnat i.

Ett annat mål angående diskriminering prövades av Stockholm tingsrätt 2011, dvs. före Svea Hovrätts dom (Stockholms tingsrätts dom den 8 mars 2011 i mål T 20377-09). Det målet rörde en tre månader gammal pojke som vägrats teckna en barnförsäkring på grund av en hörselnedsättning. I det målet ansåg tingsrätten att försäkringsbolaget hade gjort en tillräckligt individualiserad bedömning av den aktuella försäkringsansökan och att någon diskriminering därmed inte hade ägt rum. DO överklagade inte domen.

Frågan om diskriminering när det gäller tecknande av personförsäkring har inte prövats av Högsta domstolen.

8.4 Avslutande synpunkter

Det finns som framgått en parallell mellan kontraheringsplikten för personförsäkring enligt FAL och förbudet mot diskriminering enligt DL, genom att båda regelverken på olika sätt begränsar försäkringsbolagens valfrihet när det gäller i vilka fall personförsäkringar ska beviljas, och till vilka villkor.

Kontraheringsplikten enligt FAL har aldrig prövats av domstol. DO har däremot drivit ett par ärenden rättsligt i fall där de försäkringssökande ansett sig ha blivit diskriminerade på grund av att de har vägrats teckna en personförsäkring. Frågan om vad som enligt domstolen är att anse som en individuell bedömning har i det sammanhanget blivit belyst. Dessa domstolsavgöranden är hittills den enda vägledning som finns i rättspraxis angående frågan om vad som utgör en individuell bedömning. Samtidigt är det andra överväganden och grunder som ligger bakom utformningen av kontraheringsplikten enligt FAL än vad gäller diskrimineringslagstiftningen. Därför gör sig till stor del andra synpunkter gällande avseende bedömningen av rätten till en personförsäkring än i diskrimineringsmångahang.

9 En nordisk utblick

9.1 Inledning

I det här kapitlet redogör vi översiktligt för rättsläget i Danmark, Finland och Norge. Försäkringsavtalslagstiftningen i Danmark och Finland föreskriver inte någon egentlig kontraheringsplikt för personförsäkringar. Enligt norsk rätt finns däremot en kontraheringsplikt för bl.a. personförsäkringar som är reglerad i den norska försäkringsavtalslagen.

9.2 Danmark

Enligt den danska försäkringsavtalslagen (Forsikringsaftaleloven¹) finns det som utgångspunkt ingen kontraheringsplikt vad gäller att teckna försäkring, utan principen om avtalsfrihet gäller. Ett undantag från den principen är att ett försäkringsbolag som har tillstånd att meddela vissa obligatoriska försäkringar, bl.a. ansvarsförsäkring för motorfordon, är skyldigt att bevilja sådan försäkring.

Ett försäkringsbolag ska vidare enligt § 3 b danska försäkringsavtalslagen på begäran motivera ett avslag på en försäkringsansökan. Enligt paragrafen ska motiveringen innehålla en hänvisning till relevanta rättsregler och en kort redogörelse för varför försäkring inte kan tecknas. Om det begärs, ska motiveringen vara skriftlig. I litteratur² och rättspraxis har det gjorts gällande att skyldigheten för ett försäkringsbolag att motivera avslagsbeslut innebär att ett försäkringsbolag inte får avslå en försäkringsansökan (varken helt

¹ Lov nr. 129 af 15. april 1930 om forsikringsaftaler, jf. nu lbk. nr. 999 af 10. maj 2006, som ændret ved lov nr. 516 og 523 af 6. juni 2007, samt lov nr 718 af 25. juni 2010.

² Se Ivan Sörensen, *Forsikringsret*, 5 udg. 2010, s. 50–58, H. Jönsson & L. Kjergaard, *Dansk forsikringsret*, 9 uppl. 2012, s. 90–98.

eller delvis) om det inte har saklig grund för detta – särskilt när det gäller konsumentförsäkring, i mindre grad vid företagsförsäkring. Åsikten har framförts att ett försäkringsbolag inte får avslå en försäkringsansökan, om avslaget strider mot fast praxis i försäkringsbranschen eller mot bolagets egen praxis. Vidare gäller enligt litteraturen att ett bolag inte skulle kunna neka någon försäkringsersättning om ett försäkringsfall anmäls innan bolaget tagit ställning till ansökan, om det kan antas att vägran bara berodde på att försäkringsfallet inträffat.

Enligt litteraturen överensstämmer branschpraxis, åtminstone inom personförsäkringsområdet, med de principer som har angetts ovan. Här har framför allt åberopats vissa uttalanden av en nämnd, den s.k. Ankenævnet for Forsikring.

Sammanfattningsvis finns ingen lagstadgad kontraheringsplikt i för personförsäkringar i Danmark. Möjligen skulle försäkringsbolaget i vissa fall anses ha en kontraheringsplikt grundad på sedvana, men det framstår som oklart.

9.3 Finland

I Finlands lag om försäkringsavtal³ finns det inte heller någon regel om egentlig kontraheringsplikt. Enligt 6 a § följer däremot att om en konsument får avslag på ansökan om försäkring ska (med några undantag som saknar intresse i det här sammanhanget) *grunden för avslaget meddelas skriftligen*. Enligt bestämmelsen ska vidare grunden vara förenlig med *lag och god försäkringssed*.

I förarbetena⁴ till 6 a §, som tillkom 2010, angavs det att någon egentlig plikt för försäkringsbolagen inte infördes eftersom försäkringsbolagen måste ha rätt att neka försäkring i sådana fall där det finns sakliga godtagbara grunder, och de sakliga grunderna kunde vara mycket varierande. Som exempel nämndes att sakliga grunder kan föreligga på grund av de allmänna ansvarsurvalsprinciperna i respektive bolag, men också med hänsyn till försäkringsobjektet i enskilda fall eller försäkringstagarens eller den försäkrades person. Det ansågs inte möjligt att upprätta en uttömmande förteckning

³ Lag om försäkringsavtal 28.6.1994/543.

⁴ Se Regeringens proposition till Riksdagen (RP 63/2009 rd) med förslag till lag om ändring i lagen om försäkringsavtal och vissa andra lagar som har samband med den, s. 10 f. och 17 f.

över godtagbara grunder. Mot den bakgrunden angavs att den försäkringssökandes ställning kunde tryggas tillräckligt genom en skyldighet för försäkringsbolaget att motivera ett negativt beslut angående en ansökan om försäkring med grunder som är förenliga med lag och god försäkringssed.

I 10 § försäkringsavtalslagen anges att försäkringsgivaren inte får avslå en ansökan om personförsäkring på den grunden att ett försäkringsfall har inträffat eller den tilltänkte försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter det att ansökningshandlingarna lämnats in eller sänts till försäkringsgivaren. I paragrafen anges också att premien och övriga villkor ska bestämmas på basis av den försäkrades hälsotillstånd vid den tidpunkten. I lagstiftningen finns inte några andra särskilda bestämmelser om grunderna för avslag. I förarbetena nämns däremot att bestämmelser i annan lagstiftning kan ha betydelse i sammanhanget. Bl.a. den ska den grundlagsfästa jämlikhetsprincipen också tillämpas vid prövningen av försäkringsansökningar. Principen innebär ett allmänt förbud mot att utan godtagbart skäl särbehandla någon på grund av dennes kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

I förarbetena till försäkringsavtalslagen hänvisade man vidare till att regler om god försäkringssed följer av olika lagar på försäkringsrörelselagstiftningens område, och att Finansbranschens Centralförbund) har antagit gemensamma principer 2002 om hur försäkringsbolagen vid tecknande och uppsägning av försäkringsavtal ska beakta de krav som god försäkringssed ställer. Det angavs vidare att utgångspunkten skulle vara att avslag på en försäkringsansökan ska grunda sig på det aktuella försäkringsbolagets praxis vad gäller vilka risker och på vilka villkor som försäkringar kan tecknas.

9.4 Norge

I Norge finns regler om kontraheringsplikt i § 3–10 försikringsavtaleloven⁵, rörande både konsumentförsäkring och företagsförsäkring och i § 12–12 om personförsäkring.

Av § 12–12⁶, som infördes genom lagstiftning 2008, framgår⁷ att ett försäkringsbolag inte utan *saklig grund* kan neka någon att till *vanliga* (norska: ”*vanlige*”) *villkor* teckna en sådan försäkring som *bolaget annars erbjuder allmänheten*. *Saklig grund* kan enligt vad som föreskrivs i paragrafen föreligga i två situationer – *dels* om det är fråga om en *särskild risk*, förutsatt att det finns ett rimligt samband mellan risken och avslaget, *dels* på grund av *andra särskilda förhållanden* (norska: ”*andre serlige forhold*”) om inte avslaget *kan anses vara orimligt för den enskilde*.

Med försäkring till *vanliga villkor* avses i § 12–12 enligt förarbetena de försäkringsvillkor som försäkringsbolaget vanligen använder för den aktuella försäkringsprodukten. Med vanliga villkor avses också de mera generella krav som bolaget brukar ställa upp för att en risk ska kunna försäkras.⁸

Av motiven framgår vidare att bolagets allmänna principer för premiedifferentiering inte omfattas av § 12–12. Detta regleras i stället i den norska försäkringsrörelselagen, där det bl.a. framgår att premien ska stå i rimligt förhållande till den risk som försäkras och försäkringsbolagets ekonomi. Om skaderisken eller den förväntade skadekostnaden i ett visst fall är särskilt hög, är bolaget därmed enligt motiven inte förhindrat att bara erbjuda försäkring till en betydligt högre premie än vad som gäller för andra kunder. Samtidigt anges i motiven att ett försäkringsbolag inte kan kringgå § 12–12 genom att, i stället för att neka försäkring i ett visst fall, erbjuda försäkring mot en premie som är orimligt hög i förhållande till risken (se proposition Ot.prp. nr. 41 (2007–2008) s. 98).⁹

⁵ Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69.

⁶ Kontraheringsplikten kommenteras i Claus Brynildsen, Børre Lid och Truls Nygård, *Forsikringsavtaleloven med kommentarer*, 3. utgåve, 2014 s. 432–438 samt i Hans Jacob Bull, *Forsikringsrett* (2008) s. 127–130.

⁷ Utredningens fria översättning.

⁸ Se Hans Jacob Bull, *Forsikringsrett* (2008) s. 127.

⁹ Se även Claus Brynildsen, Børre Lid och Truls Nygård, *Forsikringsavtaleloven med kommentarer*, 3. utgåve, 2014 s. 434.

Att kontraheringsplikten bara gäller för *försäkringar som bolaget erbjuder allmänheten*, innebär vidare att ett försäkringsbolag inte behöver erbjuda en försäkringsprodukt som bolaget normalt inte tillhandahåller (se proposition Ot.prp. nr. 41 (2007–2008) s. 98).

När det gäller vad som enligt paragrafen ska anses utgöra *saklig grund för avslag* kan det, som framgått, enligt § 12–12 till att börja med handla om en *särskild risk*. I litteraturen anges att det ska vara fråga om en risk som är betydligt högre än normalt och att det inte ska vara möjligt att kompensera riskökningen genom bolagets allmänna principer om premiedifferentiering. För bedömningen av om det föreligger en sådan särskild risk som avses i paragrafen har det betydelse såväl hur troligt det är att risken faktiskt ska realiseras som hur hög den förväntade ekonomiska belastningen på försäkringsbolaget kommer att vara om så sker (se proposition Ot.prp. nr. 41 (2007–2008) s. 99).

I paragrafen anges vidare att det ska finnas ett *rimligt samband* mellan den särskilda risken och avslaget. Med det menas enligt förarbeten och litteratur att försäkring inte får nekas i större omfattning än vad som är nödvändigt. Försäkringsbolaget ska enligt motiven inte helt neka en försäkringsansökan om det finns möjlighet att undanta den särskilda risken från försäkringen genom exempelvis en inskränkning (se proposition Ot.prp. nr. 41 (2007–2008) s. 99).

I det här sammanhanget angavs också i förarbetena att försäkringsbolagets riskbedömningar ska bygga på försvarliga analyser och tillgänglig statistik. I förarbeten anges samtidigt att försäkringsbolagen fortfarande ska kunna basera sina riskbedömningar på generell statistik. Det anges uttryckligen i propositionen att om en försäkringssökande har en viss sjukdom, ska tillgänglig generell statistik avseende hälsorisker knutna till den sjukdomen anses stå i rimligt samband med hälsorisken för den enskilde försäkringssökande. Det betonas däremot att försäkringsbolaget ska visa att statistik och annat beslutsunderlag håller godtagbar facklig nivå (norska: *”tillstrekkelig faglig nivå”*) och är tidmässigt uppdaterad. I förarbetena framhölls att det under sådana förutsättningar saknas grund för att ålägga försäkringsbolagen att göra individuella bedömningar i varje enskilt fall (se proposition Ot.prp. nr. 41 (2007–2008) s. 99 f.).

Den andra sakliga grunden som nämns i paragrafen är att *andra särskilda förhållanden* (norska: *”andre serlige forhold”*) kan åberopas

om inte avslaget *kan anses vara orimligt för den enskilde*. Detta tar sikte bl.a. på den s.k. moraliska risken, dvs. när det finns anledning för försäkringsbolaget att inte lita på den försäkringssökande.

Vidare anges i § 12–12 vissa förhållanden som *inte kan utgöra saklig grund*. Till att börja med sägs att saklig grund inte kan föreligga på grund av förhållanden som det enligt lag eller föreskrift som meddelats med stöd av lag är förbjudet att beakta vid riskbedömningen. Detsamma gäller upplysningar som försäkringsbolaget enligt lag inte får begära från den försäkringssökande. Nu nämnda förbehåll i bestämmelsen syftar främst på de begränsningar som följer av diskrimineringslagstiftningen, och lagstadgade begränsningar när det gäller bolagens möjlighet att beakta genetisk information.¹⁰

§ 12–12 innehåller därutöver bestämmelser angående *underrättelse till den försäkringssökande* om försäkring nekas. Av paragrafen följer att denne utan oskäligt dröjsmål ska meddelas skriftligen om ett avslagsbeslut och om motiveringen till detta. I motiveringen ska bolaget ange vilka förhållanden som har legat till grund för avslaget, inklusive de individuella riskbedömningar som bolaget eventuellt har gjort. I motiveringen ska försäkringsbolaget, enligt bestämmelsen, också redogöra för eventuell praxis inom bolaget, branschnormer samt lagar eller föreskrifter, som innebär att den försäkringssökande efter en viss tid, eller under vissa andra förutsättningar, kommer att kunna beviljas försäkring.

Ett beslut om avslag på en försäkringsansökan kan av den försäkringssökande anmälas till Finansklagenemnda¹¹, som är ett branschdrivet tvistlösningsorgan för prövning av vissa tvister mot anslutna bolag inom bl.a. bank och försäkring. Nämndens avgöranden är rekommendationer, men följs som huvudregel av försäkringsbolagen. Om försäkringsbolaget inte vill följa nämndens avgörande, ska bolaget underrätta nämnden om detta inom 30 dagar från beslutet. Om sådan underrättelse inte sker, blir bolaget bundet av beslutet.

¹⁰ Hans Jacob Bull, *Forsikringsrett* (2008) s. 129.

¹¹ Verksamheten vid Finansklagenemnda är baserat på ett avtal mellan Forbrukerrådet, Næringslivets Hovedorganisasjon, Finans Norge, Finansieringsselskapenes forening och Verdipapirfondenes forening. Finansklagenemnda består av ett sekretariat och fyra nämnder – Finansklagenemnda bank, Finansklagenemnda person, Finansklagenemnda skade (prövar bl.a. vissa försäkringstvister) och Finansklagenemnda eierskifte.

Nämndens verksamhet finansieras av anslutna försäkringsbolag i förhållande till antal anmälda tvister mot respektive bolag.

Enligt § 12–12 ska det skriftliga meddelandet om avslagsbeslutet innehålla upplysningar om vad som gäller om den försäkringssökande önskar anmäla frågan till Forsikringsklagenemnda. Vidare följer av paragrafen att en försäkringssökande som vill göra gällande att försäkring har nekats olovligen, måste meddela försäkringsbolaget detta skriftligen eller anmäla saken till Forsikringsklagenemnda inom *sex månader* efter att den försäkringssökande mottog det skriftliga meddelandet om avslaget.

10 Vissa tendenser på personförsäkringsmarknaden

10.1 Inledning

Försäkring är ett område som är under ständig utveckling och förändring. Förutom ny och förändrad lagstiftning, är det många andra yttre faktorer som påverkar förhållandena på marknaden. För att de synpunkter och förslag som utredningen lämnar i det här betänkandet ska vara hållbara över tid, har utredningen uppmärksammat vissa yttre faktorer som kan komma att inverka på personförsäkringsmarknadens utveckling framöver, och vissa tendenser på marknaden. I det här avsnittet redovisar vi kortfattat några iakttagelser i det avseendet. Fokus ligger i vissa delar på barnförsäkring, eftersom det är en försäkringsprodukt med stor social skyddsfunktion och en populär produkt som ofta uppmärksammas på olika sätt i media och den allmänna debatten.

Detta kapitel bygger till viss del på ett material som Konsumenternas Försäkringsbyrå har bistått utredningen med, men även på utredningens egna erfarenheter.

10.2 Yttre faktorer av betydelse för utvecklingen på personförsäkringsmarknaden

10.2.1 Socialförsäkringssystemet

Till att börja med är det viktigt att beakta att personförsäkringarna har en direkt koppling till det försäkringsskydd som finns i den allmänna försäkringen, eftersom privat personförsäkring kompletterar detta skydd. Behovet av och innehållet i de privata individuella personförsäkringarna styrs därför till stor del av vilket skydd som

kan erhållas genom den allmänna socialförsäkringen. Utvecklingen på socialförsäkringens område är troligen den faktor som i störst utsträckning påverkar utvecklingen inom privat personförsäkring.

Här kan nämnas att den parlamentariska Socialförsäkringsutredningen presenterade sitt slutbetänkande (SOU 2015:21) i mars 2015. I betänkandet föreslås inga vidlyftiga strukturella förändringar av socialförsäkringssystemet, eftersom socialförsäkringarnas grunder har ansetts väl utformade och anpassade till svenska förhållanden. Däremot föreslås en rad successiva reformer, inklusive bl.a. att utveckla och förbättra åtgärderna för återgång i arbete vid ohälsa samt åtgärder för en förstärkt standardtrygghet och ett mer rättvisande inkomstunderlag. Betänkandet är för närvarande under beredning i Regeringskansliet.

Det ligger utanför den här utredningens uppdrag att närmare analysera eventuella kommande förändringar i socialförsäkringssystemet. Vi kan bara konstatera att sådana förändringar framöver kan komma att inverka på utvecklingen och behovet av privata personförsäkringar.

10.2.2 Konkurrens och medvetna konsumenter

Många privata personförsäkringsprodukter är komplexa försäkringsprodukter som säljs på en konkurrensutsatt marknad. Konsumenterna ställer i allmänhet också höga krav när det gäller innehållet i, och möjligheten att kunna utnyttja, försäkringarna. Konsumenternas allt ökande medvetenhet och konkurrensen på marknaden är viktiga faktorer för försäkringsbolagens produktutveckling och agerande över huvud taget. Inte minst gäller detta med avseende på barnförsäkringarna, som är populära försäkringsprodukter och som säljs av flera försäkringsbolag i relativt hård konkurrens. Barnförsäkringarnas innehåll och frågor om vilka ersättningar som betalas ut från olika försäkringar, är också föremål för flitiga diskussioner mellan föräldrar på nätet i bl.a. sociala medier.

10.2.3 Gränsdragning mellan individuell personförsäkring och grupppersonförsäkring

I kapitel 6 har vi beskrivit den principiella skillnaden mellan privata försäkringar och gruppförsäkringar. Som har framgått där är lagstiftningen delvis oklar när det gäller vad som utmärker en gruppförsäkring. Detta medför att det finns vissa svårigheter när det gäller att dra gränsen mellan vad som är en grupppersonförsäkring och vad som är en individuell personförsäkring. En följd av det är att det ibland kan vara oklart när de specialregler i FAL som gäller för individuella respektive gruppförsäkringar ska tillämpas. Exempelvis kontraheringsplikten gäller som framgått bara för individuella personförsäkringar, och för gruppförsäkringarna finns bl.a. särskilda informationsregler.

Behovet av vissa lagändringar med avseende på grupppersonförsäkringar bereds för närvarande inom Justitiedepartementet (se Ds 2014:43).

Att närmare analysera eller lämna förslag avseende gränsdragningen mellan gruppförsäkringar och individuella försäkringar ligger utanför utredningens uppdrag. Vi kan bara konstatera att rättsutvecklingen på det området kan komma att påverka hur den privata personförsäkringsmarknaden utvecklas och därmed i förlängningen även tillämpningen av kontraheringsplikten. Om gränsen mellan individuella personförsäkringar och grupppersonförsäkringar framöver i praktiken suddas ut, skulle man exempelvis kunna tänka sig att försäkringsbolagen skulle välja att i högre grad tillhandahålla grupppersonförsäkringar för att undgå tillämpningen av kontraheringsplikten.

10.2.4 Teknisk utveckling – mer information och försäljning via digitala kanaler

Den snabba tekniska utvecklingen och konsumenters tilltagande användning av internet har gjort att försäljning och marknadsföring av personförsäkringar allt oftare sker genom digitala kanaler. Den ökade användningen av digitala informationskanaler – inte minst den utbredda användningen av sociala medier – innebär också att dagens konsumenter har goda förutsättningar att få del av, och dela med sig av, erfarenheter och information inom olika områden.

Detta märks bl.a. när det gäller diskussioner i sociala medier och på bloggar när det gäller olika försäkringar och försäkringsbolag. Som redan har nämnts, är särskilt barnförsäkringar fokus för sådana diskussioner.

Att den digitala tekniken används alltmer, ger nya möjligheter och öppnar för nya kommunikationskanaler för såväl konsumenter som försäkringsbolag. En särskild utmaning för försäkringsbolagen är därför att säkerställa tydlighet och tillgänglighet vid sådan kommunikation med konsumenter. Tillgänglighet i förfaranden för att ansöka om en personförsäkring, är någonting som utredningen behandlar i avsnitt 16.6.11 nedan.

10.2.5 Medicinsk forskning och folkhälsa

Efterfrågan och utbudet av olika typer av personförsäkringsprodukter påverkas också av utvecklingen inom olika specifika områden och i samhället i stort. Den allmänna folkhälsan har särskild betydelse för dessa försäkringar, liksom utvecklingen inom den medicinska forskningen. Exempelvis varierar ersättningsmöjligheterna från de privata försäkringarna ofta över tid för olika former av ohälsa och olika slags funktionsnedsättningar beroende på hur utbredda dessa är hos befolkningen och eventuella nya rön inom den medicinska forskningen. Om viss ohälsa eller vissa funktionsnedsättningar ökar i frekvens eller tillkommer i form av nya benämningar kan detta också inverka på försäkringarnas innehåll och bolagens riskbedömningar. Ökad kunskap inom olika områden och nya medicinska forskningsrön kan å andra sidan också bidra till att skapa ett större och mer stabilt försäkringsskydd för vissa grupper.

I det här sammanhanget kan nämnas att många försäkringsbolag under senare år har gjort olika typer av inskränkningar i personförsäkringsprodukter för neuropsykiatriska diagnoser, på grund av att sådana diagnoser, särskilt hos barn, har ökat avsevärt. Samma sak gäller för smärt- och stressrelaterade diagnoser hos vuxna.

10.2.6 Mediabevakning, granskning och jämförelser

Även mediabevakning och granskning från myndigheter och olika typer av intressenter inverkar på försäkringsbolagens produktutveckling och agerande i allmänhet. Enligt försäkringsbolagen har exempelvis medias bevakning av bolagens hantering av ansökningar om barnförsäkring rörande för tidigt födda barn, bidragit starkt till förändrade rutiner i dessa fall.

Vidare kan nämnas att Konsumenternas Försäkringsbyrå sedan mitten av 1980-talet har gjort och publicerat jämförelser av bl.a. barnförsäkringar. På senare tid har byrån också poängsatt de sex viktigaste delarna i barnförsäkringen. Flera försäkringsbolag använder sig av resultatet av jämförelsen i sin marknadsföring, och byrån har noterat att försäkringsbolagen i sin produktutveckling eftersträvar att få höga poäng.

I och med den tekniska utvecklingen, med bl.a. möjlighet till snabb informationsspridning till och mellan konsumenter, kan det antas att bevakning från media och annan extern granskning i framtiden kommer att ha avsevärd inverkan på försäkringsbolagens produktutveckling och agerande i förhållande till konsumenter.

10.3 Produktutveckling

10.3.1 Barnförsäkring

Enligt Konsumenternas Försäkringsbyrå finns det anledning att anta att den hårda konkurrensen på barnförsäkringsmarknaden, kommer att medföra att försäkringsbolagen framöver låter barnförsäkringarna omfatta fler tillstånd av ohälsa och fler funktionsnedsättningar.

En annan tänkbar utveckling vad gäller barnförsäkringen är, enligt försäkringsbyrån, att bolagen kommer att satsa mer och mer på sådana ersättningsmoment som gör att föräldrarna upplever sig ha stor nytta av försäkringen. Exempel på en sådan utveckling som redan har skett är att de flesta försäkringsbolag på senare år har höjt den ersättning som betalas ut till föräldrarna vid barnets sjukhusvistelse. Ett annat exempel är att de flesta försäkringsbolag har infört s.k. diagnosersättningar, dvs. engångsbelopp som betalas ut

till föräldrarna direkt om barnet diagnostiseras med vissa svåra sjukdomar.

Både Konsumenternas Försäkringsbyrå och företrädare för försäkringsbranschen, har också angett att en annan trolig utveckling är att försäkringsbolagen i framtiden i allt högre utsträckning kommer att erbjuda service på olika sätt till föräldrarna. Exempel på sådana tjänster kan vara sjukvårdsupplysning och rådgivning angående vart föräldrar kan vända sig för att få stöd och hjälp i olika situationer. De försäkringsbolag som i dag erbjuder den typen av tjänster upplever att detta är mycket uppskattat av kunderna.

10.3.2 Sjuk- och olycksfallsförsäkring samt sjukförsäkring för vuxna

För sjuk- och olycksfallsförsäkringarna och sjukförsäkringarna för vuxna, är möjligheten att få ersättning från socialförsäkringen vid inkomstbortfall på grund av sjukdom, den faktor som har störst inverkan på produktutvecklingen. Särskilt gäller detta för de privata sjukförsäkringarna. Vilket försäkringskydd som kommer att erbjudas i framtiden är därför till stor del beroende av hur ersättningsformer för inkomstbortfall utvecklas i den allmänna försäkringen. Sjunker ersättningsnivåerna i den allmänna försäkringen kommer utrymmet att teckna individuell sjukförsäkring öka och om ersättningsnivåerna ökar så minskas behovet av privat försäkring.

10.4 Sammanfattande synpunkter

Personförsäkringar är komplexa produkter och många yttre faktorer påverkar försäkringsbolagens produktutveckling och agerande på marknaden. Försäkringsbolagen är också vana vid att kontinuerligt anpassa produkter och utbud samt sitt agerande efter nya förhållanden.

Några yttre faktorer som utredningen bedömer kommer att ha betydelse för utvecklingen på personförsäkringsmarknaden framöver är utvecklingen inom socialförsäkringssystemet, den ökande konkurrensen på marknaden, den allt snabbare tekniska utvecklingen, rättsutvecklingen när det gäller gränsdragningen mellan individuella personförsäkringar och grupppersonförsäkringar, den medicinska

forskningen och tendenser på folkhälsoområdet samt mediabevakning och olika typer av granskningar som görs av externa intressenter.

Mot den nu angivna bakgrunden utgår utredningens överväganden angående behovet av ny lagstiftning och andra åtgärder ifrån att personförsäkringsmarknaden är och kommer att fortsätta att vara under ständig utveckling och förändring, samt att bolagen kommer att anpassa både produkter och praktisk hantering efter rådande förutsättningar.

DEL III

Kartläggning

11 Kartläggning

11.1 Utredningens uppdrag – kartläggning, analys och eventuella förslag

Utredningens uppdrag har som framgått omfattat att bedöma om lagstiftningens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska tillämpning av kontraheringsplikten vid ansökan om personförsäkring. I den delen av uppdraget har ingått att kartlägga i vilken utsträckning försäkringsbolagen avslår ansökningar om personförsäkring eller meddelar sådana försäkringar med särskilda villkor, exempelvis undantagsklausuler eller förhöjda premier, samt att identifiera under vilka omständigheter detta är vanligt.

I det här kapitlet beskriver vi den kartläggning som utredningen har genomfört. Som har utvecklats närmare i kapitel 2 ovan, har utredningen avgränsat sin kartläggning, och senare analys, till att avse följande individuellt tecknade personförsäkringar:

- barnförsäkring (kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdomar)
- sjukförsäkring
- kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna.

Som också har angetts i kapitel 2, gör sig i allt väsentligt samma synpunkter gällande avseende kontraheringsplikten tillämpning vid alla slags personförsäkringar som omfattas av pliktens tillämpningsområde.¹ Även om kartläggningen alltså har avgränsats till vissa personförsäkringar, har den kunnat ligga till grund för utred-

¹ Vissa personförsäkringar som är av en väsentligt annan karaktär än sjuk- och olycksfallsförsäkringarna, främst sådana livförsäkringar där sparmomentet dominerar, undantas i princip från kontraheringsplikten tillämpningsområde på grund av sin art (se 11 kap. 1 § första stycket och se prop. 2003/04:150 s. 246 och 500).

ningens överväganden avseende kontraheringspliktens tillämpning över huvud taget.

Detta kapitel innehåller inga överväganden. De iakttagelser som vi har gjort och de slutsatser som vi har dragit baserat på kartläggningen redovisas i stället längre fram i betänkandet (se kapitel 13–16).

11.2 Kort om hur kartläggningen har genomförts

Utredningen har uppfattat sina direktiv så att kartläggningen av försäkringsbolagens hantering av försäkringsansökningar, ska göras med huvudsakligt fokus på att få in så mycket statistiskt material och annan konkret information som möjligt från försäkringsbranschen.

Kartläggningen i förhållande till försäkringsbolagen har genomförts i tre steg.

Det första steget har varit en omfattande enkätundersökning riktad till försäkringsbolagen. Statistiska Centralbyrån (SCB) har haft i uppdrag att bistå utredningen vid utformningen och genomförande av undersökningen. Enkätundersökningen finns bifogad till detta betänkande som Bilaga 2. Den tekniska rapport som SCB har upprättat angående utförande av undersökningen finns bifogad till utredningen som Bilaga 3.

Enkätundersökningen till bolagen och resultatet av denna beskrivs närmare i avsnitt 11.3 nedan. Eftersom det i många fall handlar om företagshemlig information som har lämnats till utredningen av försäkringsbolagen, kommer några företagsspecifika uppgifter inte att anges, utan bolagens svar redovisas sammantaget.

Det andra steget har varit att en arbetsgrupp från utredningen har besökt ett antal försäkringsbolag som har omfattats av undersökningen. I avsnitt 11.4 nedan beskriver vi hur utredningen har genomfört besöken hos försäkringsbolagen. Eftersom det även här i stor utsträckning har handlat om företagshemliga uppgifter som utredningen har fått ta del av, innehåller betänkandet ingen redogörelse för dessa. Utredningens lärdomar av och iakttagelser vid besöken kommer i stället till uttryck i de allmänna beskrivningarna och övervägandena som presenteras senare i betänkandet.

Det tredje steget har varit att utredningen har genomfört djupintervjuer med *dels* de försäkringsbolag som har svarat på enkätundersökningen, *dels* två större återförsäkringsbolag. En beskriv-

ning av hur intervjuerna har gått till finns i avsnitt 11.5 nedan. En sammanfattning av försäkringsbolagens och återförsäkringsbolagens svar finns bifogade till betänkandet som Bilaga 4. Den information och de synpunkter som försäkringsbolagen har lämnat vid djupintervjuerna, reflekteras givetvis även i utredningens beskrivningar av rådande förhållanden på marknaden och i våra överväganden.

Utöver den del av kartläggningen som har tagit sikte på information från försäkringsbolagen, har utredningen genomfört en *enkätundersökning som riktats till konsumenter*. Utredningen har genomfört undersökningen i samarbete med Handikappförbunden, Lika Unika, DHR, Svenska Prematurförbundet samt Barnplantorna, och målgruppen har varit konsumenter som har anknytning till förbundens medlemsorganisationer, eller som är intresserade av de frågor som förbunden driver. Undersökningen har innehållit frågor om försäkringsskydd och konsumenternas upplevelser angående att ansöka om individuell personförsäkring. Enkätundersökningen finns bifogad till detta betänkande som Bilaga 5. I avsnitt 11.6 nedan beskriver vi hur undersökningen till konsumenter har genomförts och vilka slutsatser som vi anser att man kan dra av denna.

11.3 Enkätundersökning till försäkringsbolagen

11.3.1 Undersökningens genomförande och syfte

Enkätundersökningen till försäkringsbolagen (Bilaga 2) har utgjort det första steget i utredningens kartläggning och lagt grunden för den fortsatta analysen. Utredningen startade därför sitt arbete under hösten 2014 med att arbeta fram undersökningsfrågorna.

Frågorna i undersökningen har utformats efter samråd med branschorganisationen Svensk Försäkring och ett flertal personer inom försäkringsbranschen som har lång och gedigen erfarenhet av arbete med personförsäkringar. Utredningen har också låtit flera läkare med erfarenhet av försäkringsmedicinsk riskbedömning lämna synpunkter på frågorna i undersökningen. Experter och sakkunniga i utredningen med särskild erfarenhet från försäkringsbranschen, eller av arbete med försäkringsfrågor på konsumentområdet, samt de intresseorganisationer som ingår i utredningen, har också bidragit med viktig expertis.

Enkätundersökningen har vidare kvalitetsgranskats av SCB för att säkerställa att ett tillförlitligt resultat kunde uppnås (Bilaga 3).

Enkätundersökningen har skickats till försäkringsbolagen av SCB i form av en internetbaserad webbenkät, med individuella inloggningsuppgifter för respektive försäkringsbolag. Inloggningsuppgifter till webbenkäten skickades ut till försäkringsbolagen den 17 november 2014, med sista svarsdatum den 23 januari 2015.

Syftet med undersökningen har huvudsakligen varit att kartlägga i vilken utsträckning försäkringsbolagen helt nekar ansökningar om personförsäkring, eller bara beviljar sådana försäkringar med särskilda villkor, samt att identifiera under vilka omständigheter detta är vanligt.

Försäkringsbolagens deltagande i enkätundersökningen var frivillig. De försäkringsbolag som har ingått i utredningens kartläggning har varit mycket tillmötesgående och positiva till utredningens uppdrag och arbete.

11.3.2 Aktuell tidsperiod för undersökningen

När det gällde att bestämma tidsperioden för undersökningen, förde utredningen diskussioner med dels SCB och experterna i utredningen, dels branschorganisationen Svensk Försäkring och olika personer i försäkringsbranschen.

Enligt uppgifter från branschen var det bara möjligt för bolagen att ta fram aktuell statistik kalenderårsvis. SCB bedömde att ett helt kalenderår var tillräckligt lång tid för att det skulle vara möjligt att dra statistiskt säkerställda slutsatser utifrån undersökningen. Utredningen kom mot den bakgrunden fram till att det var lämpligt att undersökningen avsåg det vid tidpunkten för undersökningen närmast föregående året, nämligen år 2013.

Vi vill i det här sammanhanget framhålla att de personförsäkringsprodukter som är föremål för utredningens analys är komplexa produkter som är under ständig utveckling och förändring. Ett flertal av de försäkringsbolag som har ingått i utredningens kartläggning har också förändrat sitt produktutbud sedan 2013. Givetvis sker det kontinuerligt en förändring och utveckling även i fråga om försäkringsbolagens riskbedömning och hantering av försäkringsansökningar. Enligt uppgifter som lämnats till utredningen från

försäkringsbranschen har försäkringsbolagens hantering av ansökningar om personförsäkringar ändå inte förändrats i någon avgörande utsträckning under åren 2013–2016 med avseende på de frågor som har varit aktuella för utredningens kartläggning. Denna uppfattning har också bekräftats av de experter i utredningen som har särskild erfarenhet av arbete i branschen eller av arbete med försäkringsfrågor på konsumentområdet. Det finns visserligen inget sätt för utredningen att direkt kontrollera detta, eftersom det saknas motsvarande statistik från tiden före 2013² och det inte har gjorts någon ny kartläggning för åren 2014 och 2015. Mot bakgrund av uppgifterna från branschen och utredningens experter, samt med hänsyn till att det inte har skett någon betydande förändring av aktuell lagstiftning eller andra relevanta yttre förhållanden sedan 2013, anser utredningen ändå att det är rimligt att utgå ifrån att det som har kommit fram genom enkätundersökningen ger en rättvisande bild av försäkringsbolagens hantering av ansökningar från 2013 fram till i dag.

11.3.3 Aktuella försäkringsbolag och svarsfrekvens

Målpopulationen har utgjorts av de försäkringsbolag som, under perioden 1 januari 2013 till den 31 december 2013 hade samtliga eller någon av följande tre typer av individuellt tecknade privata personförsäkringar i sitt produktsortiment:

- barnförsäkringar, dvs. kombinerade sjuk och olycksfallsförsäkringar för barn/ungdomar (under 18 år)
- kombinerade sjuk och olycksfallsförsäkringar för vuxna (över 18 år)
- sjukförsäkringar för vuxna (över 18 år).

² Det finns viss statistik i rapporten *Funktionsbinder Försäkringsbinder*, från 2001 som gavs ut av Konsumenternas Försäkringsbyrå i samarbete med Handikappförbundens Samarbetsorgan och Handikappförbundens Ekonomiska Försäkringsförening. Även Rapporten från Riksdagens Utredningstjänst, 2012/13:RFR6, *Kontraheringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar*, innehåller viss statistik på det aktuella området. Det underlag som finns i dessa rapporter är dock inte tillräckligt för att jämföra med den statistik som utredningen har tagit fram.

En förteckning över de bolag som ingick i målpopulationen togs fram av utredningen i samråd med Finansinspektionen och Svensk Försäkring samt genom direktkontakter med försäkringsbolagen.

Den identifierade målpopulationen bestod slutligen av 14 försäkringsbolag. Undersökningen har omfattat samtliga svenska försäkringsbolag som tillhandahöll de aktuella försäkringstyperna, och även de utländska försäkringsbolag med filial eller annan etablering här, som erbjöd de aktuella försäkringarna på den svenska marknaden. Att utländska försäkringsbolag utan någon etablering i Sverige säljer personförsäkringar på den svenska marknaden förekommer bara i högst begränsad omfattning. Sådana företag har därför inte omfattats av undersökningen.

Totalt besvarades enkätundersökningen av 13 av de 14 försäkringsbolag som omfattades av den. Det bolag som inte svarade har en extremt liten marknadsandel med avseende på de aktuella försäkringstyperna.³ Detta innebär att de svarande bolagen i princip representerar hela marknaden för de aktuella försäkringstyperna.

I framställningen nedan redovisar vi resultatet av enkätundersökningen. Först beskriver vi hur produktsortimentet har sett ut hos de svarande försäkringsbolagen, med avseende på de tre försäkringstyper som har ingått i undersökningen. Därefter behandlar vi resultatet för barnförsäkring, sedan för kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna och slutligen redovisar vi resultatet vad gäller sjukförsäkring för vuxna. Här redovisar vi bara resultatet av enkätundersökningen i de delar som har direkt relevans för våra överväganden framöver.

Resultatet av enkätundersökningen redovisas så att vi först beskriver den fråga som har ställts till försäkringsbolagen. Därefter anger vi hur bolagen sammantaget har svarat, dels i löptext, dels genom tabeller och cirkeldiagram.

³ Bolaget sålde under 2013 i princip bara gruppförsäkringar. Enligt uppgift från bolaget sålde man bara några ytterst få individuella sjukförsäkringar och kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna, och inga barnförsäkringar. Någon exakt marknadsandel för detta bolag när det gäller aktuella personförsäkringar har inte varit möjligt att få fram, men enligt bolaget självt handlar det om mindre än 0,001 procent av marknaden.

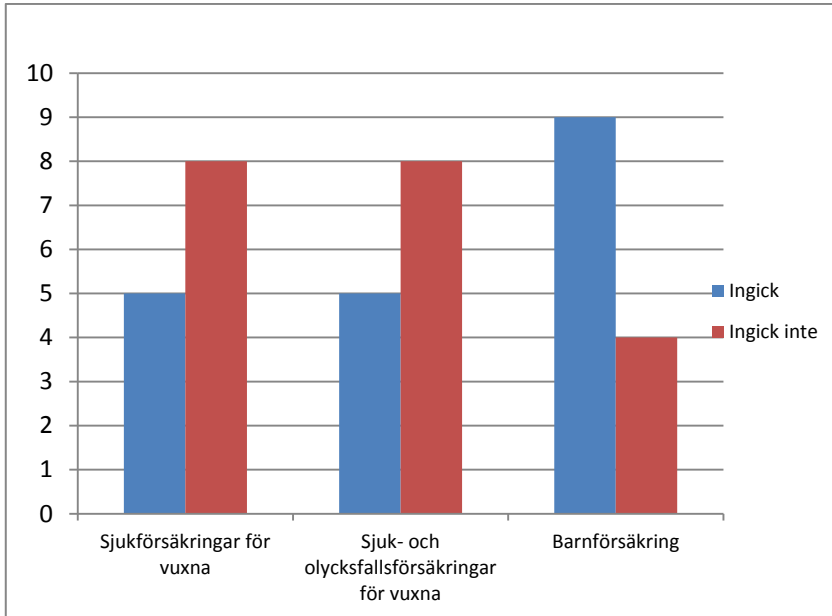
11.3.4 Produktsortiment hos svarande försäkringsbolag

Försäkringsbolagen fick i enkätundersökningen inledningsvis ange vilka av de tre aktuella försäkringstyperna som ingick i deras produktsortiment under 2013.

Figur 11.1 nedan visar att 5 av de 13 bolag som svarade på undersökningen sålde sjukförsäkring för vuxna, medan 8 bolag inte tillhandahöll någon sådan försäkring. Det var också 5 bolag som sålde kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna, och 8 som inte gjorde det. Vidare framgår att 9 försäkringsbolag sålde barnförsäkring under den aktuella tiden, medan 4 bolag inte gjorde det.

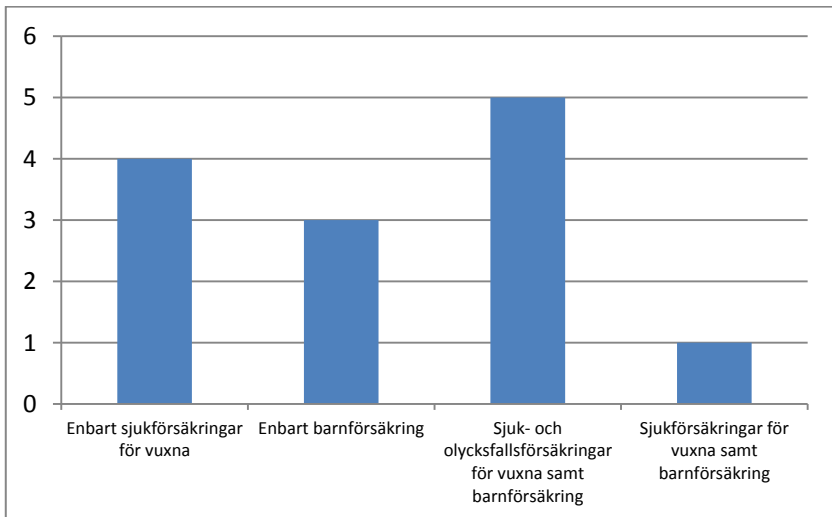
Figur 11.2 nedan visar vilka kombinationer av försäkringstyper som såldes av de 13 försäkringsbolag som svarade på undersökningen. Av tabellen framgår att det var 4 av bolagen som enbart sålde sjukförsäkringar för vuxna, 3 som bara sålde barnförsäkring, 5 som tillhandahöll både sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna samt barnförsäkring och 1 bolag som hade sjukförsäkring för vuxna samt barnförsäkring i sitt produktsortiment. Figur 11.3 illustrerar andelen försäkringsbolag, av de 13 bolag som svarade, med olika kombinationer av de aktuella försäkringarna.

Figur 11.1 Produktsortiment – antal bolag med respektive försäkringstyp



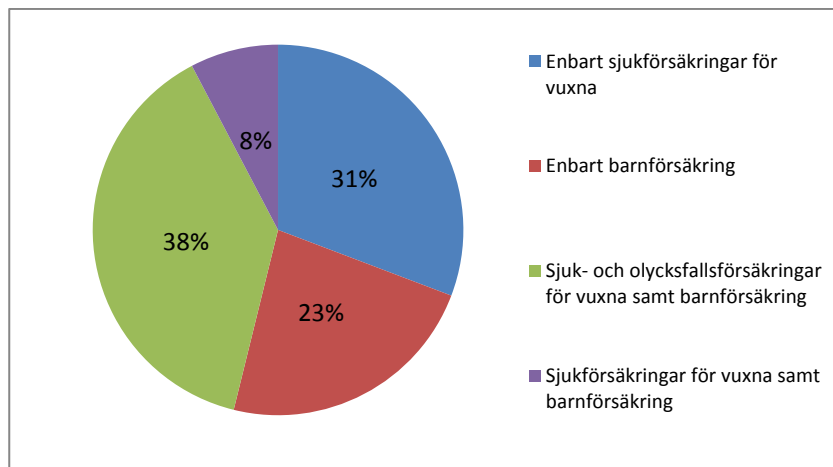
Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Figur 11.2 Erbjudna försäkringstyper – antal bolag med olika kombinationer av försäkringar



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Figur 11.3 Andel bolag med olika kombinationer av försäkringar, i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

11.3.5 Barnförsäkring

Ansökningar och beviljade försäkringar

I enkätundersökningen efterfrågades hur många ansökningar om barnförsäkring som respektive försäkringsbolag tog emot under 2013. Därefter fick bolagen svara på frågor om hur många av de totalt inkomna ansökningarna om barnförsäkring som beviljades med normala villkor, hur många som beviljades med särskilda villkor och hur många som avslogs helt.

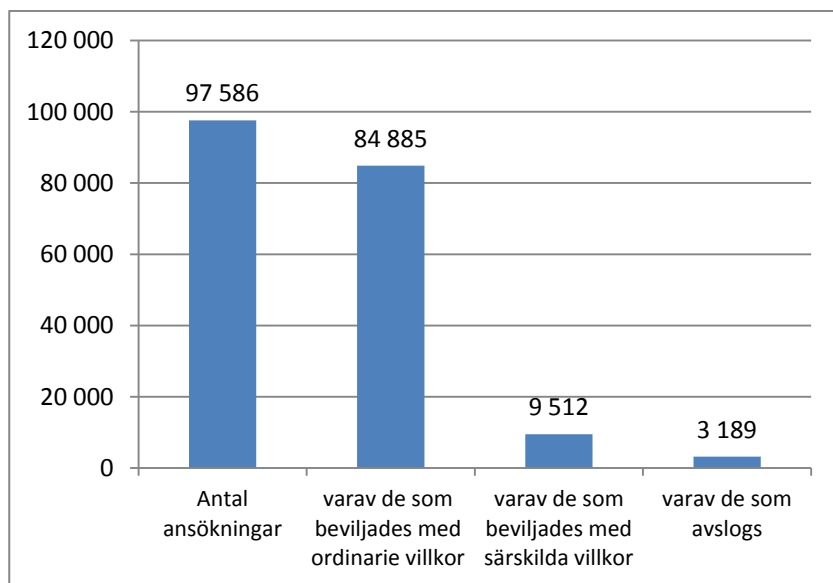
När det gällde beslut om att bevilja försäkring till särskilda villkor eller att helt avslå ansökan, fick försäkringsbolagen ange om försäkringen

- ... beviljades med villkor som innebar karenstid eller kvalificeringstid?
- ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie?
- ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul?
- ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie?
- ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet?

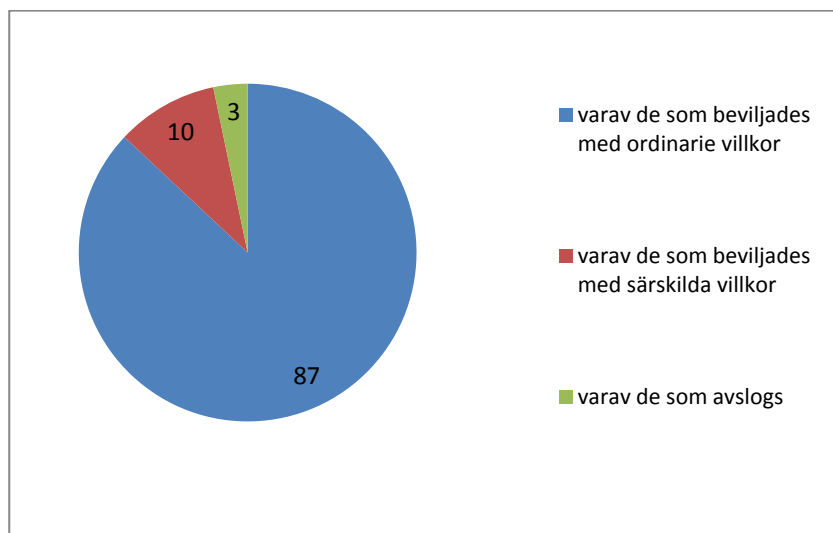
- ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul?
- ... avslogs, men annan försäkring erbjöds i stället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)?
- ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?

Vad särskilt gällde avslagsbesluten, ställdes alltså frågan om avslag meddelades med eller utan erbjudande om att teckna en annan försäkring än den sökta försäkringen. I båda fallen handlar det om avslag på ansökan i kontraheringspliktens mening, eftersom plikten innebär en rätt att teckna just den försäkring som har sökts. Skälet till att enkätundersökningen gjorde skillnad på de två situationerna är att det är vanligt att försäkringsbolagen, vid avslag på ansökan om barnförsäkring, erbjuder en annan försäkringsprodukt än den sökta, och att undersökningen därför behövde fånga upp båda dessa situationer. Nedan redovisas antalet och andelen avslagsbeslut samlat, dvs. utan åtskillnad mellan de fall där den försäkringssökande i samband med avslaget har erbjudits en annan försäkringsprodukt, och de fall där något sådant erbjudande inte har förekommit.

Som framgår av Figur 11.4 och 11.5 nedan, kom det in totalt 97 586 ansökningar om barnförsäkring under 2013. Av dessa beviljades totalt 94 397 ansökningar (96,8 procent av alla inkomna ansökningar). 84 885 ansökningar (87 procent av alla inkomna ansökningar) beviljades till ordinarie villkor och 9 512 (10 procent av alla inkomna ansökningar) beviljades med särskilda villkor. Av alla inkomna ansökningar var det 3 189 ansökningar (3,3 procent) som avslogs helt.

Figur 11.4 Barnförsäkring – antal ansökningar i olika beslutskategorier

Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

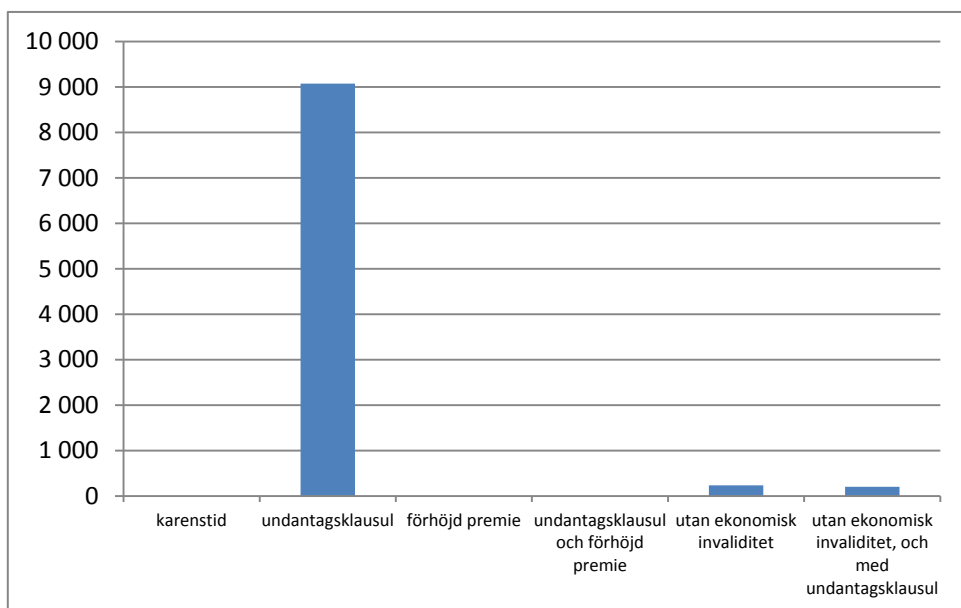
Figur 11.5 Barnförsäkring – andel ansökningar av totalt antal (97 586) i olika beslutskategorier, i procent

Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Totalt var det alltså 9 512 ansökningar om barnförsäkringar (cirka 10 procent av totalt 97 586 inkomna ansökningar) som *beviljades med särskilda villkor*. Figur 11.6 nedan avser dessa 9 512 ansökningar och illustrerar vilka olika slags särskilda villkor som förekom när det gäller barnförsäkringar och hur många beslut som förekom i de olika kategorierna. Som framgår av figuren förekom det inte över huvud taget att barnförsäkring beviljades med karenstid eller kvalificeringstid.⁴ Som också framgår var det inget försäkringsbolag som tillämpade premieförhöjningar vid barnförsäkring. (Enligt uppgift till utredningen från aktuella försäkringsbolag är detta fortfarande fallet.) Däremot meddelades 9 075 barnförsäkringar (9,3 procent av totalt antal ansökningar) med undantagsklausul. Vidare var det 233 ansökningar (0,2 procent av totalt antal ansökningar) som beviljades utan skydd för ekonomisk invaliditet, och 204 (0,2 procent av totalt antal ansökningar) som beviljades utan skydd för ekonomisk invaliditet i kombination med någon annan undantagsklausul.

⁴ På marknaden förekommer visserligen i något fall barnförsäkring med kvalificeringstid, men då följer kvalificeringstiden av de ordinarie försäkringsvillkoren. I princip erbjuds sådan försäkring bara vid avslag på en sökt försäkring utan kvalificeringstid. I kontraheringspliktens mening handlar det då om ett avslag på den sökta försäkringen, även om en annan försäkring erbjuds i stället.

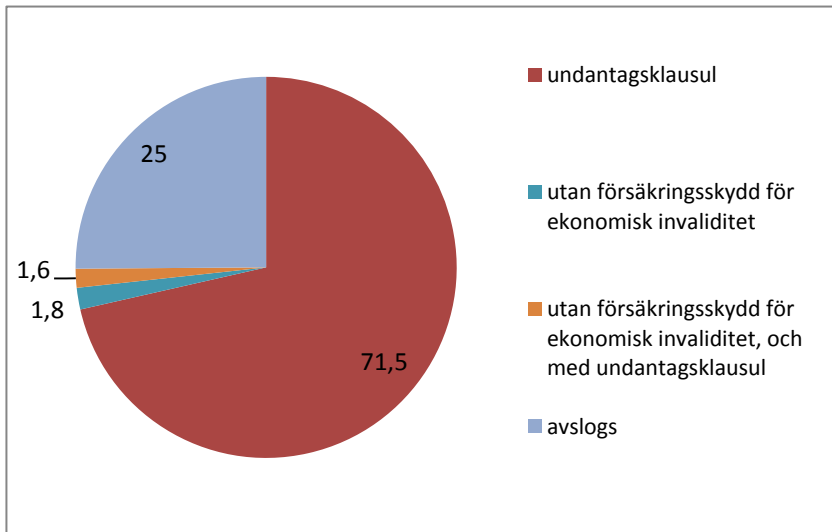
Figur 11.6 Barnförsäkring – antal försäkringar som beviljades med olika typer av särskilda villkor



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Totalt var det 12 701 ansökningar om barnförsäkring (cirka 13 procent av de totalt inkomna ansökningarna) som *antingen beviljades till särskilda villkor eller avslogs helt*. Figur 11.7 nedan avser dessa 12 701 ansökningar, och illustrerar vilka slags särskilda villkor som förekom vid ansökan om barnförsäkring, hur vanliga dessa villkor var, och hur vanligt det var med avslagsbeslut i förhållande till särskilda villkor. Där framgår att i 71,5 procent av de 12 701 ärenden där försäkring helt eller delvis nekades, handlade det om att försäkring beviljades med undantagsklausul. I 1,8 procent av dessa ärenden, beviljades försäkring utan skydd för ekonomisk invaliditet, och i 1,6 procent av de aktuella fallen beviljades försäkring utan skydd för ekonomisk invaliditet, i kombination med en annan undantagsklausul. Ansökningen avslogs vidare helt i 25,1 procent av totalt de 12 701 ärendena där försäkrings helt eller delvis nekades.

Figur 11.7 Barnförsäkring – andel ansökningar av totalt antal med särskilda villkor eller avslag (12 701), i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Orsaker till särskilda villkor och avslag

I enkätundersökningen efterfrågades också den vanligaste respektive näst vanligaste orsaken till att försäkringsbolaget beviljade barnförsäkring med särskilda villkor eller helt avslog ansökningar om sådan försäkring. Försäkringsbolagen fick svara på dessa frågor i fritext. Eftersom det finns olika sätt att klassificera sjukdomar och andra tillstånd inom försäkringsbranschen, har det inte varit möjligt att göra statistik av bolagens svar när det gäller orsaker till särskilda villkor och avslag.

Nedan finns en sammanställning av försäkringsbolagens svar när det gäller vanligaste respektive näst vanligaste orsakerna till särskilda villkor och avslag vid ansökningar om barnförsäkring. De orsaker bolagen har uppgett anges utan någon inbördes rangordning (allmänt kan sägas att försäkringsbolagen gav mycket likartade svar när det gäller vanliga orsaker till särskilda villkor eller avslag).

Vanliga orsaker till undantagsklausul vid barnförsäkring:

- Atopiska sjukdomar (astma, allergi, eksem, födoämnesallergi)
- Andra problem kring andning/luftvägar
- Medfödda missbildningar och syndrom (t.ex. höftluxation, vidgade njurbäcken)
- Hjärtfel

Vanliga orsaker till undantag för ekonomisk invaliditet vid barnförsäkring:

- Problem med syn och hörsel
- Neuropsykiatriska sjukdomar (t.ex. ADHD, autism)

Vanliga orsaker till avslag vid barnförsäkring:

- Pågående utredning (ingen fastställd diagnos)
- Grav prematuritet
- Komplikationer vid förlossning (t.ex. syrebrist)
- Problem med andningsorganen
- Neuropsykiatrisk sjukdom
- Psykisk sjukdom
- Medfödda hjärtfel

Kompletterande hälsouppgifter

I undersökningen ställdes även frågor om hur ofta försäkringsbolagen begärde in *kompletterande hälsouppgifter* i ärenden om barnförsäkring. Med kompletterande hälsouppgifter avsågs all information om den försäkrings sökande som försäkringsbolaget begärde in, *utöver* den information som bolaget hade efterfrågat i den obligatoriska hälsodeklarationen.⁵ Som redan har framgått tidigare (se

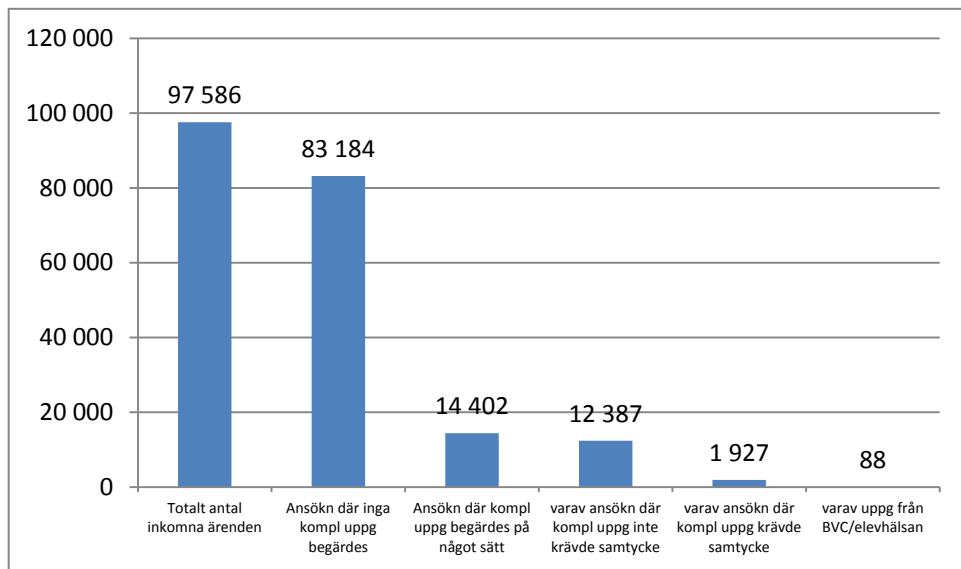
⁵ Som inhämtande av kompletterande hälsouppgifter räknades enligt undersökningen inte kompletteringar som försäkringsbolaget begärde med anledning av en inkomplett ansökan, dvs. på grund av att den obligatoriska hälsodeklarationen inte fyllts i korrekt.

kapitel 7 och 15), kan sådan kompletterande hälsoinformation inhämtas antingen genom att försäkringsbolaget vänder sig direkt till den försäkrings sökande, eller att bolaget begär sökandens samtycke för att hämta in uppgifter från vårdgivare eller andra (exempelvis genom patientjournaler och liknande).

Försäkringsbolagen skulle i enkätundersökningen till att börja med uppgi i hur stor andel av de inkomna ansökningarna om barnförsäkring som bolaget på *något sätt* begärde in kompletterande hälsouppgifter. Här avsågs alltså *dels* den situationen att bolaget vände sig till den försäkrings sökande för att denne själv skulle lämna ytterligare hälsoinformation, *dels* att försäkringsbolaget begärde samtycke från sökanden för att hämta in uppgifter från andra. Därefter frågades i hur stor andel av de ärenden där bolaget på något sätt begärde kompletterande hälsouppgifter, som det handlade om att bolaget begärde *samtycke* för att hämta in hälsouppgifter från andra. Slutligen efterfrågades också i hur stor andel av de ärenden där bolaget begärde samtycke från den försäkrings sökande, som det handlade om att man ville hämta in *uppgifter från barnhälsovården eller elevhälsan*.

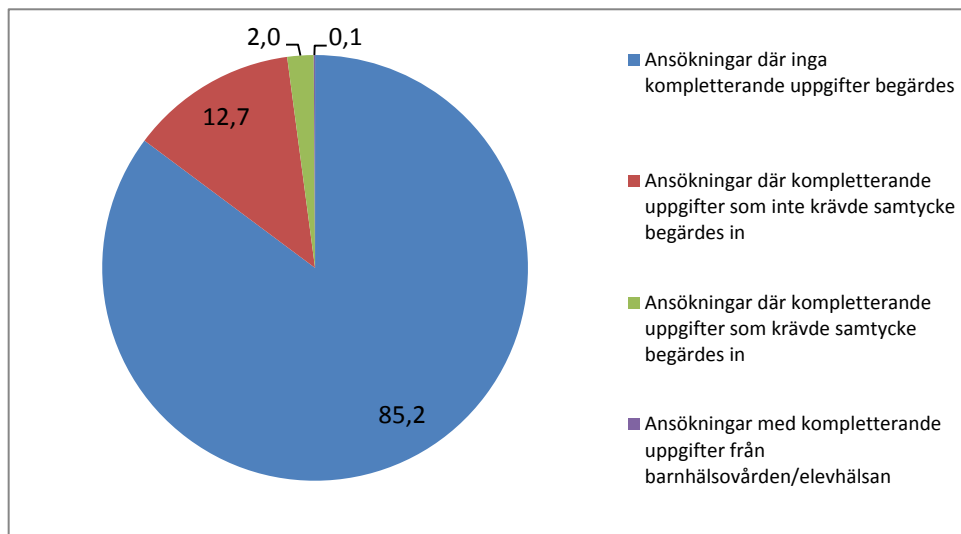
Försäkringsbolagens svar avseende inhämtande av kompletterande hälsoinformation finns sammanställda i Figur 11.8 och 11.9 nedan. Som visas i dessa, framgick det av undersökningen att, av de totalt 97 586 inkomna ansökningarna om barnförsäkring, begärde försäkringsbolagen *inte* in några kompletterande hälsouppgifter i 83 184 fall (85,2 procent av totalt antal ansökningar). I dessa fall bedömdes alltså ansökan på de uppgifter som lämnats i hälsodeklarationen. I 14 402 ansökningar (14,7 procent av totalt antal ansökningar) begärdes kompletterande hälsouppgifter *på något sätt*. I 12 387 fall (12,7 procent av totalt antal ansökningar) begärde försäkringsbolaget dessa kompletterande hälsouppgifter *direkt från den försäkrings sökande*, dvs. samtycke krävdes inte. I 1 927 fall (2 procent av totalt antal ansökningar) begärde bolaget *samtycke från sökanden för att hämta in kompletterande hälsouppgifter från andra*. Slutligen framgick att försäkringsbolagen hade begärt *samtycke för att hämta in uppgifter från barnhälsovården/elevehälsan* i 88 ärenden (0,1 procent av totalt antal ansökningar).

Figur 11.8 Barnförsäkring – antal ansökningar där kompletterande uppgifter begärdes



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Figur 11.9 Barnförsäkring – andel ansökningar där kompletterande uppgifter begärts in, i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

11.3.6 Sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna

Ansökningar och beviljade försäkringar

I enkätundersökningen efterfrågades hur många ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna som respektive försäkringsbolag tog emot under 2013. Därefter fick bolagen svara på frågor om hur många av de totalt inkomna ansökningarna om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna som beviljades med normala villkor, hur många som beviljades med särskilda villkor och hur många som avslogs.

När det gällde beslut om att bevilja försäkring till särskilda villkor eller att helt avslå ansökan, fick försäkringsbolagen ange vilka slags beslut som det handlade om, dvs. om försäkringen

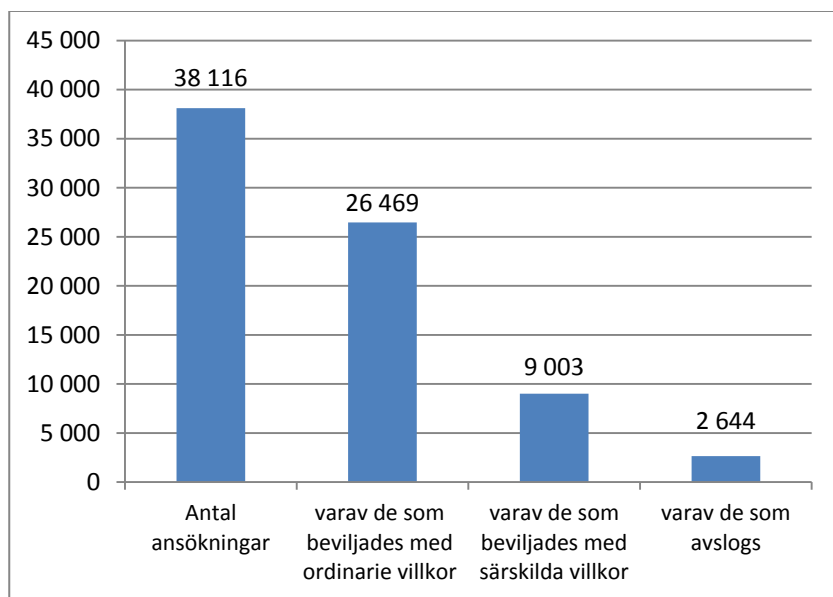
- ... beviljades med villkor som innebar karenstid eller kvalificeringstid?
- ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie?
- ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul?
- ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie?
- ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet?
- ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul?
- ... avslogs, men annan försäkring erbjöds i stället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)?
- ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?

Vad särskilt gällde avslagsbesluten, ställdes alltså frågan om avslag meddelades med eller utan erbjudande om att teckna en annan försäkring än den sökta försäkringen. I båda fallen handlar det om avslag på ansökan i kontraheringspliktens mening, eftersom plikten innebär en rätt att teckna just den försäkring som har sökts. Skälet till att enkätundersökningen gjorde skillnad på de två situationerna är att det är vanligt att försäkringsbolagen, vid avslag på ansökan om sjuk- och olycksfallsförsäkring, erbjuder en annan försäkringsprodukt än den sökta, och att undersökningen därför behövde fånga upp båda dessa situationer. Nedan redovisas antalet och an-

delen avslagsbeslut samlat, dvs. utan åtskillnad mellan de fall där den försäkringssökande i samband med avslaget har erbjudits en annan försäkringsprodukt, och de fall där något sådant erbjudande inte har förekommit.

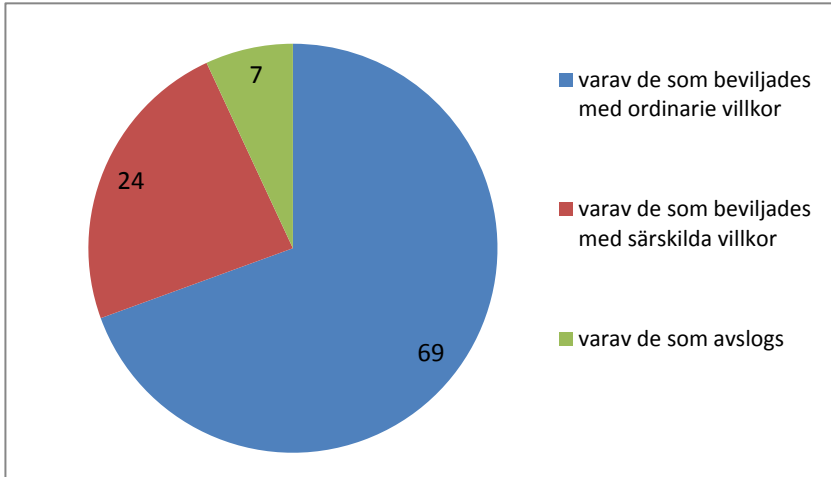
Som framgår av Figur 11.10 och 11.11 nedan, kom det in totalt 38 116 ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna under 2013. Av dessa beviljades totalt 35 472 ansökningar (93 procent av alla inkomna ansökningar). 26 469 ansökningar (69 procent av alla inkomna ansökningar) beviljades till ordinarie villkor och 9 003 (24 procent av alla inkomna ansökningar) med särskilda villkor. Av alla inkomna ansökningar var det 2 644 ansökningar (7 procent) som avslogs helt.

Figur 11.10 Sjuk- och olycksfallsförsäkring – antal ansökningar i olika besluts kategorier



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

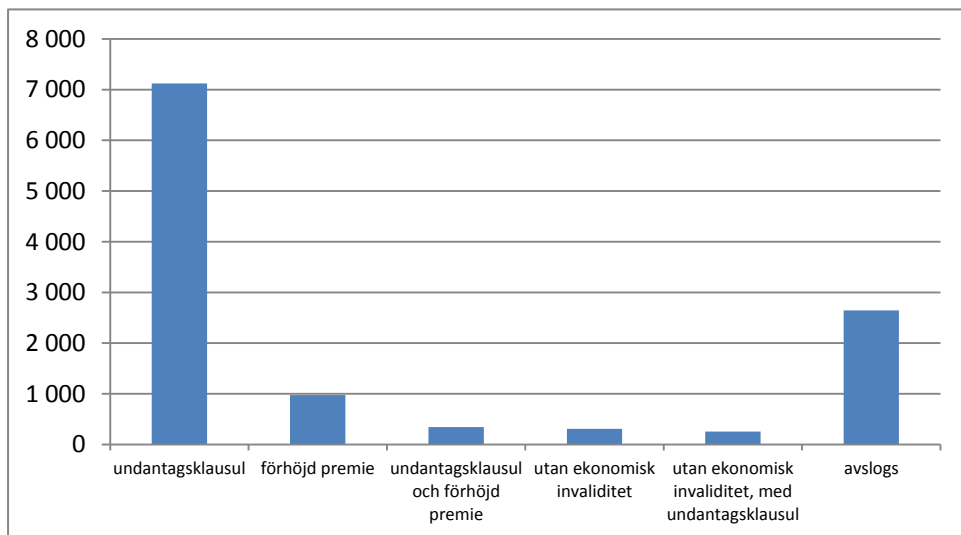
Figur 11.11 Sjuk- och olycksfallsförsäkring – andel ansökningar av totalt antal (38 116) i olika besluts kategorier, i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Totalt var det alltså 11 647 ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna som antingen *beviljades till särskilda villkor eller avslogs helt* (31 procent av de totalt inkomna ansökningarna). Figur 11.12 nedan avser dessa 11 647 ansökningar, och illustrerar vilka slags särskilda villkor som förekom vid ansökan om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna och hur många beslut som förekom i de olika kategorierna. Som framgår av figuren meddelades 7 123 sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna (18,7 procent av totalt antal ansökningar) med undantagsklausul. Vidare var det 976 ansökningar (2,6 procent av totalt antal ansökningar) som beviljades med förhöjd premie och 342 ansökningar (0,9 procent av totalt antal ansökningar) som beviljades med både undantagsklausul och förhöjd premie. 307 ansökningar (0,8 procent av totalt antal ansökningar) beviljades utan skydd för ekonomisk invaliditet, och 255 (0,7 procent av totalt antal ansökningar) beviljades utan skydd för ekonomisk invaliditet i kombination med någon annan undantagsklausul. Slutligen var det 2 644 ansökningar (6,9 procent av totalt antal ansökningar) som avslogs helt.

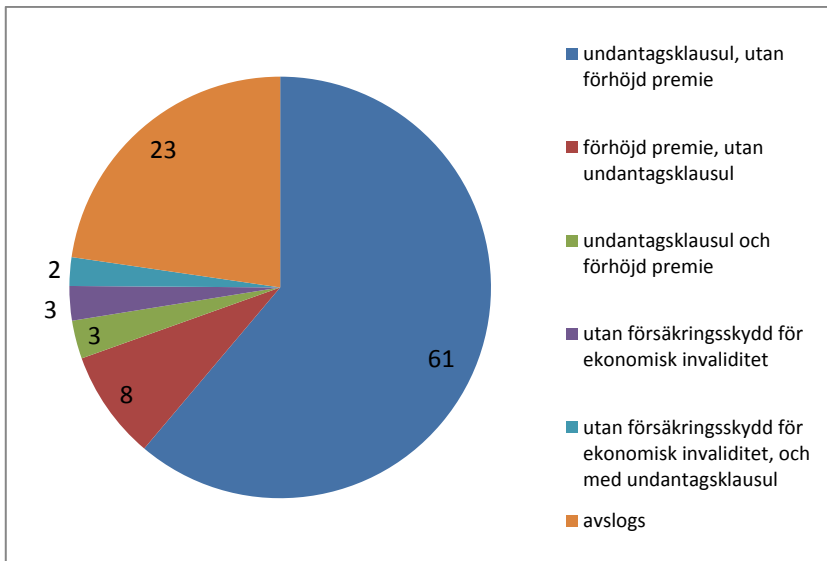
Figur 11.12 Sjuk- och olycksfallsförsäkring – antal försäkringar som beviljades med olika typer av särskilda villkor eller avslogs



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Även Figur 11.13 avser de totalt 11 647 ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna som antingen *beviljades till särskilda villkor eller avslogs helt*. Figuren illustrerar hur vanliga de olika beslutskategorierna var i förhållande till varandra. Där framgår att i 61 procent av de 11 647 ärendena där försäkring helt eller delvis nekades, handlade det om att försäkring beviljades med undantagsklausul. I 8 procent av de ärendena beviljade försäkringsbolaget försäkring med förhöjd premie och i 3 procent av de aktuella fallen med undantagsklausul i kombination med förhöjd premie. I 3 procent av fallen i fråga beviljades försäkring utan skydd för ekonomisk invaliditet och i 2 procent av ärendena förekom det att försäkring beviljades utan skydd för ekonomisk invaliditet, i kombination med en annan undantagsklausul. Ansökningen avslogs vidare helt i 23 procent av de totalt 11 647 ärenden där försäkring helt eller delvis nekades.

Figur 11.13 Sjuk- och olycksfallsförsäkringar – andel ansökningar av totalt antal med särskilda villkor eller avslag (11 647), i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Orsaker till särskilda villkor och avslag

I enkätundersökningen efterfrågades också den vanligaste respektive näst vanligaste orsaken till att försäkringsbolaget beviljade sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna med särskilda villkor eller helt avlog ansökningar om sådan försäkring. Försäkringsbolagen fick svara på dessa frågor i fritext. Eftersom det finns olika sätt att klassificera sjukdomar och andra tillstånd inom försäkringsbranschen, har det inte varit möjligt att göra statistik av bolagens svar när det gäller orsaker till särskilda villkor och avslag.

Nedan finns utredningens egen sammanställning av försäkringsbolagens svar när det gäller vanligaste respektive näst vanligaste orsakerna till särskilda villkor och avslag vid ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. De orsaker bolagen har uppgett anges utan någon inbördes rangordning (allmänt kan sägas att försäkringsbolagen gav mycket likartade svar när det gäller vanliga orsaker till särskilda villkor eller avslag).

Vanliga orsaker till undantagsklausul vid sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna:

- Besvär med rörelseapparaten (t.ex. rygg, nacke, axlar, knän)
- Allergier

Vanliga orsaker till premieförhöjning vid sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna:

- Övervikt/högt BMI (Body Mass Index)
- Blodsjukdomar
- Diabetes
- Psykiska besvär (t.ex. stress, utbrändhet, depression)

Vanliga orsaker till undantagsklausul i kombination med premieförhöjning vid sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna:

- Övervikt i kombination med allergi eller rygg-/nackbesvär
- Diabetes
- Astma
- Psykiska besvär (t.ex. stress, utbrändhet, depression)

Vanliga orsaker till undantag för ekonomisk invaliditet vid sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna:

- Psykiska besvär (t.ex. stress, utbrändhet, depression)

Vanliga orsaker till avslag vid sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna:

- Multisymtom
- Psykiska besvär, ofta i kombination (t.ex. depression, ångest, nedstämdhet, utmattning, utbrändhet)
- Fetma
- Problem med flera olika delar av rörelseapparaten (t.ex. rygg, nacke, axlar)

Kompletterande hälsouppgifter

I undersökningen ställdes också frågor om hur ofta försäkringsbolagen begärde in *kompletterande hälsouppgifter* i ärenden om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. Med kompletterande hälsouppgifter avsågs all information om den försäkringssökande som försäkringsbolaget begärde in, *utöver* den information som bolaget hade efterfrågat i den obligatoriska hälsodeklarationen.⁶ Som redan har framgått i avsnitt 7.2 ovan, kan sådan kompletterande hälsoinformation inhämtas antingen genom att försäkringsbolaget vänder sig direkt till den försäkringssökande, eller att bolaget begär sökandens samtycke för att hämta in uppgifter från vårdgivare eller andra (exempelvis genom patientjournaler och liknande).

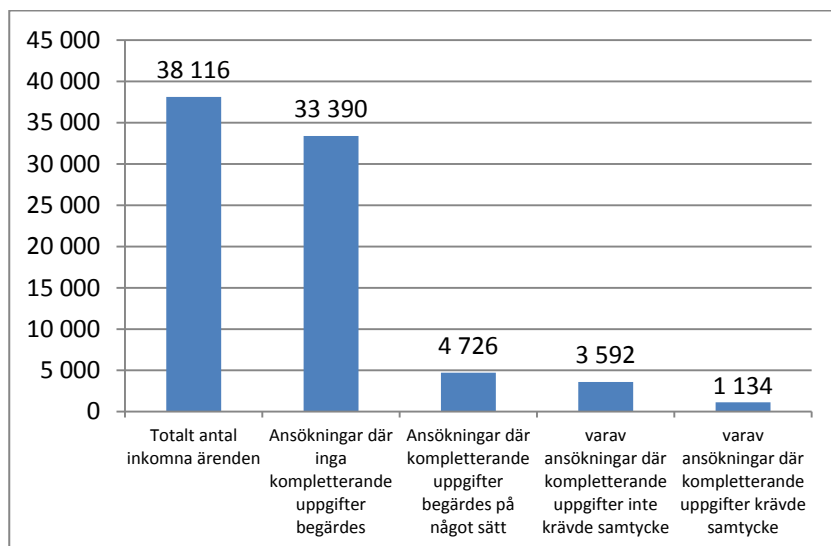
Försäkringsbolagen skulle i enkätundersökningen till att börja med uppge i hur stor andel av de inkomna ansökningarna om barnförsäkring som bolaget på *något sätt* begärde in kompletterande hälsouppgifter. Här avsågs alltså *dels* den situationen att bolaget vände sig till den försäkringssökande för att denne själv skulle lämna ytterligare hälsoinformation, *dels* att försäkringsbolaget begärde samtycke från sökanden för att hämta in uppgifter från andra. Därefter frågades i hur stor andel av de ärenden där bolaget på något sätt begärde kompletterande hälsouppgifter, som det handlade om att bolaget begärde *samtycke* för att hämta in hälsouppgifter från andra.

Försäkringsbolagens svar avseende inhämtande av kompletterande hälsoinformation finns sammanställda i Figur 11.14 och 11.15. Som visas i dessa, framgick det av undersökningen att, av de totalt 38 116 inkomna ansökningarna om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna, begärde försäkringsbolagen *inte* in några kompletterande hälsouppgifter i 33 390 fall (88 procent av totalt antal ansökningar). I dessa fall bedömdes alltså ansökan på de uppgifter som lämnats i hälsodeklarationen. I 4 726 ansökningar (12 procent av totalt antal ansökningar) begärdes kompletterande hälsouppgifter *på något sätt*. I 3 592 fall (9 procent av totalt antal ansökningar) begärde försäkringsbolaget dessa kompletterande hälsouppgifter *direkt från den försäkringssökande*, dvs. samtycke krävdes inte. I 1 134 fall (2 procent av totalt antal ansökningar)

⁶ Som inhämtande av kompletterande hälsouppgifter räknades enligt undersökningen inte kompletteringar som försäkringsbolaget begärde med anledning av en inkomplett ansökan, dvs. på grund av att den obligatoriska hälsodeklarationen inte fyllts i korrekt.

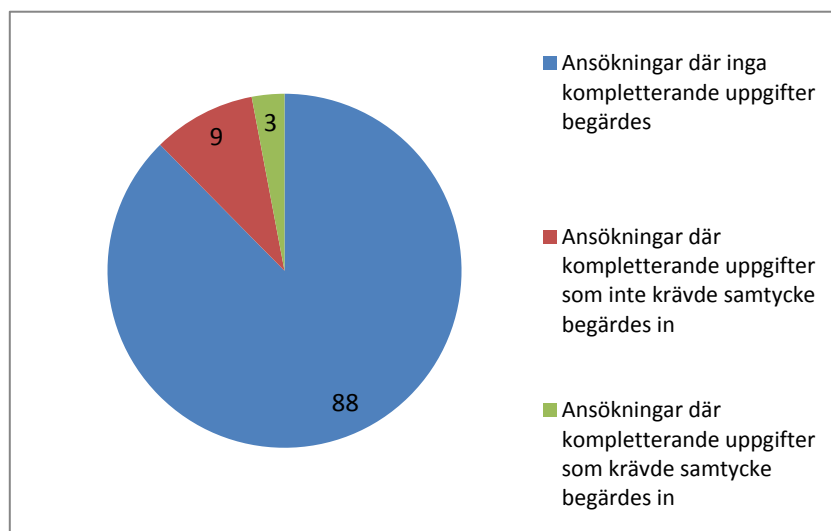
begärde bolaget *samtycke från sökanden för att hämta in kompletterande hälsouppgifter från andra.*

Figur 11.14 Sjuk- och olycksfallsförsäkring – antal ansökningar där kompletterande uppgifter begärdes



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Figur 11.15 Sjuk- och olycksfallsförsäkring – andel ansökningar där kompletterande uppgifter begärts in, i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

11.3.7 Sjukförsäkring för vuxna

Ansökningar och beviljade försäkringar

I enkätundersökningen efterfrågades hur många ansökningar om sjukförsäkring för vuxna som respektive försäkringsbolag tog emot under 2013. Därefter fick bolagen svara på frågor om hur många av de totalt inkomna ansökningarna om sjukförsäkring för vuxna som beviljades med normala villkor, hur många som beviljades med särskilda villkor och hur många som avslogs.

När det gällde beslut om att bevilja försäkring till särskilda villkor eller helg avslå ansökan, fick försäkringsbolagen också ange vilka slags beslut som det handlade om, dvs. om försäkringen

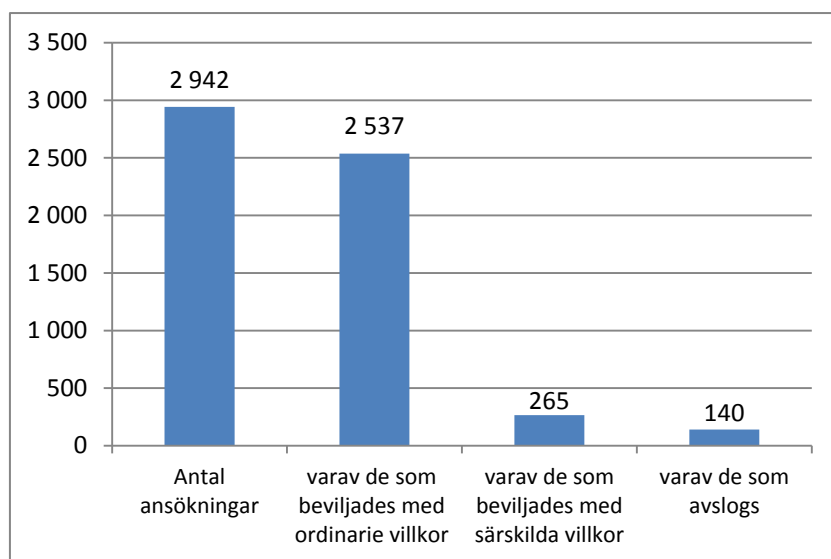
- ... beviljades med villkor som innebar karenstid eller kvalificeringstid?
- ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie?
- ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul?
- ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie?
- ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet?
- ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul?
- ... avslogs, men annan försäkring erbjöds i stället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)?
- ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?

Vad särskilt gällde avslagsbesluten, ställdes alltså frågan om avslag meddelades med eller utan erbjudande om att teckna en annan försäkring än den sökta försäkringen. I båda fallen handlar det om avslag på ansökan i kontraheringspliktens mening, eftersom plikten innebär en rätt att teckna just den försäkring som har sökts. Skälet till att enkätundersökningen gjorde skillnad på de två situationerna är att det är vanligt att försäkringsbolagen, vid avslag på ansökan om sjukförsäkring, erbjuder en annan försäkringsprodukt än den sökta, och att undersökningen därför behövde fånga upp båda dessa situationer. Nedan redovisas antalet och andelen avslagsbeslut samlat, dvs. utan åtskillnad mellan de fall där den försäkringssökande i

samband med avslaget har erbjudits en annan försäkringsprodukt, och de fall där något sådant erbjudande inte har förekommit.

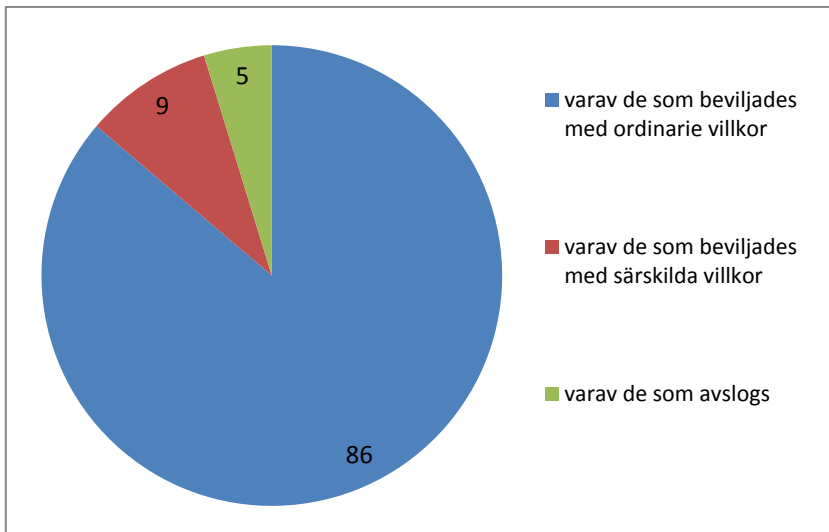
Som framgår av Figur 11.16 och 11.17 nedan, kom det in totalt 2 942 ansökningar om sjukförsäkring för vuxna under 2013. Av dessa beviljades totalt 2 802 ansökningar (95 procent av alla inkomna ansökningar). 2 537 ansökningar (86 procent av alla inkomna ansökningar) beviljades till ordinarie villkor och 265 (9 procent av alla inkomna ansökningar) med särskilda villkor. Av alla inkomna ansökningar var det 140 ansökningar (5 procent) som avlogs helt.

Figur 11.16 Sjukförsäkring – antal ansökningar i olika besluts kategorier



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

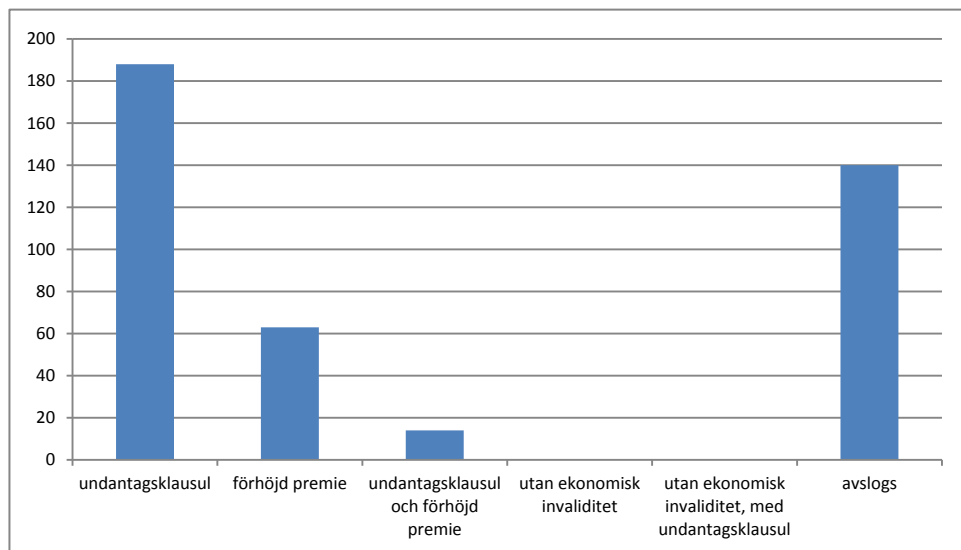
Figur 11.17 Sjukförsäkring – andel ansökningar av totalt antal (2 942) i olika beslutskategorier, i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Totalt var det alltså 405 ansökningar om sjukförsäkring för vuxna (14 procent av alla 2 942 inkomna ansökningar) som *beviljades med särskilda villkor eller avslogs*. Figur 11.18 nedan avser dessa 405 ansökningar och illustrerar vilka olika särskilda villkor som förekom när det gäller sjukförsäkringar för vuxna och hur många beslut som förekom i de olika kategorierna. Som framgår av figuren beviljades 188 ansökningar (6,4 procent av totalt antal ansökningar) med undantagsklausul. Vidare var det 63 ansökningar (2,1 procent av totalt antal ansökningar) som beviljades med förhöjd premie och 14 (0,5 procent av totalt antal ansökningar) som beviljades med både undantagsklausul och förhöjd premie. Undantag för ekonomisk invaliditet förekom inte alls vad gäller sjukförsäkring. Slutligen var det 140 ansökningar (4,8 procent av totalt antal ansökningar) som avslogs helt.

Figur 11.18 Sjukförsäkring – antal försäkringar som beviljades med särskilda villkor eller avslogs (av totalt 2 942)

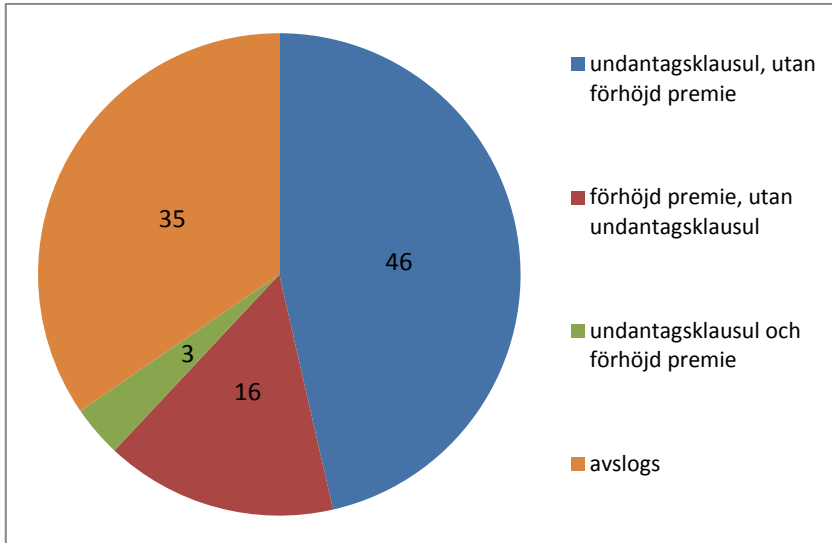


Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Även Figur 11.19 avser de totalt 405 ansökningar om sjukförsäkring för vuxna som antingen *beviljades till särskilda villkor eller avslogs helt*. Figuren illustrerar hur vanliga de olika beslutskategorierna var i förhållande till varandra. Där framgår att i 46 procent av de 405 ärenden där försäkring helt eller delvis nekades, handlade det om att försäkring beviljades med undantagsklausul. Försäkring med förhöjd premie beviljades i 16 procent av de aktuella ärendena och i 3 procent av fallen beviljades försäkring med undantagsklausul i kombination med förhöjd premie. Ansökningen avslogs vidare helt i 35 procent av de totalt 405 ärendena där försäkring helt eller delvis nekades.

Av enkätundersökningen framgår alltså att sjukförsäkring inte i något fall beviljades utan skydd för ekonomisk invaliditet. Detta beror på att själva syftet med en sjukförsäkring är att ge ersättning vid inkomstförlust vid framtida arbetsförmåga.

Figur 11.19 Sjukförsäkringar – andel ansökningar av totalt antal med särskilda villkor eller avslag (405), i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Orsaker till särskilda villkor och avslag

I enkätundersökningen efterfrågades också den vanligaste respektive näst vanligaste orsaken till att försäkringsbolaget beviljade sjukförsäkring för vuxna med särskilda villkor eller helt avslag ansökningar om sådan försäkring. Försäkringsbolagen fick svara på dessa frågor i fritext. Eftersom det finns olika sätt att klassificera sjukdomar och andra tillstånd inom försäkringsbranschen, har det inte varit möjligt att göra statistik av bolagens svar när det gäller orsaker till särskilda villkor och avslag.

Nedan finns en sammanställning av försäkringsbolagens svar när det gäller vanligaste respektive näst vanligaste orsakerna till särskilda villkor och avslag vid ansökningar om sjukförsäkring. De orsaker bolagen har uppgett anges utan någon inbördes rangordning (allmänt kan sägas att försäkringsbolagen gav mycket likartade svar när det gäller vanliga orsaker till särskilda villkor eller avslag).

Vanliga orsaker till undantagsklausul vid sjukförsäkring för vuxna:

- Besvär med rörelseorganen (t.ex. rygg, nacke, axlar, knän)
- Stress/utbrändhet
- Ögats och örats sjukdomar

Vanliga orsaker till premieförhöjning vid sjukförsäkring för vuxna:

- Övervikt/högt BMI (Body Mass Index)
- Hypertoni (högt blodtryck)
- Endokrina/metaboliska sjukdomar
- Ledbesvär
- Magbesvär
- Hjärt- och kärlsjukdomar

Vanliga orsaker till undantagsklausul i kombination med premieförhöjning vid sjukförsäkring för vuxna:

- Besvär med rörelseorganen (t.ex. rygg, nacke, axlar)
- Psykiska besvär (t.ex. stress, utbrändhet, depression)

Vanliga orsaker till avslag vid sjukförsäkring för vuxna:

- Multisymtom
- Pågående utredning
- Psykiska besvär (t.ex. stress, utbrändhet, depression)
- Besvär med rörelseapparaten (t.ex. rygg, axlar, nacke)

Kompletterande hälsouppgifter

I undersökningen ställdes också frågor om hur ofta försäkringsbolagen begärde in *kompletterande hälsouppgifter* i ärenden om sjukförsäkring för vuxna. Med kompletterande hälsouppgifter avsågs all information om den försäkringssökande som försäkringsbolaget begärde in, *utöver* den information som bolaget hade efterfrågat i den obligatoriska hälsodeklarationen.⁷ Som redan har framgått i avsnitt 7.2 ovan, kan sådan kompletterande hälsoinformation inhämtas antingen genom att försäkringsbolaget vänder sig direkt till den försäkringssökande, eller att bolaget begär sökandens samtycke för att hämta in uppgifter från vårdgivare eller andra (exempelvis genom patientjournaler och liknande).

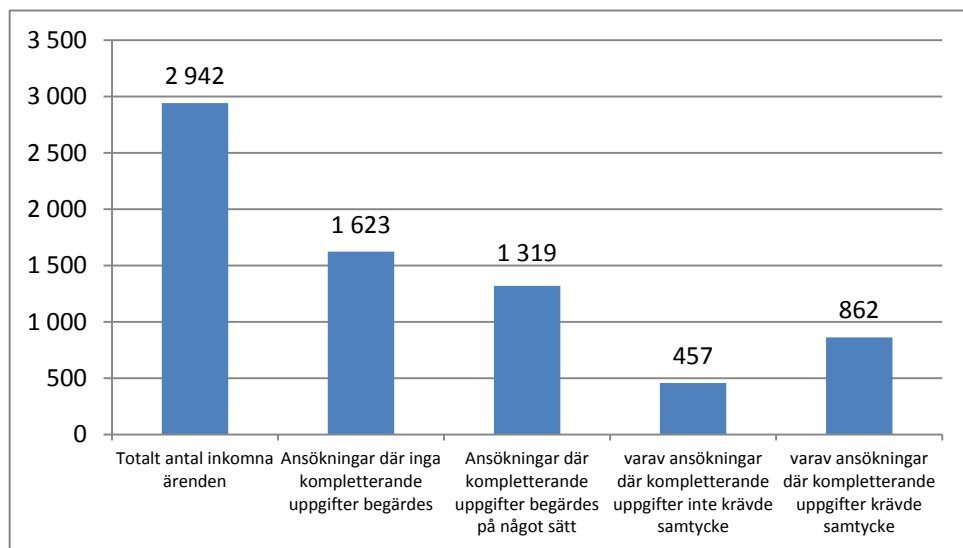
Försäkringsbolagen skulle i enkätundersökningen till att börja med uppge i hur stor andel av de inkomna ansökningarna om barnförsäkring som bolaget på *något sätt* begärde in kompletterande hälsouppgifter. Här avsågs alltså *dels* den situationen att bolaget vände sig till den försäkringssökande för att denne själv skulle lämna ytterligare hälsoinformation, *dels* att försäkringsbolaget begärde samtycke från sökanden för att hämta in uppgifter från andra. Därefter frågades i hur stor andel av de ärenden där bolaget på något sätt begärde kompletterande hälsouppgifter, som det handlade om att bolaget begärde *samtycke* för att hämta in hälsouppgifter från andra.

Försäkringsbolagens svar avseende inhämtande av kompletterande hälsoinformation finns sammanställda i Figur 11.20 och 11.21 nedan. Som framgår av dessa, visade undersökningen att, av de totalt 2 942 inkomna ansökningarna om sjukförsäkring för vuxna, begärde försäkringsbolagen *inte* in några kompletterande hälsouppgifter i 1 623 fall (i 55 procent av totalt antal ansökningar). I dessa fall bedömdes alltså ansökan på de uppgifter som lämnats i hälsodeklarationen. I 1 319 ansökningar (45 procent av totalt antal ansökningar) begärdes kompletterande hälsouppgifter *på något sätt*. I 457 fall (16 procent av totalt antal ansökningar) begärde bolaget dessa kompletterande hälsouppgifter *direkt från den försäkringssökande*, dvs. samtycke krävdes inte. I 862 fall (29 procent av totalt

⁷ Som inhämtande av kompletterande hälsouppgifter räknades alltså enligt undersökningen inte kompletteringar som försäkringsbolaget begärde med anledning av en inkomplett ansökan, dvs. på grund av att den obligatoriska hälsodeklarationen inte fyllts i korrekt.

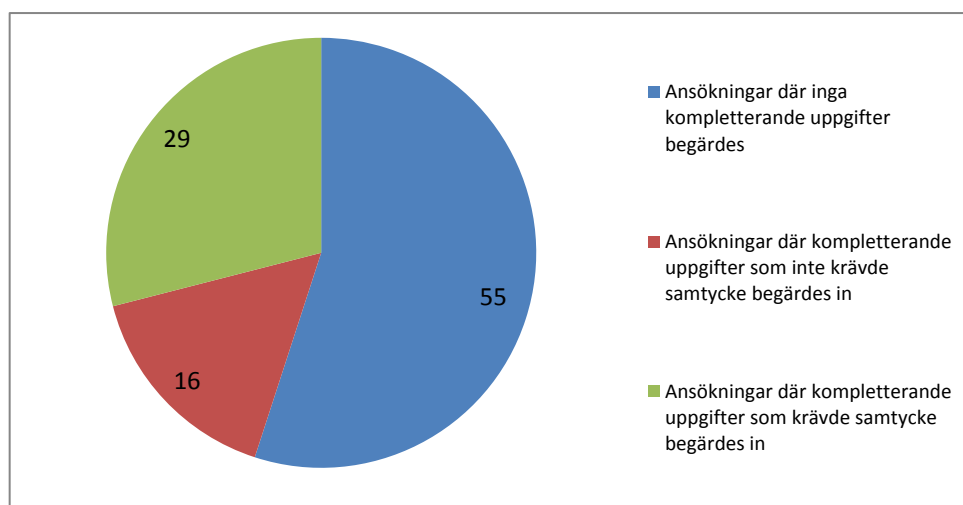
antal ansökningar) begärde försäkringsbolaget *samtycke från sökanden för att hämta in kompletterande hälsouppgifter från andra.*

Figur 11.20 Sjukförsäkringar – antal ansökningar där kompletterande uppgifter begärts in



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

Figur 11.21 Sjukförsäkring – andel ansökningar där kompletterande uppgifter begärts in, i procent



Källa: Enkätundersökning, Bilaga 2 till betänkandet.

11.4 Utredningens besök hos försäkringsbolagen

Som redan nämnts, har en arbetsgrupp från utredningen genomfört besök hos ett antal av de försäkringsbolag som har svarat på utredningens enkätundersökning. Besök har gjorts hos 6 av de 13 försäkringsbolag som har svarat på undersökningen. Försäkringsbolagen har inte valts ut på grund av hur de har svarat i enkätundersökningen, eller därför att utredningen har ansett att de utvalda bolagen särskilt behövt granskas. Urvalet har i stället gjorts främst utifrån att utredningen har önskat besöka såväl några stora, som några mindre försäkringsbolag och granska försäkringsärenden rörande samtliga av tre försäkringstyper som har omfattats av undersökningen.

Den arbetsgrupp som har genomfört besöken har bestått av sekreteraren och delvis utredaren samt en sakkunnig och en expert från utredningen, varav en har representerat konsumentintressen (f.d. chefen för Konsumenternas Försäkringsbyrå) och en har företrätt försäkringsbolagens intressen (Svensk Försäkrings expert i utredningen). I arbetsgruppen har också deltagit två inhyrda konsulter med särskild erfarenhet och expertis. En av konsulterna har varit en pensionerad f.d. riskbedömningsansvarig vid ett större försäkringsbolag. Den andra konsulten har varit en kliniskt aktiv läkare med särskild erfarenhet av försäkringsmedicin.

Vid besöken, som har tagit en arbetsdag per respektive försäkringsbolag, har arbetsgruppen fått närmare information om de aktuella bolagens försäkringsprodukter och affärsmodeller samt hur riskbedömningsprocessen vid bolaget går till. Arbetsgruppen har vidare fått ta del av ett antal av utredningen slumpmässigt utvalda försäkringsärenden där ansökan har avslagits eller försäkring har beviljats med särskilda villkor. Mellan 15 och 20 ärenden har granskats hos varje bolag där besök har ägt rum. Granskningen har inte haft till syfte att utredningen ska kunna dra några statistiskt säkerställda slutsatser angående försäkringsbolagens hantering av försäkringsansökningar. I stället har den syftat till att utredningen ska få fördjupad kunskap om hur försäkringsbolagens riskbedömningar går till i praktiken samt de aktuella försäkringsprodukterna och de affärsmässiga och företagsekonomiska överväganden som ligger till grund för utformningen av dessa.

Eftersom det i stor utsträckning har handlat om företagshemliga uppgifter som utredningen har fått ta del av vid sina besök, innehåller betänkandet ingen redogörelse för dessa. Utredningens lärdomar av och iakttagelser vid besöken kommer i stället till uttryck i de allmänna beskrivningarna och i de övervägandena som presenteras senare i betänkandet.

11.5 Djupintervjuer med försäkringsbolag och återförsäkringsbolag

Utredningen har som nämnts ovan även bjudit in de försäkringsbolag som har svarat på enkätundersökningen till fördjupade intervjuer.

Det har varit frivilligt för försäkringsbolagen att ställa upp på intervjuerna. Samtliga tillfrågade försäkringsbolag förutom ett har accepterat inbjudan. Det bolag som har avböjt att låta sig intervjuas säljer en barnförsäkringsprodukt som marknadsförs som en individuell barnförsäkring men som, enligt vad utredningen kan bedöma, i allt väsentligt liknar en gruppörsäkring (se avsnitt 6.7 ovan angående gränsdragningen mellan individuell försäkring och gruppörsäkring). Utredningen har vidare avstått från att intervju ett av de försäkringsbolag som har svarat på undersökningen, med hänsyn till att det bolaget representerar en extremt liten andel av marknaden för de aktuella personförsäkringarna (bolaget hade 1 ansökan 2013).

Totalt har alltså utredningen genomfört djupintervjuer med 11 försäkringsbolag.

Som också har framgått ovan, har utredningen därutöver hållit djupintervjuer med två större återförsäkringsbolag. Utredningen har vänt sig till de två återförsäkringsbolag som, enligt uppgifter till utredningen från försäkringsbolagen, förekommer i störts utsträckning på marknaden för privata, individuella personförsäkringar.

I Bilaga 4 till betänkandet finns en sammanställning av försäkringsbolagens och återförsäkringsbolagens svar på utredningens djupintervjufrågor. Där redovisas bara de frågor och svar som har haft betydelse för utredningens överväganden och ståndpunkter.

11.6 Enkätundersökning riktad till konsumenter

11.6.1 Genomförande av enkätundersökningen

Som redan nämnts, har utredningen uppfattat sina direktiv så att kartläggningen av försäkringsbolagens hantering av försäkringsansökningar, ska göras med huvudsakligt fokus på statistiskt material och annan information från försäkringsbranschen. Likväl har vi ansett det viktigt att, i den mån det varit möjligt, även ta del av synpunkter och erfarenheter från de försäkringssökande. På grund av försäkringsbolagens sekretessåtaganden gentemot personer som ansöker om försäkring och gällande lagstiftning rörande personuppgiftsbehandling, har det inte varit möjligt att via försäkringsbolagen få kontakt med försäkringssökande som har nekats försäkring på normala villkor. Utredningen har därför i stället valt att genomföra en enkätundersökning i samarbete med Handikappförbunden, Lika Unika, DHR, Svenska Prematurförbundet samt Barnplantorna. Målgruppen för undersökningen har varit konsumenter som på något sätt har anknytning till förbunden eller är intresserade av de frågor som förbunden driver. Undersökningen har innehållit frågor om försäkringsskydd och konsumenternas upplevelser angående att ansöka om individuell personförsäkring. Enkätundersökningen finns bifogad till detta betänkande som Bilaga 5.

Frågorna i undersökningen har tagits fram av utredningens expert från Handikappförbunden och från Svenska Prematurförbundet i samarbete med utredningssekreteraren.

Undersökningen har skickats till alla deltagande förbundens medlemsorganisationer i form av en länk till en webbaserad enkät. Utredningens önskemål var att förbunden skulle skicka länken via mejl tillsammans med ett informationsbrev till alla sina medlemmar. Vissa förbund distribuerade undersökningen till sina medlemmar på det sättet. För vissa andra förbund visade sig detta tillvägagångssätt däremot vara besvärligt av olika skäl, bl.a. på grund av att förbunden saknade mejladresser till många av sina medlemmar. Några av förbunden valde därför att i stället lägga ut länken till enkätundersökningen på sina webbplatser samt på sociala medier. Även vissa av de förbund som gjort utskick via mejl lade ut länken till enkäten på sociala medier. En del av förbunden valde att varken skicka ut länken eller lägga ut den på nätet.

Utredningen har alltså helt saknat kontroll över vilka konsumenter som har haft möjlighet att svara undersökningen. Detta går inte heller att kontrollera i efterhand eftersom svaren av integritets-skäl har lämnats anonymt. I enkäten har det däremot funnits frågor om vilket förbund, om något, som den svarande tillhör, och om den som svarar lider av någon särskild funktionsnedsättning. Av svaren på dessa frågor går det att bilda sig en uppfattning om ungefär vilka kategorier av personer som har besvarat enkäten. Det framgår här tydligt att de svarande till stor del representerar de förbund som har gjort direktutskick till sina medlemmar.

Enkäten har utformats så att det inte har varit obligatoriskt att svara på alla frågor för att gå vidare och skicka in enkäten. Anledningen till det var för att inte avskräcka personer från att svara, speciellt med hänsyn till att undersökningen vände sig till vissa grupper med särskilda svårigheter. De svarande har också styrts in i olika ”frågespår” beroende på hur de har svarat på olika frågor. Att undersökningen har konstruerats så, medför att det har varit ett varierande antal svarande på olika frågor.

Mot bakgrund av hur den aktuella undersökningen har genomförts, kan några statistiskt säkerställda slutsatser inte dras av den. Däremot ser utredningen undersökningen som ett viktigt sätt att fånga upp upplevda konsumentproblem för utsatta grupper, inte minst med hänsyn till det stora totala antalet svarande. Framför allt är detta möjligt genom de många fritextsvar som de svarande har lämnat i enkäten. Det varierande intresse som de olika förbunden och deras medlemmar har visat för enkätundersökningen, kan också ge en fingervisning när det gäller vilka grupper som upplever störst problem med att få teckna en personförsäkring. Även om undersökningen alltså i princip bara reflekterar vissa individers synpunkter och upplevelser är det en del mönster, frågeställningar och synpunkter som återkommer i enkätsvaren och som är av intresse för utredningens analys.

I det följande redovisar vi resultatet av undersökningen i de delar som vi anser vara relevanta för utredningens arbete. Vi kommer inte att redovisa någon statistik, eftersom några statistiskt säkerställda slutsatser inte kan dras av undersökningen. Däremot redovisar vi vilka indikationer som vi anser att enkätundersökningen kan ge avseende de problem som utsatta grupper upplever när det gäller att ansöka om en individuell personförsäkring. I kapitel 16

nedan återkommer vi sedan till de frågeställningar av betydelse som vi anser aktualiseras genom undersökningen.

11.6.2 Resultatet av enkätundersökningen

Totalt svarade 3 602 personer på enkätundersökningen. Av dessa svarade 2 394 vuxna personer för egen räkning och 1 167 vårdnadshavare svarade för sina barn. Ytterligare 41 personer svarade i egenkap av någon annan juridisk ställföreträdare. Eftersom den grupp som svarade för annans räkning till den helt övervägande delen bestod av vårdnadshavare, är det så vi i det följande kommer att benämna den gruppen.

I undersökningen tillfrågades de svarade om de hade en individuell personförsäkring eller inte. Av de personer (både vuxna och vårdnadshavare) som uppgav att de hade en individuell försäkring, fanns det såväl dem som hade fått teckna försäkringen till normala villkor som dem som hade beviljats försäkring med undantagsklausul eller premieförhöjning. Av de personer som uppgav att de inte hade någon individuell personförsäkring, angav vissa att de hade ansökt, hos ett eller flera försäkringsbolag, medan vissa uppgav att de aldrig hade ansökt.

Till de personer som angav att de inte hade någon individuell personförsäkring, men att de någon gång hade ansökt om en sådan försäkring, ställdes frågan vad som hände vid ansökningstillfället. Nästan hälften av de vuxna, och drygt hälften av vårdnadshavarna, svarade då att försäkringsbolaget avsåg ansökan. Sedan var det ungefär en femtedel av de vuxna och en tiondel av vårdnadshavarna som angav att de inte fullföljde ansökan.

Till dem som hade uppgett att de inte hade någon individuell personförsäkring, och att de aldrig hade ansökt om en sådan försäkring, ställdes frågan varför de aldrig ansökt. Det svarsalternativ som valdes av flest vuxna var att man inte hade känt något behov av en individuell personförsäkring. Det var även en relativt stor andel av vårdnadshavarna som valde det alternativet. Utredningen konstaterar att en förklaring till detta möjligen skulle kunna vara att personer med olika funktionsnedsättningar ofta utan större svårighet kan teckna en gruppförsäkring.

Samtidigt var ett annat vanligt svar på frågan om varför den svarande aldrig hade ansökt om en individuell personförsäkring, att man bedömde att det ändå inte var någon idé. Det svaret gavs av ungefär en tredjedel av både de som svarade för egen räkning och vårdnadshavarna. Av de frisvar som lämnades i detta sammanhang, framgår att vissa upplevt att försäkringsbolaget redan vid inledande kontakter hade uppgett att de (eller deras barn) inte kunde få någon försäkring.

Av de vuxna som svarat för egen räkning var personer med diabetes den grupp som stod för högst andel av svaren. Andra grupper som representerade en relativt stor andel av svaren i vuxenundersökningen var personer med allergi/astma, migrän, rörelsehinder samt neuropsykiatriska och psykiska funktionsnedsättningar. Av de som svarade på undersökningen i egenskap av vårdnadshavare, stod vårdnadshavare till barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar för över hälften av svaren i undersökningen. Föräldrar till för tidigt födda barn stod för ungefär en tredjedel av svaren. Även vårdnadshavare till barn med diabetes och astma/allergi var relativt väl representerade.

11.6.3 Indikationer från undersökningen

Sammanfattningsvis anser utredningen att den enkätundersökning som riktats till konsumenter har indikerat följande förhållanden av betydelse för utredningens fortsatta analys.

För det första tyder vissa svar som lämnats på att det förekommer att personer som önskar teckna en personförsäkring aldrig ens kommer i den situationen att de kan återropa kontraheringsplikten. Enligt vissa uppgifter som har lämnats i undersökningen, kan ett skäl till det vara att man vid inledande kontakter med försäkringsbolaget *upplever att man blir avrådd från att ens ansöka om en personförsäkring, eftersom denna ändå skulle vara utsiktslös*. Av uppgifterna i enkätundersökningen går det visserligen inte att avgöra vilka slags frågor som dessa personer har ställt till försäkringsbolagen, eller exakt vilken information som de har fått till svar. Det går alltså inte att veta i vilken omfattning som det faktiskt förekommer att personer avråds från att ansöka om en personförsäkring. Vi konstaterar däremot att det är viktigt att så många som möjligt

faktiskt ansöker om att få teckna en personförsäkring för att kontraheringsplikten ska kunna få önskad effekt.

Vissa svar som har lämnats i undersökningen tyder också på att det för vissa grupper kan vara svårt att fullfölja en ansökan om en personförsäkring, även om en sådan påbörjas. Av undersökningen kan vi inte dra några slutsatser när det gäller hur vanligt det är att den som ansöker om en personförsäkring inte fullföljer ansökan, eller vad det beror på. Däremot finns det fritextsvar i undersökningen som indikerar att vissa försäkringssökande har låtit bli att fullfölja ansökan, eftersom de har tyckt att det varit alltför komplicerat att ta sig igenom ansökningsförfarandet.

Slutligen kan vi också konstatera att *intresset har varit stort från vissa grupper för enkätundersökningen*. Detta beror till stor del på hur respektive förbund har valt att hantera undersökningen. Vissa förbund har varit mer aktiva än andra när det gäller att engagera sina medlemmar i undersökningen. Detta kan ha resursmässiga eller andra skäl, men ger enligt vår bedömning i sig en fingervisning när det gäller vilka grupper som upplever mest problem när det gäller att ansöka om en personförsäkring. Vi noterar att engagemanget har varit stort ifrån följande grupper:

- personer med diabetes (särskilt vuxna men även vårdnadshavare till barn med diabetes)
- personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (särskilt vårdnadshavare till barn med sådana funktionsnedsättningar, men även vuxna)
- vårdnadshavare till för tidigt födda barn
- personer med astma/allergi (barn och vuxna).

DEL IV

Överväganden

12 Vad innebär kontraheringsplikten i praktiken?

12.1 Inledning

Utredningens övergripande uppdrag är att bedöma om lagstiftarens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska hantering av kontraheringsplikten för personförsäkring. För att kunna göra det, har utredningen analyserat och tolkat innebörden av kontraheringsplikten, såsom den i dag kommer till uttryck genom lagtext och motiv.

Som kommer att utvecklas närmare nedan, bygger kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL på en avvägning mellan det allmänna behovet av försäkringsskydd – särskilt för utsatta grupper av individer – och försäkringsmässiga hänsyn. I förarbetena till bestämmelsen om kontraheringsplikten har regeringen gjort vissa uttalanden som kan uppfattas som delvis motstridiga när det gäller hur avvägningen ska göras i praktiken mellan dessa delvis motstående intressen. Även i vissa andra avseenden har den praktiska innebörden av kontraheringsplikten varit delvis oklar. Pliktens tillämpning försvåras dessutom på grund av att personförsäkringsprodukterna i sig är mycket komplexa och i många avseenden skiljer sig åt mellan bolagen, samt att hanteringen av ansökningar om personförsäkringar till stor del styrs av försäkringsprodukternas utformning.

Utredningens analys och tolkning av nu gällande lagstiftning görs alltså med beaktande av att den närmare praktiska innebörden av kontraheringsplikten för personförsäkring i vissa delar är något oklar, och med hänsyn till den komplexa karaktären av de personförsäkringsprodukter som berörs.

Detta kapitel innehåller alltså bara utredningens tolkning av befintlig lagstiftning. Mot bakgrund av den tolkningen, redovisar vi

i kapitel 13–15 vår syn på om försäkringsbolagens hantering av ansökningar om personförsäkringar lever upp till de krav som ställs i lagstiftningen. I kapitel 16 redovisar vi sedan våra överväganden, förslag och bedömningar när det gäller behovet av reformer med avseende på kontraheringsplikten.

Vi framhålla att den här utredningen bara har i uppdrag att analysera den situationen att en personförsäkring nekas på grund av att *hälsotillståndet* hos den som ska försäkras bedöms medföra risk för *framtida försäkringsfall*. Som har framgått ovan (se kapitel 3), kan risken för *framtida försäkringsfall* också ligga i andra omständigheter än den försäkringssökandes hälsotillstånd (den som ska försäkras kan exempelvis leva i en hälsovådlig miljö eller ägna sig åt särskilt farlig verksamhet). Enligt 11 kap. 1 § FAL kan det också finnas särskilda skäl för ett försäkringsbolag att neka någon en personförsäkring med hänsyn till den avsedda *försäkringens art* (denna grund tar främst sikte på försäkringar som typiskt sett har mindre social betydelse än andra) eller *någon annan omständighet* (en sådan omständighet är att det finns en risk att försäkringstagaren ska utnyttja försäkringen på ett ohederligt sätt). De nu nämnda avslagsgrunderna omfattas inte av utredningens uppdrag, och behandlas därför inte närmare framöver.

12.2 Regleringen

I 11 kap. 1 § FAL anges, som framgått tidigare, att ett försäkringsbolag inte får vägra någon att teckna en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, när bolaget har fått de uppgifter som behövs för prövningen, om det inte finns *särskilda skäl* för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Som angetts ovan, behandlat utredningen bara den situationen att försäkring på normala villkor nekas med hänvisning till att den som ska försäkras inte har ett fullgott hälsotillstånd.

Enligt motiven följer det av kravet på *särskilda skäl* att riskprövningen ska ske på *individuell grund*, inte schablonmässigt, och att avslag, premieförhöjningar och särskilda förbehåll bara är tillåtna när de *i det enskilda fallet har klart stöd av en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet och den därmed sammanhängande*

risken för framtida försäkringsfall (prop. 2003/04:150 s. 246 f. och s. 499).

Nedan analyserar vi vad det i praktiken innebär att beslut att vägra försäkring ska baseras på en *individuell bedömning* och att beslutet ska ha klart stöd av *en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet och risken för framtida försäkringsfall*.

Som framgår ovan, är tillämpningen av kontraheringsplikten även begränsad genom att rätten att under vissa förutsättningar teckna en personförsäkring bara gäller för en *sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten*. Nedan kommer vi också att redovisa vår syn på hur kontraheringsplikten ska uppfattas i detta avseende.

Innan vi går närmare in på den praktiska innebörden av kontraheringsplikten, vill vi framhålla att de allra flesta försäkringsansökningar beviljas direkt på de uppgifter som lämnats i ansökan. I dessa fall blir det alltså inte aktuellt med någon mer kvalificerad riskbedömning från försäkringsbolagets sida. Det är därmed i praktiken bara när ansökan innehåller uppgifter som enligt försäkringsbolaget tyder på en förhöjd risk, som kontraheringsplikten över huvud taget aktualiseras.

12.3 Vad är en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet?

12.3.1 Försäkringsteknik enligt motiven

I motiven till kontraheringsplikten framhöll regeringen att pliktens införande inte syftade till att ändra den försäkringstekniska grundvalen för bolagens prövning av försäkringsansökningar. Regeringen betonade att försäkringsbolagens beslut måste få ta sin utgångspunkt i företagsekonomiska kalkyler, inte minst av hänsyn till försäkringstagarkollektivet. Avslag, premieförhöjning och särskilda förbehåll skulle därmed, enligt regeringen, vara tillåtna när de i det enskilda fallet hade klart stöd av en *försäkringsteknisk bedömning* av hälsotillståndet hos den försäkrings sökande, och den därmed sammanhängande risken för framtida försäkringsfall (prop. 2003/04:150 s. 499).

Att ett beslut att helt eller delvis vägra försäkring ska ha klart stöd av en försäkringsteknisk bedömning, utgör en precisering av vad som menas med lagtextens krav på *särskilda skäl*, när en sökt

personförsäkring vägras på med hänvisning till sökandens hälso-tillstånd. Det ligger i sakens natur att höga krav måste ställas när det gäller kvaliteten på och innebörden av försäkringsbolagets riskbedömning, för att ett beslut att vägra försäkring i ett enskilt fall ska kunna sägas ha klart stöd av en *försäkringsteknisk bedömning*. I det följande utvecklar vi vilka krav som vi anser ska ställas på en sådan bedömning.

12.3.2 Ett beslut att neka försäkring ska vara försäkringsmässigt nödvändigt

Som har beskrivits närmare i kapitel 7 ovan, gör försäkringsbolaget en riskbedömning i syfte att säkerställa att bolaget beviljar försäkringar och fastställer försäkringsvillkor på ett sådant sätt att bolaget i slutändan kan fullgöra sina åtaganden mot försäkringstagarna. Att en försäkringsrörelse ska drivas enligt den riktlinjen följer av de grundläggande kraven i försäkringsrörelselagstiftningen (se 4 kap. 1 § FRL och kapitel 5 ovan). Enligt dessa regler ska försäkringsrörelse bl.a. bedrivas med en tillfredsställande kontroll över olika slag av risker, såsom de försäkringsrisker, som direkt eller indirekt berör möjligheterna att fullgöra åtagandena mot försäkringstagarna. Bedömningen av om riskhanteringen är tillfredsställande ska avgöras med hänsyn till rörelsens omfattning och beskaffenhet, och det kan ställas olika krav på riskhantering, bl.a. beroende på vilka slags försäkringar som meddelas (se prop. 2009/10:246 s. 444 med hänvisning till prop. 1998/99:87 s. 391 f.).

Försäkringsbolagets skyldighet att ha kontroll över riskerna i enlighet med vad som angetts ovan sätter alltså en yttersta gräns för när ett försäkringsbolag kan bevilja försäkring. Den yttersta gränsen bör också vara vägledande för när ett försäkringsbolag har rätt att neka försäkring. Mot den bakgrunden menar vi att en *försäkringsteknisk bedömning* av risken, innebär att försäkringsbolaget ska kunna visa att ett beslut att helt eller delvis neka försäkring, har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*. Därmed avser vi att försäkringsbolaget måste kunna visa att risken för framtida försäkringsfall är så hög, att det skulle få *klart olämpliga följder* för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget försäkrades till normala villkor eller, vid avslag, försäkrades alls. Det handlar här inte om vilka följderna skulle bli för försäkringskollektivet om en försäk-

ring beviljades i just det aktuella fallet. Frågan är vilka följder som skulle uppstå för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget vanligen skulle försäkras.

När det kan anses vara försäkringsmässigt nödvändigt att neka försäkring varierar, eftersom många olika faktorer påverkar vilka följder det får för försäkringskollektivet i fråga ifall vissa risker försäkras. Faktorer som har betydelse i det sammanhanget är bl.a. den aktuella försäkringsproduktens omfattning, dvs. vilka ersättningar som bolaget riskerar att behöva betala ut vid eventuella försäkringsfall och hur troligt det är att försäkringsfall skulle inträffa. Men också andra faktorer, såsom försäkringsbolagets storlek och ekonomi i övrigt samt försäkringskollektivets storlek och sammansättning, har betydelse för bedömningen.

12.3.3 Riskbedömningen ska grundas på beslutsunderlag av hög kvalitet

För att ett bolags beslut att neka försäkring ska kunna anses ha klart stöd i en *försäkringsteknisk bedömning*, måste riskbedömningen också ha grundats på ett *beslutsunderlag av hög kvalitet*. Som har framgått ovan (se kapitel 7), är s.k. försäkringsmedicinska riktlinjer ett centralt instrument för försäkringsbolagen vid riskbedömningen. I praktiken krävs det därmed att de riktlinjer som har använts vid riskbedömningen har hållit hög kvalitet. Vi bedömer att ett rimligt kvalitetskrav är att riskprovningen när försäkring nekas ska ha grundats på det som i försäkringssammanhang vid den aktuella tidpunkten anses vara *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet*¹ samt *bolagets försäkringsmässiga kunnande*. Med *medicinsk vetenskap*, syftar vi på den medicinska vetenskapliga forskningen, fast med beaktande av att en viss tröghet måste accepteras med avseende på när försäkringsbolagen kan förväntas anpassa sin riskbedömning efter nya forskningsrön. Det är exempelvis inte

¹ Uttrycket "vetenskap och beprövad erfarenhet" är ett uttryck som förekommer i lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område (se Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område i 2 kap. 1 §). Liknande begrepp används i lagstiftning på skolområdet (se t.ex. prop. 2009/10:165 s. 223). Uttrycket ges något skiftande betydelse beroende på i vilket sammanhang det används. Även om det inte är möjligt att fastställa någon helt avgränsad betydelse för uttrycket i det nu aktuella sammanhanget, menar vi att uttrycket fungerar väl för att illustrera det kvalitetskrav som bör ställas på försäkringsbolagens riktlinjer för riskbedömning.

rimligt att kräva att försäkringsbolagen ska ändra sina riktlinjer på grund av ny medicinsk forskning, förrän det finns en viss konsensus kring den. Det är den aspekten som avses med att det ska handla om det som *i försäkrings-sammanhang vid den aktuella tidpunkten* anses vara medicinsk vetenskap. *Medicinsk beprövad erfarenhet* handlar i det här sammanhanget om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accepterat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagens professionella erfarenhet. Här avser vi i första hand försäkringsbolagets eventuella egen erfarenhet i förhållande till den aktuella försäkringsprodukten och det försäkrade kollektivet. Det kan exempelvis handla om bolagets egen sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering. Här är det viktigt att framhålla att det måste vara erfarenhet som kan styrkas, eftersom det alltid är upp till försäkringsbolaget att visa att det har funnits särskilda skäl att neka försäkring.

Att försäkringsbolagens riskbedömningar ska grundas på aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet, innebär att bolagen kontinuerligt måste hålla sig informerade och uppdaterade när det gäller medicinsk forskning samt regelbundet utvärdera sina försäkringsmedicinska riktlinjer och uppdatera dessa vid behov. Bättre diagnostiska metoder och behandlingar bör exempelvis ofta göra att försäkringsriskerna minskar för specifika sjukdomar. Möjligheterna att teckna en försäkring utökas samtidigt inte nödvändigtvis genom ny medicinsk forskning och ökad erfarenhet hos försäkringsbolagen. Större kunskap inom vissa områden kan också tänkas medföra att medvetenheten om risker ökar, och att försäkringsbolagen därför blir mer restriktiva med att bevilja försäkringar.

12.4 Vad är en individuell bedömning?

12.4.1 Individuella faktorer ska utredas

Enligt motiven ställs begreppet *individuell bedömning* i motsats till en prövning som görs *schablonmässigt*. Den närmare betydelsen av dessa begrepp förklaras inte i förarbetena och begreppen behandlas inte heller särskilt ingående i litteraturen.

Utredningen menar att kravet på en individuell bedömning bör kunna uttryckas så att försäkringsbolagen har en skyldighet att i

möjligaste mån säkerställa att en försäkringsansökan behandlas utifrån de förhållanden som är specifika för personen i fråga. Som vi kommer att utveckla närmare nedan, menar vi att försäkringsbolagen därmed har ett ansvar att i tveksamma fall *utreda* hälsotillståndet hos den enskilde försäkringssökande för att få fram den hälsoinformation som kan ha betydelse för den försäkringstekniska bedömningen av dennes ansökan. Innebörden av detta *utredningsansvar* utvecklar vi närmare i det följande.

12.4.2 Försäkringsbolagens utredningsansvar

Utredningsansvaret i förhållande till upplysningsplikten

Kravet på en individuell bedömning enligt 11 kap. 1 § FAL måste ses i ljuset av den försäkringssökandes upplysningsplikt enligt 12 kap. 1 § FAL.

Som har framgått tidigare (se kapitel 4 och 7), har den som ansöker om en personförsäkring en upplysningsplikt gentemot försäkringsbolaget. Upplysningsplikten enligt FAL är i praktiken begränsad till en svarsplikt, och i fråga om personförsäkring innebär den i princip att den försäkringssökande på ett riktigt sätt måste besvara försäkringsbolagets frågor rörande sitt hälsotillstånd. Det finns alltså ingen spontan upplysningsplikt eller krav på att försäkringstagaren självmant ska lämna riktiga upplysningar om alla förhållanden som han eller hon insåg eller bort inse är av betydelse för bolagets bedömning av hans ansökan (se prop. 2003/04:150 s. 264 f.).²

Upplysningar inhämtas som framgått ovan (se kapitel 7) i regel av försäkringsbolagen genom ett mer eller mindre utförligt frågeformulär, en s.k. hälsodeklaration, som skickas till den försäkringssökande. Hälsodeklarationen innehåller frågor om den försäkringssökandes hälsotillstånd och andra förhållanden som bolaget anser ha betydelse för riskbedömningen. Det är upp till försäkringsbolaget att formulera frågorna så att svaren ger de nödvändiga upplysningarna. Anser försäkringsbolaget sedan att ytterligare information behövs, får bolaget skaffa sådan antingen från den försäkringssökande själv genom exempelvis kompletterande frågeformulär eller, efter dennes

² Se även Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*. tredje upplagan, 2015, s. 446 f.

samtycke, (se 11 kap. 1 a § FAL), från vårdgivare eller andra (se prop. 2003/04:150 s. 264 f.).

Försäkringstagaren har alltså i allmänhet fullgjort sin upplysningsplikt enligt FAL när han har lämnat riktiga och fullständiga svar på frågorna i hälsodeklarationen och, i förekommande fall, lämnat de tilläggsupplysningar som försäkringsbolaget begärt eller lämnat sitt samtycke till inhämtande av kompletterande hälsouppgifter.

Om den försäkrade har lämnat oriktiga uppgifter som försäkringsbolaget upptäcker när bolaget tar del av patientjournaler i samband med t.ex. en eventuell skadereglering kan det leda till att den försäkrade helt eller delvis går miste om sin rätt till ersättning och att försäkringen sägs upp eller erbjuds till andra villkor (se 12 kap. 2–4 §§ FAL). I det här sammanhanget finns det anledning att framhålla att det utredningsansvar för försäkringsbolaget som följer av 11 kap. 1 § i den situationen inte åberopas som ett skäl för att bolaget borde ha insett att upplysningar som den försäkringssökande lämnade var felaktiga eller ofullständiga, och därmed ska stå risken för detta (se 12 kap. 4 § FAL).

I praktiken innebär alltså regleringen i 12 kap. 1 § FAL att försäkringsbolaget har ett starkt eget intresse av att ta reda på de upplysningar om den försäkringssökande som bolaget anser har betydelse för prövningen av försäkringsökan. Bestämmelsen innebär däremot inget *krav* på bolaget att utreda hälsotillståndet hos den försäkringssökande. Vi menar att ett sådant krav i stället följer av kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 §, eftersom en individuell bedömning förutsätter att varje försäkringssökande bedöms utifrån de förhållanden som är specifika för just den personen.

Försäkringsbolaget ska klargöra lämnade uppgifter aktivt ta reda på individualiserande hälsofaktorer av betydelse

Utredningsansvaret innebär till att börja med att försäkringsbolaget har en skyldighet att i möjligaste mån *klargöra* lämnade uppgifter. Ett försäkringsbolag får alltså inte neka någon en sökt personförsäkring baserat på vaga eller oklara uppgifter som den försäkringssökande har angett i ansökan angående sitt hälsotillstånd.

Utredningsansvaret innebär vidare att försäkringsbolaget har en skyldighet att *aktivt ta reda på de faktorer som är individualiserande*

för den försäkringssökandes hälsa och som *kan ha betydelse för den försäkringstekniska bedömningen av ansökan*.

Genom hälsodeklarationer och andra frågeformulär ska alltså ett försäkringsbolag se till att den försäkringssökande uppmanas att lämna så pass preciserade uppgifter om sin hälsa, att bolaget antingen kan bedöma ansökan på grundval av de uppgifter som lämnas, eller kan avgöra vilka ytterligare hälsouppgifter som behövs för prövningen.

Hur långtgående utredningsansvaret är – dvs. hur mycket information bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på den enskilde sökandens hälsotillstånd och den sökta försäkringens innehåll och utformning. Grundläggande är att försäkringsbolaget ska ta reda på så pass mycket information om den försäkringssökandes hälsa som behövs för att bolaget ska kunna grunda sitt beslut på den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet som finns på området.

Att utredningsansvaret är begränsat till sådana hälsouppgifter som kan *påverka bedömningen* av ansökan, medför vidare att bolaget får avbryta utredningen om det under ansökningsförfarandet kommer fram någon omständighet som innebär att det är helt uteslutet att försäkring kommer att kunna beviljas. Försäkringsbolagen beviljar exempelvis i regel inte en sådan personförsäkring som ger ersättning vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom eller olycksfall till någon vars arbetsförmåga är helt eller delvis nedsatt redan vid ansökningstillfället. I sådant fall har försäkringsfall redan inträffat. Om det genom inhämtade uppgifter klart framgår att den försäkringssökande redan har en helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga, behöver försäkringsbolaget därför inte gå vidare och ta reda på ytterligare uppgifter om hälsotillståndet. Utredningsansvaret är alltså i dessa fall uppfyllt genom att försäkringsbolaget har hämtat in information som visar att arbetsförmågan är nedsatt. Den nedsatta arbetsförmågan kan visa sig genom att personen i fråga är sjukskriven, men kan också framgå på annat sätt.

Här ska också noteras att ett försäkringsbolag inte helt kan gardera sig mot att det kan finns uppgifter om den försäkringssökandes hälsa som bolaget inte får reda på, trots en gedigen utredning. Det viktiga är att försäkringsbolaget till att börja med uppmanar den försäkringssökande att lämna relevanta uppgifter, och att bolaget sedan, om lämnade uppgifter indikerar att det finns ytterligare hälso-

uppgifter som kan påverka bedömningen, även aktivt försöker ta reda på dessa. Om den försäkrings sökande, trots upprepade uppmaningar från försäkringsbolaget, ändå inte kompletterar med efterfrågade hälsouppgifter, måste bolaget anses ha uppfyllt sitt utredningsansvar (jfr prop. 2003/04 s. 150 och 498).

Försäkringsmedicinska riktlinjer ska utformas och tillämpas som hjälpmedel för individuella bedömningar

Som redan har framgått ovan (se kapitel 7), använder försäkringsbolagen i regel s.k. försäkringsmedicinska riktlinjer till stöd för sina riskbedömningar när det gäller personförsäkringar. Försäkringsmedicinska riktlinjer bygger på bl.a. medicinsk forskning och offentlig statistik samt bolagets egna kunskaper om hälsorisker vid olika sjukdomar och tillstånd. Riktlinjerna ger vägledning för hur olika slags sjukdomar och tillstånd ska riskbedömas. Det kan handla om riskbedömningsriktlinjer som har utvecklats av bolagen själva, eller av något återförsäkringsbolag.³

En fråga som vi menar måste analyseras i det här sammanhanget är hur användningen av försäkringsmedicinska riktlinjer går ihop med kravet på individuella bedömningar av ansökningar om personförsäkring, och det därmed sammanhängande utredningsansvaret för försäkringsbolagen.

Vi konstaterar att användningen av försäkringsmedicinska riktlinjer som en del av beslutsunderlaget vid riskbedömningar är grundläggande och godtagen försäkringsteknik, och att användningen i sig därför inte kan anses strida mot kontraheringsplikten. Däremot måste kontraheringsplikten innebära att både innehållet i de försäkringsmedicinska riktlinjerna och tillämpningen av dessa, måste vara anpassat till kravet på en individuell bedömning. Detta innebär i praktiken att de försäkringsmedicinska riktlinjer som används måste vara konstruerade, och tillämpas så, att de förutsätter att försäkringsbolagen ska fullgöra sitt utredningsansvar, och ta reda på de hälsouppgifter som kan påverka prövningen av ansökan. Riktlinj-

³ Som kommer att utvecklas närmare i kapitel 14 är det alltid försäkringsbolaget som har ansvar för att leva upp till kontraheringsplikten, även om bolaget använder försäkringsmedicinska riktlinjer från ett återförsäkringsbolag.

erna ska på så sätt utgöra ett *hjälpmedel* för de individuella bedömningar som måste göras i varje enskilt fall.

Så länge försäkringsmedicinska riktlinjer utformas och tillämpas så att de ger stöd åt individuella bedömningar, är alltså användningen av riktlinjer som en del av beslutsunderlaget vid riskbedömningar ingenting som i sig kommer i konflikt med kontraheringsplikten. En synpunkt som försäkringsbolagen har framhållit, och som utredningen instämmer i, är också att försäkringsmedicinska riktlinjer som i tillräcklig utsträckning främjar individuella bedömningar överlag minskar risken för godtycklighet i bedömningarna.

Användningen av försäkringsmedicinska riktlinjer som rekommenderar vissa beslut på alltför schablonmässiga grunder kan däremot leda till en hantering av ansökningar som strider mot tanken bakom kontraheringsplikten (i kapitel 14 nedan ger vi exempel på sådana situationer).

Integritetsskyddet angående inhämtande av hälsouppgifter hindrar inte fullgörande av utredningsansvaret

Som redan har framgått (se kapitel 7) innebär regleringen i 11 kap. 1 a § FAL att försäkringsbolaget bara får begära samtycke för att hämta in uppgifter om den försäkringssökandes hälsotillstånd från andra, exempelvis från hälso- och sjukvården, om det är *nödvändigt* för prövningen av försäkringsansökan. Innebörden av och bakgrunden till den bestämmelsen behandlas mer utförligt i kapitel 15 nedan. Här är det viktigt att framhålla att bestämmelsen inte utgör något hinder mot att försäkringsbolagen fullgör det utredningsansvar som följer av kontraheringsplikten, eftersom hälsouppgifter som har betydelse för bedömningen av om en ansökan kan beviljas eller inte, måste anses vara *nödvändiga* för prövningen.

12.5 Vad är en försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten?

12.5.1 Begränsning av kontraheringspliktens tillämpningsområde

Kontraheringsplikten har den begränsningen att den bara gäller för en sådan personförsäkring som bolaget *normalt tillhandahåller allmänheten*.

Vad som ska anses ingå i försäkringsbolagets normala tillhandahållande är alltså avgörande för vad som ska omfattas av kontraheringsplikten, och ytterst vad som ska ingå i en domstolsprövning vid en tvist rörande pliktens tillämpning (se 16 kap. 7 FAL). Som har nämnts tidigare (se kapitel 3), kan en domstol på yrkande av den som har nekats att teckna eller förnya en personförsäkring, förklara att denne har rätt att teckna försäkringen om bolaget har nekat försäkring i strid mot kontraheringsplikten.⁴

Klart är att kontraheringsplikten innebär att en domstol, på sökandens begäran, skulle kunna bestämma att ett försäkringsbolag som avslagit en ansökan om en personförsäkring, ska bevilja försäkringen till normala villkor (dvs. de allmänna villkor som vanligen gäller för försäkringen) om domstolen anser att bolaget inte haft särskilda skäl att neka försäkring till sådana villkor.

En fråga som utredningen därutöver har ställt sig är om en domstol, på yrkande av en försäkringssökande, skulle kunna bestämma att ett försäkringsbolag ska teckna en personförsäkring mot en förhöjd premie eller med något särskilt undantag, även om bolaget inte brukar använda sig av sådana försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall. Frågan har aktualiserats mot bakgrund av att regeringen i motiven till regleringen rörande kontraheringsplikten, uttalade att bolagen i svår försäkrade fall i första hand skulle anpassa premien och andra villkor och bara i sista hand – när det inte gick att meddela en försäkring alls – kunde vägra någon en försäkring helt och hållet (prop. 2003/04:150 s. 249 f.).

⁴ Ramarna för en domstolsprövning av kontraheringsplikten är givetvis i ett enskilt fall ytterst beroende av hur parterna väljer att föra sin talan, dvs. vilka yrkanden som framställs i processen. Bestämmelsen om domstolsprocessen finns i rättegångsbalkens (1942:740) regler om processen i tvistemål.

I det följande redogör vi först för hur det ser ut på personförsäkringsmarknaden när det gäller användningen av särskilda försäkringsvillkor, och varför det ser ut som det gör. Därefter redovisar vi vår syn på vad som ska anses utgöra en sådan försäkring som ett bolag normalt tillhandahåller allmänheten, dvs. hur tillämpningsområdet för kontraheringsplikten ska avgränsas i praktiken.

12.5.2 Användningen av särskilda villkor på marknaden

Utredningen har vid sin kartläggning kunnat konstatera att det varierar mellan försäkringsbolagen på marknaden vilka slags särskilda försäkringsvillkor, dvs. premieförhöjningar och undantagsklausuler av olika slag, som används. Ett och samma försäkringsbolag tillämpar i regel också olika slags särskilda villkor för olika typer av personförsäkringsprodukter och även för en och samma försäkring, beroende på vilken slags sjukdom eller ohälsa det rör. I kapitel 13 nedan, redogör vi utförligt för våra iakttagelser när det gäller försäkringsbolagens användning av premieförhöjningar och undantagsklausuler i individuella försäkringsavtal. Här nämner vi bara några exempel för att illustrera hur användningen mer allmänt ser ut på marknaden.

Till att börja med ska det nämnas att inget försäkringsbolag på marknaden använder sig av premieförhöjningar i individuella avtal om barnförsäkring. På barnförsäkringssidan finns det också exempel på försäkringsbolag som inte heller använder sig av undantagsklausuler i individuella försäkringsavtal. Det innebär att en ansökan om barnförsäkring hos ett sådant bolag bara kan bedömas på två sätt efter genomförd riskbedömning – antingen beviljas försäkringen till normala villkor (med de inskränkningar och begränsningar som gäller enligt dessa) eller så avslås ansökan helt (ofta med erbjudande om en annan typ av barnförsäkring).

Här kan noteras att utredningens kartläggning visar att ett försäkringsbolag som varken använder sig av premieförhöjningar eller undantagsklausuler vid barnförsäkring, inte avslår fler försäkringsansökningar än bolag som arbetar med undantagsklausuler i sin barnförsäkring (dvs. i vissa fall beviljar försäkring med någon viss inskränkning, om försäkring inte kan beviljas till normala villkor). Förhållandet är snarare det omvända. Det ska samtidigt framhållas

att en beviljad försäkring självfallet inte är någon garanti för att försäkringsskydd verkligen föreligger vid ett eventuellt skadefall, eftersom rätten till försäkringsskydd kan falla bort av olika skäl. Försäkring gäller exempelvis aldrig för en händelse som har inträffat innan försäkringen tecknades. Rätten till försäkringsersättning kan också begränsas eller falla bort om den försäkringssökande inte har angett korrekta uppgifter i samband med ansökan. Det är normalt först vid skaderegleringen som försäkringsbolaget tar ställning till om försäkringsersättning ska betalas ut.⁵ Dessutom kan det finnas vissa innehållsmässiga skillnader mellan de olika barnförsäkringarna, som gör att bolagen kan vara riskbenägna i olika utsträckning (exempelvis innehåller inte alla barnförsäkringar en rätt till vidareförsäkring när barnförsäkringen löper ut). Nu nämnda förhållanden gör att alltför långtgående slutsatser inte kan dras utifrån avslagsstatistik. Vi kan bara konstatera att de barnförsäkringsprodukter som finns på marknaden, där varken premieförhöjningar eller undantagsklausuler används i individuella försäkringsavtal, inte föranleder fler avslag än andra barnförsäkringar där undantagsklausuler förekommer.

När det gäller premieförhöjningar i allmänhet, ska det också noteras att de försäkringsbolag som använder sig av premieförhöjningar vid vuxenförsäkring, i regel bara gör det vid vissa hälsotillstånd. Vilka slags risker som kan försäkras mot en premieförhöjning, och vilka premienivåer som då tillämpas, framgår normalt i de försäkringsmedicinska riktlinjer som bolaget använder vid riskbedömningen. Diabetes är ett typiskt exempel på en sjukdom som hos de flesta försäkringsbolag försäkras mot en premieförhöjning, som kan vara olika hög hos olika bolag och beroende på förhållandena i det enskilda fallet. Ett annat exempel är att personer med högt BMI (Body Mass Index) normalt också beviljas försäkring mot en förhöjd premie. Däremot finns det i dag inget bolag som ger en heltäckande försäkring till exempelvis personer med psykisk ohälsa eller neuropsykiatriska sjukdomar mot en förhöjd premie. I dessa fall gäller i stället hos de flesta försäkringsbolag att försäkring i vissa fall kan beviljas med någon slags undantagsklausul. Om

⁵ Se dock 12 kap. 3 §, FAL angående bolagets rätt till uppsägning i ett tidigare skede om upplysningsplikten har åsidosatts.

bolaget bedömer att det inte är möjligt att bevilja försäkring med en undantagsklausul vid sådana hälsotillstånd, avslås vanligen ansökan.

I det här sammanhanget är det också viktigt att nämna att ett försäkringsbolag i regel gör beräkningar när det gäller hur stor riskökning som över huvud taget kan försäkras mot en förhöjd premie. Var den gränsen går varierar mellan försäkringsbolagen, och även inom ett försäkringsbolag beroende på vilken försäkringsprodukt det handlar om. Hur höga riskökningar som eventuellt kan försäkras mot en premieförhöjning beror bl.a. på innehållet i den aktuella försäkringen och bolagets riskbenägenhet för försäkringsprodukten i fråga.⁶ Vilka premieförhöjningsnivåer som tillämpas i olika situationer skiljer sig därför mellan de försäkringsbolag som använder sig av premieförhöjningar i vissa fall.

Även undantagsklausuler tillämpas i varierande utsträckning och på olika sätt. Inom varje försäkringsbolag finns i regel praxis när det gäller vilka slags risker som undantas genom klausuler, och hur undantagsklausuler i förekommande fall formuleras. Ett försäkringsbolags praxis när det gäller användningen av undantagsklausuler följer i regel också av bolagets försäkringsmedicinska riktlinjer.

Ett exempel på hur användningen av undantagsklausuler kan variera, är att det bara är vissa bolag som i vissa fall kan bevilja försäkring med undantag för något eller några hela ersättningsmoment. Det handlar främst om att vissa försäkringsbolag i svårförsäkrade fall ibland beviljar försäkring utan skydd för ekonomisk invaliditet, dvs. det försäkringsmoment som ger ersättning vid arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller olycksfall.⁷ Andra bolag har inte delat upp sina försäkringsprodukter så att de kan undanta vissa hela ersättningsmoment, utan beviljar bara försäkringar som innehåller alla de ersättningsmoment som normalt ingår i försäkringen (med eller utan andra särskilda förbehåll eller förhöjd premie). Om försäkring hos ett sådant bolag inte kan beviljas med alla ersättningsmoment, avslås ansökan helt. Som kommer att utvecklas vidare nedan (se avsnitt 13.2.5), kan det i vissa fall vara till fördel för en svårförsäk-

⁶ Det är ovanligt att försäkringsbolagen beviljar försäkring mot en premieförhöjning till någon som bedöms representera en risk som är förhöjd med över 300 procent, jämfört med den försäkringssökande som beviljas försäkring till normala villkor.

⁷ Detta gäller för såväl barnförsäkring som för kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. Eftersom en ren sjukförsäkring för vuxna har som huvudsakligt syfte att ersätta eventuell framtida inkomstförlust på grund av arbetsoförmåga, görs däremot inte undantag för det ersättningsmomentet vid sådana försäkringar.

rad person att få teckna en försäkring med undantag för försäkringsmomentet ekonomisk invaliditet, eftersom det kan möjliggöra att försäkring beviljas till normala villkor i övrigt.

12.5.3 Varför varierar användningen av särskilda villkor?

Praxis när det gäller användningen av särskilda försäkringsvillkor varierar alltså, både mellan försäkringsbolagen på marknaden, och inom bolagen för olika typer av försäkringar. Anledningen till det är att varje försäkringsbolag gör företagsekonomiska och affärs-mässiga överväganden samt försäkringsmässiga beräkningar när det gäller vilka slags risker som ska försäkras genom en viss försäkringsprodukt, hur höga risker som produkten tål och hur bolaget genom de försäkringsvillkor som erbjuds ska säkerställa att premieintäkterna kommer att räcka till för att betala de förväntade skadekostnaderna hos kollektivet. Genom villkoren för en viss försäkringsprodukt utformar sedan bolaget produkten i enlighet med de överväganden och beräkningar har gjorts. Försäkringsbolaget styr på så vis över riskerna för medlemmarna i kollektivet, både genom de allmänna försäkringsvillkoren, dvs. de villkor som bestämmer försäkringens normala omfattning, och genom de särskilda försäkringsvillkor som i förekommande fall används i individuella försäkringsavtal när försäkring inte kan beviljas till normala villkor.

Förutom att försäkringsvillkoren används som ett verktyg för att styra över riskerna, finns det också ett konkurrensmässigt incitament för bolagen att differentiera sig i förhållande till varandra när det gäller försäkringsinnehåll och försäkringsvillkor för olika typer av personförsäkringsprodukter.

12.5.4 Hur ska kontraheringspliktens tillämpningsområde avgränsas?

Vi menar att det finns två möjliga tolkningar av vad det *normala tillhandahållandet* enligt 11 kap. 1 § FAL ska anses omfatta. Som redan har angetts ovan, är det bestämmelsen i den här delen som sätter ramen för vilka slags försäkringsvillkor som ska omfattas av en prövning, ytterst en domstolsprövning, vid en tvist om kontraheringspliktens tillämpning i ett enskilt fall.

En tolkning av bestämmelsen skulle kunna vara att ett försäkringsbolag alltid måste kunna visa att det har funnits särskilda skäl att neka försäkring mot en förhöjd premie eller med undantagsklausul i det enskilda fallet, *även om sådana försäkringsvillkor inte ingår i bolagets normala utbud av villkor för försäkringen i fråga i liknande fall*. En domstol skulle med en sådan tolkning ytterst kunna bestämma att ett försäkringsbolag ska teckna ett försäkringsavtal mot förhöjd premie eller med undantagsklausul i ett visst enskilt fall, även om sådana försäkringsvillkor inte används av bolaget för den aktuella försäkringen under liknande omständigheter. Regeringens ovan nämnda allmänna uttalande om att försäkringsbolagen i svårförsäkrade fall i första hand skulle anpassa premien och andra försäkringsvillkor, och bara i sista hand avslå ansökan helt, skulle kunna uppfattas som stöd för en sådan tolkning. Utredningen menar samtidigt att andra uttalanden i lagförarbetena som specifikt gäller bedömningen av vad som är en försäkring som normalt tillhandahålls allmänheten, ger klart stöd för en annan tolkning.

Som kommer att utvecklas närmare i det följande, anser vi i stället att lagstiftningsmotiven ska förstås så att det är *försäkringsbolagets normala utbud av försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall* som sätter ramarna för kontraheringspliktens tillämpning. Det innebär att en domstol bara kan tvinga ett försäkringsbolag att bevilja försäkring mot en premieförhöjning eller med en undantagsklausul i ett enskilt fall, om sådana försäkringsvillkor brukar tillämpas av bolaget för försäkringsprodukten i fråga i liknande situationer. En sådan tolkning stämmer också bäst överens med de grundläggande förutsättningar som lagstiftningen bygger på, vilket också kommer att framgå närmare nedan.

12.5.5 Grundläggande förutsättningar för lagstiftningen

I författningskommentaren till bestämmelsen i 11 kap. 1 § FAL, angav regeringen att bedömningen av vad som ska anses vara en sådan *personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten* i första hand skulle utgå från det aktuella försäkringsbolagets *produktsortiment, allmänna försäkringsvillkor och praxis*. Detta innebär enligt regeringen att ett försäkringsbolag inte behöver meddela försäkring mot risker eller objekt som inte ingår i dess vanliga

sortiment. Som exempel nämndes att ett bolag som inriktar sig på försäkring för helnyktra inte är tvunget att försäkra andra. I kravet att det ska vara fråga om en försäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller allmänheten låg enligt regeringen också att försäkringstagaren måste vara beredd att acceptera de *försäkringsvillkor* som försäkringsbolaget tillämpar för den aktuella typen av försäkring. Som exempel angavs att en försäkringssökande alltså inte har rätt att få försäkring utan ett visst undantag som bolaget normalt gör, oavsett vilken betydelse undantaget kan synas ha i det enskilda fallet. Detta gäller även om sökanden förklarar sig beredd att betala tilläggspremie för att slippa undantaget. Vidare angav regeringen att det naturligtvis är annorlunda om försäkringsbolaget normalt brukar täcka den undantagna risken mot en tilläggspremie, och att bolaget i sådana fall inte utan särskilda skäl kan vägra att göra det i förhållande till en enskild kund (se prop. 2003/04:150 s. 497 f.).

Här ska det också noteras att regeringen i författningskommentaren angav att ett försäkringsbolag, om det finns särskilda skäl för det, har *rätt* att begära högre premie än normalt eller förse försäkringen med förbehåll som inte görs för andra försäkringar av samma typ eller i sista hand helt vägra försäkring. I det sammanhanget angavs det alltså inte att det skulle handla om en förpliktelse för bolaget att i varje enskilt fall överväga att bevilja försäkring mot en premieförhöjning eller med en undantagsklausul, oavsett vilka villkor som normalt brukar tillämpas för försäkringen i motsvarande situationer (se prop. 2003/04:150 s. 499).

Dessutom har vissa uttalanden som gjorts i motiven till kontraheringsplikten för konsumentförsäkring betydelse i det här sammanhanget. Som har framgått tidigare (se kapitel 3 ovan), finns det bestämmelser i FAL angående kontraheringsplikt för konsumentförsäkringar som i princip motsvarar kontraheringsplikten för personförsäkringar (3 kap. 1, 3 och 4 §§ samt 7 kap. 6 §). I motiven till den regleringen angav regeringen att även om en domstol skulle bifalla en talan från en konsument angående rätten att teckna en konsumentförsäkring, fick parterna sinsemellan komma överens om vilka villkor som skulle gälla för försäkringen. Försäkringsbolaget skulle enligt regeringen bli bundet av vad domstolen bestämde angående tidpunkten från vilken försäkringen skulle gälla. I övrigt kunde domstolen, enligt regeringen, inte fastställa villkoren i försäkrings-

avtalet (se prop. 1979/80:9 s. 167 f. och prop. 2003/04:150 s. 452). I samband med att det också infördes en reglering angående möjlighet till domstolsprövning av rätten till en personförsäkring, angav regeringen att den regleringen motsvarade den som gäller för konsumentförsäkringar (se prop. 2003/04:150 s. 311 och 574).

Mot den nu angivna bakgrunden, anser vi att det skulle vara en alltför långtgående tolkning av kontraheringsplikten för personförsäkringar, om en domstol skulle kunna bestämma att ett försäkringsbolag skulle bevilja en personförsäkring till försäkringsvillkor som inte ingick i bolagets normala utbud av villkor för försäkringen i liknande fall. Vi menar att en sådan tillämpning av plikten dessutom skulle strida mot grundläggande förutsättningar för lagstiftningen.

Som har framgått tidigare (se kapitel 7 ovan), utgår både FAL och FRL i stor utsträckning från den s.k. *produktfrihetsprincipen*. Principen innebär att försäkringsbolagen i princip ska ha frihet att försäkra de risker som de anser lämpligt och göra de undantag som framstår som lämpliga från försäkringstekniska och andra synpunkter. I propositionen till FAL angav regeringen angående individuell konsument- och personförsäkring att försäkringens sakliga omfattning, de risker den ska täcka och liknande frågor om försäkringsproduktens utformning bara i speciella avseenden borde göras till föremål för lagreglering, och att det bör lämnas åt bolagen att bestämma försäkringsprodukternas utformning (se bl.a. prop. 2003/04:150 s. 139 och 185). Regeringen betonade också i motiven till kontraheringsplikten för personförsäkring att en utgångspunkt för lagstiftningen var att den i princip inte borde ingripa i försäkringsbolagens produktutveckling genom tvingande civilrättsliga regler, eftersom den privata försäkringsverksamheten inte bedrivs efter liknande linjer som socialförsäkring, och att en utgångspunkt för lagstiftningen var att bolagen ska bestämma villkor och premier efter försäkringstekniska riktlinjer (prop. 2003/04:150 s. 246 f.).

Som har angetts ovan, bygger ett försäkringsbolags användning av försäkringsvillkor i olika situationer på företagsekonomiska, affärsrättsliga och försäkringstekniska överväganden angående den aktuella försäkringsproduktens utformning och vilka risker som produkten ska täcka. Dessa överväganden görs inte minst med hänsyn till försäkringskollektivet. Det är också genom innehållet i försäkringen och försäkringsvillkoren som försäkringsbolagen har möjlig-

het att differentiera sig och göra sina produkter konkurrenskraftiga på marknaden. Vi menar att det skulle vara ett tydligt ingrepp i produktfriheten om kontraheringsplikten skulle tolkas så att försäkringsbolagen skulle vara förhindrade att bestämma över vilka slags försäkringsvillkor som skulle ingå i utbudet för specifika personförsäkringar i olika situationer. En sådan tillämpning av kontraheringsplikten skulle därmed som vi ser det strida mot en grundförutsättning för lagstiftningen.

12.5.6 Sammanfattning – kontraheringsplikten gäller för försäkringsbolagets normala utbud av försäkringsvillkor

Lagtext och motiv ger alltså enligt vår bedömning klart stöd för att det är *försäkringsbolagets normala utbud⁸ av försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall, som sätter ramen för kontraheringsplikten tillämpning*. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för försäkringsprodukten i fråga i liknande fall, för att bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes individuella förutsättningar.

Försäkringsbolaget måste alltså vid en prövning kunna visa att det har funnits särskilda skäl att neka försäkring till normala villkor eller något sådant särskilt villkor som bolaget vanligen tillämpar för den aktuella försäkringen i motsvarande situationer. Det är inte möjligt för utredningen att på ett generellt plan ange vilka situationer som i riskbedömningshänseende ska bedömas vara så pass liknande varandra så att utbudet av försäkringsvillkor ska vara det samma för en viss försäkringsprodukt. Det får ytterst bli en fråga för rättstillämpningen. Här kan samtidigt i vart fall konstateras att det förhållandet att ett försäkringsbolag använder exempelvis premieförhöjningar i vissa situationer vid en viss försäkring, inte betyder att premieförhöjningar nödvändigtvis ska anses ingå i bolagets ut-

⁸ Även försäkringsbolag som i allmänhet inte beviljar försäkring mot förhöjd premie eller med undantagsklausul, kan i undantagsfall besluta att göra det i enskilda fall på grund av affärsmässiga skäl. Sådana undantag reflekterar, som vi ser det, inte försäkringsbolagets normala utbud.

bud för den försäkringsprodukten i alla situationer. Det bör alltså exempelvis ligga inom ramen för försäkringsbolagets produktfrihet att välja att utforma en viss försäkringsprodukt så att premieförhöjningar tillämpas för diabetiker, men inte för personer med helt andra typer av ohälsa.

Även försäkringsbolagets gränser för hur höga riskökningar som i förekommande fall försäkras genom premieförhöjningar får anses utgöra en del av bolagets utbud av försäkringsvillkor. Om ett försäkringsbolag exempelvis normalt inte försäkrar en riskökning över 300 procent mot en förhöjd premie, bör en domstol inte kunna bestämma att bolaget i ett enskilt fall ändå ska göra det. Detta gäller även om den som har ansökt om försäkringen i och för sig skulle vara beredd att betala en högre premie än vad bolaget normalt tillämpar.

Vid en eventuell tvist rörande kontraheringspliktens tillämpning i ett enskilt fall, skulle försäkringsbolaget givetvis ha bevisbördan för vilka slags särskilda försäkringsvillkor som ingår i bolagets utbud i det aktuella fallet (om den försäkrings sökande yrkar att domstolen ska bestämma att försäkringsavtal ska tecknas mot en förhöjd premie eller med en undantagsklausul).

Kontraheringsplikten tar alltså sikte på själva *riskbedömningen*, och inte på vilka försäkringsvillkor som försäkringsbolaget använder. Plikten innebär att försäkringsbolaget alltid måste kunna visa att *riskbedömningen* vid ett beslut att neka försäkring bygger på *individuell grund*, att det har varit *försäkringsmässigt nödvändigt* att neka försäkring till normala villkor eller något särskilt villkor som ingår i bolagets utbud i liknande fall, och att den bedömningen har grundats på *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Oavsett vilka försäkringsvillkor som ingår i ett försäkringsbolags utbud, ska alltså en domstol underkänna ett beslut att neka någon en sökt försäkring om bolaget inte har gjort en tillräckligt individuell bedömning, eller om riskbedömningen avviker från vad som är försäkringsmässigt nödvändigt utifrån den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet samt det försäkringsmässiga kunnande som finns på området i fråga.

I avsnitt 16.6.6 nedan redogör vi för varför vi anser att kontraheringsplikten även framöver bör tolkas och tillämpas i enlighet med vad vi nu har angett.

12.6 Sammanfattning av kontraheringsplikten praktiska innebörd

Avsikten med kontraheringsplikten var att underlätta för personer med funktionsnedsättning och personer med nedsatt hälsa att kunna teckna försäkring till rimliga villkor. Lagen garanterar inte ett försäkringsskydd för samma premie och på samma villkor som andra försäkringssökande, men ska trygga att riskprövningen sker på *individuell grund*, inte schablonmässigt, och att en begärd försäkring nekas bara när det finns särskilda skäl för det, dvs. när bedömningen har *klart stöd i en försäkringsteknisk bedömning*.

För att ett beslut att helt eller delvis neka någon en personförsäkring ska anses ha stöd i en försäkringsteknisk bedömning, ska försäkringsbolaget kunna visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall är så hög att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget vanligen skulle försäkras till normala villkor eller, vid avslag, skulle försäkras alls. Bolaget ska även kunna visa att beslutet har grundats på ett *beslutsunderlag av hög kvalitet*. Ett rimligt krav i det avseendet är att bedömningen ska ha grundats på *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Med *medicinsk vetenskap* avses i det här sammanhanget sådan medicinsk vetenskaplig forskning som det finns viss konsensus kring. *Medicinsk beprövad erfarenhet* handlar här om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accepterat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagets professionella erfarenhet, exempelvis bolagets egen dokumenterade sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering.

Kravet på en *individuell bedömning* innebär vidare att försäkringsbolaget har ett *utredningsansvar* när det gäller den försäkringssökandes hälsotillstånd, om bolaget överväger att neka försäkring. Till att börja med innebär utredningsansvaret att försäkringsbolaget har en skyldighet att i möjligaste mån *klargöra* eventuella otydliga hälsouppgifter som lämnas av den försäkringssökande. I de tveksamma fallen måste försäkringsbolaget vidare *aktivt ta reda på* de uppgifter om en enskild försäkringssökandes hälsotillstånd som kan ha betydelse för den personens möjlighet att teckna en försäkring. Hur långtgående utredningsansvaret är – dvs. hur mycket

information som bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på den enskilda försäkringssökandes situation och den sökta försäkringens innehåll och utformning.⁹ Grundläggande är att försäkringsbolaget ska ha tagit reda på så pass mycket information om den försäkringssökandes hälsa att bolaget kan basera sitt beslut på den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet som finns på området.

Att kontraheringsplikten gäller för sådan *personförsäkring som ett försäkringsbolag tillhandahåller allmänheten*, innebär att det bara kan finnas en rätt att teckna försäkring till sådana *försäkringsvillkor som bolaget brukar tillämpa för försäkringen i fråga liknande fall*. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta enligt utredningen att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för försäkringsprodukten i fråga i liknande fall, för att kunna bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes förutsättningar.

Sammanfattningsvis får ett försäkringsbolag inte neka, begränsa eller fördyra en sökt personförsäkring om det inte är försäkringsmässigt nödvändigt med hänsyn till sökandens individuella hälsotillstånd och bolagets normala utbud av försäkringsvillkor i liknande fall.

⁹ Här kan exempelvis noteras att försäkringsbolagen i regel inte beviljar en personförsäkring till någon vars arbetsförmåga vid ansökningsstillfället är helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfall, om ansökan rör en försäkring som ger ersättning vid nedsatt arbetsförmåga. I sådant fall har försäkringsfall redan inträffat, och utredningsansvaret är därmed uppfyllt genom att försäkringsbolaget har hämtat in uppgifter som visar att arbetsförmågan är nedsatt. Den nedsatta arbetsförmågan kan visa sig genom att personen i fråga är sjukskrivnen, men kan också framgå på annat sätt.

13 Särskilda villkor och avslag

13.1 Inledning

13.1.1 Kapitlets innehåll

I kapitel 11 ovan har vi redogjort för resultatet av vår kartläggning när det gäller hur försäkringsbolagen hanterar ansökningar om personförsäkringar. I det kapitlet har vi redovisat vilka omständigheter som vanligen föranleder att ansökningar om personförsäkring nekas helt eller delvis. I framställningen nedan redovisar vi vår analys när det gäller om försäkringsbolagen lever upp till de krav som följer av kontraheringsplikten, bl.a. om försäkringsbolagens riskbedömningar tillräckligt beaktar enskildas faktiska förhållanden när en sökt personförsäkring nekas. Vi redovisar också de övergripande slutsatser som vi har kunnat dra när det gäller hur särskilda förbehåll utformas eller förhöjda premier i förekommande fall bestäms.

Vad gäller analysen i det här kapitlet, vill vi framhålla att det inte har ingått i vårt uppdrag att ta ställning till om försäkringsbolagen i de enskilda ärenden som vi har granskat, har haft tillräckliga skäl att neka försäkring. Vårt uppdrag går i stället ut på vi på ett generellt plan ska ange vilka krav som vi uppfattar att kontraheringsplikten ställer på försäkringsbolagen i olika situationer, och hur vi bedömer att bolagen i allmänhet lever upp till dessa krav.

Vi vill också återigen nämna att utredningen bara har i uppdrag att analysera den situationen att en personförsäkring nekas på grund av att *hälsotillståndet* hos den som ska försäkras bedöms medföra risk för *framtida försäkringsfall*. Som har framgått ovan (se kapitel 3), kan risken för *framtida försäkringsfall* också ligga i andra omständigheter än den försäkringssökandes hälsotillstånd (den som ska försäkras kan exempelvis leva i en hälsovådlig miljö eller ägna sig åt särskilt farlig verksamhet). Enligt 11 kap. 1 § FAL kan det också

finnas särskilda skäl för ett försäkringsbolag att neka någon en personförsäkring med hänsyn till den avsedda *försäkringens art* (denna grund tar främst sikte på försäkringar som typiskt sett har mindre social betydelse än andra) eller *någon annan omständighet* (en sådan omständighet är att det finns en risk att försäkringstagaren ska utnyttja försäkringen på ett ohederligt sätt). De nu nämnda avslagsgrunderna omfattas inte av utredningens uppdrag, och behandlas därför inte närmare framöver.

Frågan om vilket *beslutsunderlag* som försäkringsbolagen använder, och bolagens *beslutsmotiveringar* när försäkring nekas, behandlas inte heller här, utan i kapitel 14 nedan.

De iakttagelser som vi redovisar i det här kapitlet, och alla exempel som ges, utgår ifrån den *kartläggning* som utredningen har gjort av försäkringsbolagens praktiska hantering av ansökningar om personförsäkringar och som framgår av kapitel 11 ovan.

Innan vi går närmare in på de frågor som vi enligt våra direktiv har att ta ställning till när det gäller särskilda försäkringsvillkor och avslag, beskriver vi i korthet vissa förhållanden som har behandlats mer utförligt i föregående kapitel och som är av grundläggande betydelse för kontraheringspliktens tillämpning i dessa fall. Det handlar om vilka olika slags bedömningar som försäkringsbolagets bedömning av en ansökan om en personförsäkring kan resultera i, vilka slags bedömningar som kontraheringsplikten tar sikte på och vår tolkning av kontraheringsplikten enligt gällande rätt.

13.1.2 Bedömningen av försäkringsansökan

Som redan har framgått (se kapitel 7), gör försäkringsbolaget en försäkringsmedicinsk bedömning av en ansökan om att få teckna en personförsäkring. Efter den bedömningen ger bolaget den försäkringssökande antingen beskedet att försäkringen beviljas, och i så fall till vilka villkor, eller att ansökan avslås helt.

En *normalbedömning* innebär att sökanden vid tecknandet inte har någon sjukdom, annan ohälsa eller skada¹ som påverkar risken, eller att det går att bortse från en förekommande risk eftersom den

¹ För att inte onödigt tynga framställningen används i fortsättningen oftast det samlade begreppet *sjukdom*.

är så låg. I sådana fall beviljas försäkringen till de villkor som framgår av de *allmänna försäkringsvillkoren* och *premien* blir den som enligt försäkringsbolagets normala praxis gäller för försäkringen i fråga.

Om den försäkringssökande bedöms innebära en förhöjd risk, kan en *undantagsklausul* användas för att eliminera riskökningen i det enskilda fallet. En sådan undantagsklausul innebär en inskränkning i försäkringsskyddet för den aktuella individen.

Undantagsklausuler kan innebära att försäkringen inte ger rätt till ersättning på grund av vissa sjukdomar eller viss ohälsa, alternativt för besvär från någon viss kroppsdel. En undantagsklausul kan också formuleras så att vissa ersättningsmoment eller andra förmåner som normalt ingår i försäkringen inte gäller. Exempel är att undantag kan göras för det moment som ger ersättning vid framtida arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall (ersättning för s.k. ekonomisk invaliditet), eller för rätten att teckna en vuxenförsäkring när barnförsäkringen löper ut (s.k. vidareförsäkringsrätt).

En procentuell förhöjning av försäkringspremien, s.k. *premieförhöjning*, är ytterligare ett sätt för bolaget att kunna erbjuda försäkring även till någon som innebär en förhöjd risk, men samtidigt jämna ut risken i försäkringskollektivet. De försäkringsbolag som tillämpar premieförhöjningar, har olika nivåer på dessa. Premieförhöjningsnivån varierar beroende på bl.a. vad som ligger till grund för höjningen och vilken försäkringsprodukt det handlar om.

En *kombination av förhöjd premie och undantagsklausul* kan också förekomma. Den förhöjda premien och undantagsklausulen har ibland olika orsaker, men det kan i vissa fall vara samma sjukdom eller skada som är orsaken till både den förhöjda premien och undantagsklausulen.

Det är alltså genom *särskilda villkor i det individuella försäkringsavtalet* som försäkringsbolaget kan inskränka försäkringen eller höjer premien i förhållande till vad som vanligen gäller. Dessa avvikande villkor framgår normalt i det försäkringsbrev som bolaget skickar till den som har ansökt om försäkringen. Om den försäkringssökande accepterar att teckna försäkringen till dessa villkor, kommer det specifika försäkringsavtalet att gälla med de angivna avvikelserna från de normala villkoren (se kapitel 4 för en mer utförlig beskrivning av hur försäkringsavtal ingås).

Om försäkringsbolaget vid sin riskbedömning kommer fram till att försäkring inte kan beviljas alls, *avslår* bolaget försäkringsansökan helt. I dessa fall är det inte ovanligt att kunden erbjuds en annan försäkringsprodukt. En person som sökt en kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring kan exempelvis erbjudas en ren olycksfallsförsäkring, eller en sjuk- och olycksfallsförsäkring utan skydd för ekonomisk invaliditet (arbetsoförmåga), alternativt en sjuk- och olycksfallsförsäkring som kan betala ersättning vid både ekonomisk och medicinsk invaliditet, men med lägre belopp. Den försäkrings sökande har då att ta ställning till om han eller hon önskar teckna den försäkring som erbjuds i stället.

Vid avslag på grund av att försäkringsbolaget anser att en observationstid behövs innan försäkring kan beviljas, kan den försäkrings sökande informeras om att bolaget är berett att efter viss tid *ompröva* sitt beslut. Omprövningstiden bestäms då i regel så att tidpunkten för omprövning inträffar när bolaget bedömer att försäkring tidigast skulle kunna beviljas, men utgör ingen garanti för att försäkring då kommer att få tecknas. I vissa fall kan försäkringsbolaget utlova *efterprövning*, när försäkring har beviljats med premieförhöjning eller undantagsklausul, och det aktuella hälsotillståndet kan vara övergående. Vid efterprövning bedömer försäkringsbolaget bara den sjukdom eller skada som vid den ursprungliga bedömningen var orsaken till premieförhöjningen eller undantagsklausulen, och prövningen kan leda till att villkoren ändras.

Det ska framhållas att ett besked från försäkringsbolaget om att en undantagsklausul eller förhöjd premie kan *efterprövas* eller att ett avslagsbeslut kan *omprövas* efter en viss tid, inte har någon betydelse för kontraheringspliktens tillämpning. Även när sådana besked ges, innebär bolagets beslut att den aktuella försäkringsansökan har avslagits, och bolaget måste kunna visa att det har funnits särskilda skäl för beslutet enligt vad som avses i 11 kap. 1 § FAL. På motsvarande sätt utgör ett besked att en sökt försäkring nekas helt, alltid ett avslag i kontraheringspliktens mening, även om försäkringsbolaget erbjuder den försäkringssökande att teckna en *annan försäkring* i stället.

13.1.3 Kontraheringsplikten träffar särskilda villkor och avslag

Kontraheringsplikten träffar alla situationer där försäkring *inte beviljas till normala villkor*, alltså dels när en försäkringsansökan nekas helt, dvs. *avslås*, dels när försäkringen *inskränks* i förhållande till de normala villkoren eller *premien* sätts högre än normalt.

Utredningens kartläggning har visat att det på marknaden förekommer ett antal olika typsituationer som kan föranleda att försäkringen inskränks i förhållande till de normala försäkringsvillkoren, att premien höjs, eller att en försäkringsansökan nekas helt. Nedan redogör vi för dessa olika typsituationer och analyserar hur vi anser att försäkringsbolagen i dessa fall lever upp till kontraheringspliktens krav.

Analysen i detta kapitel utgår, som nämnts, ifrån den tolkning av kontraheringspliktens praktiska innebörd, som utredningen har redovisat i kapitel 12 ovan. Nedan följer en sammanfattning av hur vi tolkar gällande reglering.

13.1.4 Innebörden av kontraheringsplikten enligt gällande rätt

Enligt 11 kap. 1 § första stycket FAL, får ett försäkringsbolag inte med hänvisning till hälsotillståndet hos den som ansöker om försäkring vägra denne att teckna en *sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten*, om det inte finns *särskilda skäl* för det med hänsyn till *risken för framtida försäkringsfall*.²

Avsikten med kontraheringsplikten var att underlätta för funktionsnedsatta och personer med nedsatt hälsa att kunna teckna försäkring till rimliga villkor. Lagen garanterar inte ett försäkringskydd för samma premie och på samma villkor som andra försäkringssökande, men ska trygga att riskprövningen sker på *individuell grund*, inte schablonmässigt, och att en begärd försäkring nekas bara när det finns särskilda skäl för det, dvs. när bedömningen har *klart stöd i en försäkringsteknisk bedömning*.

För att ett beslut att helt eller delvis neka någon en personförsäkring ska anses ha stöd i en försäkringsteknisk bedömning, ska

² Enligt bestämmelsen kan försäkring också vägras om det finns särskilda skäl med hänsyn till *försäkringens art* eller *någon annan omständighet*. Men dessa avslagsgrunder är inte aktuella när det handlar om att försäkring nekas på grund av hälsotillståndet hos den som ska försäkras, och behandlas därför inte närmare här.

försäkringsbolaget kunna visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall är så hög att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget vanligen skulle försäkras till normala villkor eller, vid avslag, skulle försäkras alls. Bolaget ska även kunna visa att beslutet har grundats på ett *beslutsunderlag av hög kvalitet*. Ett rimligt krav i det avseendet är att bedömningen ska ha grundats på *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Med *medicinsk vetenskap* avses i det här sammanhanget sådan medicinsk vetenskaplig forskning som det finns viss konsensus kring. *Medicinsk beprövad erfarenhet* handlar här om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accepterat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagets professionella erfarenhet, exempelvis bolagets egen dokumenterade sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering.

Kravet på en *individuell bedömning* innebär vidare att försäkringsbolaget har ett *utredningsansvar* när det gäller den försäkrings sökandes hälsotillstånd, om bolaget överväger att neka försäkring. Till att börja med innebär utredningsansvaret att försäkringsbolaget har en skyldighet att i möjligaste mån *klargöra* eventuella otydliga hälsouppgifter som lämnas av den försäkringssökande. I de tveksamma fallen måste försäkringsbolaget vidare *aktivt ta reda på* de uppgifter om en enskild försäkringssökandes hälsotillstånd som kan ha betydelse för den personens möjlighet att teckna en försäkring. Hur långtgående utredningsansvaret är – dvs. hur mycket information som bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på den enskilda försäkringssökandes hälsotillstånd och den sökta försäkringens innehåll och utformning.³ Grundläggande är att försäkringsbolaget ska ha tagit reda på så pass mycket information om den försäkringssökandes hälsa att bolaget kan basera sitt beslut på den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet som finns på området.

³ Här kan exempelvis noteras att försäkringsbolagen i regel inte beviljar en personförsäkring till någon vars arbetsförmåga vid ansökningsstillfället är helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfall, om ansökan rör en försäkring som ger ersättning vid nedsatt arbetsförmåga. I sådant fall har försäkringsfall redan inträffat, och utredningsansvaret är därmed uppfyllt genom att försäkringsbolaget har hämtat in uppgifter som visar att arbetsförmågan är nedsatt. Den nedsatta arbetsförmågan kan visa sig genom att personen i fråga är sjukskriven, men kan också framgå på annat sätt.

Att kontraheringsplikten gäller för sådan *personförsäkring som ett försäkringsbolag tillhandahåller allmänheten*, innebär att det bara kan finnas en rätt att teckna försäkring till sådana *försäkringsvillkor som bolaget brukar tillämpa för försäkringen i fråga liknande fall*. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta enligt utredningen att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för försäkringsprodukten i fråga i liknande fall, för att kunna bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes förutsättningar.

Sammanfattningsvis får ett försäkringsbolag inte neka, begränsa eller fördyra en sökt personförsäkring om det inte är försäkringsmässigt nödvändigt med hänsyn till sökandens individuella hälso-tillstånd och bolagets normala utbud av försäkringsvillkor i liknande fall.

13.2 Inskränkningar i försäkringsskyddet

13.2.1 Inledning

Med inskränkningar i försäkringsskyddet, menar vi i det här sammanhanget att försäkringsbolaget, genom ett eller flera *undantag* i det individuella försäkringsavtalet, i ett enskilt fall begränsar försäkringen jämfört med de villkor som normalt gäller. Utredningen har vid sin kartläggning kunnat se att det på marknaden förekommer flera olika typer av sådana inskränkningar.

Undantag från försäkringsskyddet kan till att börja med göras för eventuell *framtida* sjukdom. I dessa fall skriver försäkringsbolaget in ett förbehåll i det individuella försäkringsavtalet avseende den aktuella sjukdomen. Den här typen av undantagsklausuler träffas direkt av kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL.

Sådana undantagsklausuler som gäller för eventuell *framtida* sjukdom, ska skiljas från sådana undantag som avser *sjukdom som den försäkringssökande redan har vid ansökningstillfället*. Försäkringsbolagens möjlighet att friskriva sig från ansvar för sjukdom som finns redan då försäkringen tecknas regleras i 12 kap. 5 § FAL. En särskild fråga som har kommit upp i utredningens arbete är gränsdragningen mellan sådana undantagsklausuler och de inskränkningar som träffas av kontraheringsplikten enligt FAL. Som kommer att

utvecklas närmare nedan, menar vi att det för förståelsen av kontraheringspliktens praktiska innebörd, är väsentligt att analysera sambandet mellan 11 kap. 1 § och 12 kap. 5 § FAL. Vi behandlar den frågan i avsnitt 13.2.3 nedan.

Ett annat sätt att begränsa försäkringens omfattning i ett enskilt fall, är att *avtala bort något eller några särskilda ersättningsmoment* som försäkringen normalt innehåller. Vanligen handlar det om att bolaget i svårförsäkrade fall vill begränsa försäkringen så att den inte ger ersättning för förlorad arbetsinkomst vid eventuell framtida arbetsförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall, s.k. ekonomisk invaliditet (se avsnitt 6.8.2). Undantag för särskilda ersättningsmoment behandlar vi i avsnitt 13.2.5 nedan.

En särskild typ av undantagsklausul som, av naturliga skäl, bara förekommer vid barnförsäkring, är att försäkringsbolagen i enskilda fall *avtalar bort den s.k. rätten till vidareförsäkring*. Som redan har nämnts (se avsnitt 6.8.3), innebär vidareförsäkringsrätten, som ingår i flera men inte alla barnförsäkringar på marknaden, en möjlighet att teckna en vuxenförsäkring utan förnyad hälsoprövning när barnförsäkringen löper ut. Den här typen av undantag behandlar vi avsnitt 13.2.6 nedan.

Vi kommer också, i avsnitt 13.2.7 nedan, att beröra en särskild företeelse som vi har iakttagit på marknaden. Det handlar om att försäkringsbolagen i vissa fall gör uttryckliga förbehåll i de individuella försäkringsvillkoren för en viss sjukdom, *trots att den redan är undantagen från försäkringen enligt de allmänna villkoren*. Som kommer att utvecklas nedan, träffas den situationen inte av kontraheringsplikten, eftersom bolaget inte har gjort någon egentlig inskränkning i försäkringens normala omfattning. Vi behandlar ändå den typen av skrivningar här, eftersom de i vissa fall kan misstas för undantag i kontraheringspliktens mening.

Nedan behandlar vi de ovan nämnda typerna av inskränkningar i försäkringen, och redovisar vår syn på kontraheringspliktens betydelse i dess fall. Dessförinnan redovisar vi kort vilka krav som, i enlighet med den tolkning av kontraheringsplikten som vi har redovisat ovan (se även kapitel 12), följer av plikten när försäkringsbolaget i ett enskilt fall vill inskränka försäkringen jämfört med vad som normalt gäller.

13.2.2 Kontraheringspliktens krav vid inskränkningar i försäkringen

Vid en eventuell prövning utifrån kontraheringspliktens krav, blir det till att börja med upp till försäkringsbolaget att visa att beslutet att bara bevilja försäkring med en undantagsklausul har baserats på en *individuell bedömning* av den enskilde försäkringssökandes hälsotillstånd, dvs. att försäkringsbolaget har fullgjort sitt *utredningsansvar* när det gäller hälsotillståndet. Därutöver måste bolaget även visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall (i form av sjukdom eller olycksfall) är så hög, att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget försäkrades utan den aktuella inskränkningen, *samt att* den bedömningen har grundats på ett beslutsunderlag som stämmer överens med aktuell *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt bolagets försäkringsmässiga kunnande*.

13.2.3 Undantag för framtida sjukdom och för sjukdom som finns vid tecknandet

Undantag för framtida sjukdom ska skiljas från undantag för sjukdom som finns vid tecknandet

Försäkringsbolaget kan, som nämnts, från försäkringen vilja undanta specifika sjukdomar eller andra tillstånd som eventuellt skulle kunna drabba den försäkringssökande i framtiden. I dessa fall handlar det alltså om att bolaget har identifierat en specifik risk för *framtida försäkringsfall* som bolaget inte vill försäkra. Från sådana undantagsklausuler som gäller för eventuella framtida sjukdom ska, som också redan har angetts, skiljas sådana klausuler som avser *sjukdom som den försäkringssökande redan har vid ansökningstillfället*. Försäkringsbolagens möjlighet att friskriva sig från ansvar för sjukdom som finns redan då försäkringen tecknas regleras i 12 kap. 5 § FAL. Den bestämmelsen, som handlar om s.k. symtomklausuler och andra liknande förbehåll, utgör en av få inskränkningar i bolagens frihet att själva bestämma över utformningen av sina försäkringsprodukter.

Av 12 kap. 5 § FAL första stycket följer att, om försäkringen gäller för följder av sjukdom eller kroppsfel (t.ex. vid sjuk- och olycksfallsförsäkring), får försäkringsbolaget bara under vissa förhållanden göra särskilt undantag för sådana sjukdomar och kroppsfel som den försäkrade hade när avtalet ingicks. De närmare förutsättningarna för att bolaget ska få begränsa ansvaret för äldre sjukdomar framgår av första och andra punkten i paragrafens första stycke. Av dessa följer att sådana undantag är tillåtna bara

- om undantaget grundar sig på upplysningar om den försäkrade som bolaget har inhämtat (första punkten), *eller*
- om undantaget behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet (andra punkten).

Det är alltså bara i dessa två situationer som försäkringsbolaget får göra undantag från försäkringsskyddet för sjukdom som fanns vid försäkringsavtalets ingående.

Undantag som träffas av 12 kap. 5 § FAL

12 kap. 5 § FAL skiljer alltså på sådana undantag för äldre sjukdom som *grundar sig på upplysningar om den försäkrade som bolaget har inhämtat* (första punkten) och motsvarande begränsningar som *inte har sin grund i inhämtade upplysningar* (andra punkten).

I motiven anges att utgångspunkten för bestämmelsen är att sådana begränsningar i försäkringsskyddet som har med den försäkrades hälsotillstånd att göra, så långt som möjligt ska grundas på upplysningar som försäkringsbolaget tar in när försäkringen tecknas. Bestämmelsens *första punkt* klargör därför att om det genom hälsodeklarationen eller andra inhämtade uppgifter framgår att den som ansöker om en försäkring lider av en viss sjukdom, har försäkringsbolaget en obetingad rätt att helt eller delvis göra undantag för följderna av den sjukdomen (prop. 2003/04:150 s. 275 och 525). Sådana klausuler, som förs in i det individuella försäkringsavtalet mellan bolaget och den försäkrade, brukar benämnas *primära klau-*

suler.⁴ I dessa fall handlar det i praktiken om sjukdomar som *har visat symtom* redan före tecknandet.

Klausuler som gör undantag för sjukdomar som fanns vid försäkringsavtalets ingående, och som *inte* grundar sig på inhämtade upplysningar om den försäkrade är däremot, enligt bestämmelsens *andra punkt*, bara tillåtna om de behövs på grund av *försäkringens art eller någon annan särskild omständighet*. Detta krav omfattar enligt motiven både undantag för sjukdomar som *visat symtom före försäkringsavtalet ingicks* (s.k. *symtomklausuler*) och undantag som avser *sjukdomar som fanns vid tecknandet, men som då ännu inte visat några symtom* (i motiven benämns dessa villkor *liknande förbehåll*, se prop. 2003/04:150 s. 274 och 525). Sådana undantag förekommer i praktiken bara i de allmänna försäkringsvillkoren, och begränsar på så sätt försäkringens normala omfattning. 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 räknas enligt motiven även förbehåll om att ersättningstiden för äldre sjukdomar är begränsad, och om att det måste förflyta viss karenstid efter tecknandet (prop. 2003/04:150 s. 524).

Symtomklausuler, dvs. generella undantag för sjukdomar som fanns vid försäkringsavtalets ingående som *inte* grundar sig på inhämtade upplysningar om den försäkrade, är alltså bara tillåtna om de behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet. Detta innebär, enligt motiven, att sådana förbehåll bara kan göras gällande 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. Som exempel nämns i motiven att det kan vara befogat att i sjuk- och olycksfallsförsäkringar för små barn, göra undantag för vissa sjukdomar m.m. för vilka anlag funnits sedan födseln eller som har sitt ursprung från första levnadsåren (prop. 2003/04:150 s. 274 f.).

Från de förbehåll som avses i paragrafen får man, enligt motiven, skilja sådana villkorsbestämmelser som innebär att försäkringen

⁴ Per Dahlénus, Anders Lund, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, 2011, s. 36.

över huvud taget inte täcker följderna av sjukdom och kroppsfel, *oavsett när de uppträder*. Sådana förbehåll träffas alltså inte av bestämmelsen. Exempel på förbehåll som faller utanför bestämmelsens tillämpningsområde är när de allmänna villkoren för en sjukförsäkring innebär att försäkringen är begränsad till att gälla för vissa sjukdomar, eller att vissa sjukdomar undantas helt från ansvarsområdet. Detta hör till de allmänna omfattningsbestämmelser som bolaget fritt får avtala om (prop. 2003/04:150 s. 275 och 524).

Försäkringsbolaget har ett utredningsansvar även vid undantag för sjukdom som finns vid tecknandet

Som angetts ovan begränsar kontraheringsplikten enligt i 11 kap. 1 § FAL inte över huvud taget försäkringsbolagens möjlighet att inskränka försäkringens normala omfattning genom klausuler i de allmänna försäkringsvillkoren. Kontraheringsplikten saknar alltså betydelse för symtomklausuler och liknande förbehåll som finns där.⁵ Som också har framgått, aktualiseras däremot kontraheringsplikten när det gäller villkor i det individuella försäkringsavtalet som avviker från vad som normalt gäller för försäkringen i fråga. Samtidigt följer det av 12 kap. 5 § första stycket 1 att försäkringsbolagen har en obetingad rätt att i det individuella försäkringsavtalet göra undantag för sjukdom som, enligt vad som kommit fram genom inhämtade uppgifter, fanns vid tecknandet. Frågan är därmed vilken betydelse som bestämmelsen i 11 kap. 1 § om kontraheringsplikt har i dessa fall. Detta berörs varken i förarbeten eller i litteratur.

Som har utvecklats närmare i kapitel 12, anser vi att kontraheringsplikten innebär att försäkringsbolagen i tveksamma fall har ett *utredningsansvar* med avseende på den försäkringssökandes hälsotillstånd. Utredningsansvaret innebär bl.a. att försäkringsbolaget i de tveksamma fallen aktivt måste ta reda på de uppgifter om en enskild försäkringssökandes hälsotillstånd som kan ha betydelse för den personens möjlighet att teckna en försäkring. Enligt vår

⁵ En annan fråga, som ligger utanför utredningens uppdrag, är om symtomklausuler och liknande förbehåll är tillåtna enligt 12 kap. 5 § första stycket 2 i olika typer av personförsäkringar, dvs. om de behövs med hänsyn till försäkringens art eller någon annan särskild omständighet.

uppfattning måste *samma utredningsansvar gälla även när försäkringsbolaget vill göra undantag för sjukdom som finns vid tecknandet*. Kontraheringsplikten bör alltså på så sätt få betydelse för när ett försäkringsbolag med stöd av 12 kap. 5 § 1 ska ha en obetingad rätt att göra undantag i ett enskilt försäkringsavtal för en viss sjukdom, dvs. när ett undantag kan anses *grunda sig* på inhämtade upplysningar om den försäkringssökande.

För att försäkringsbolaget ska ha rätt att göra undantag för en viss sjukdom med stöd av 12 kap. 5 § 1, menar vi alltså att försäkringsbolaget måste ha utrett hälsotillståndet hos den försäkringssökande på samma sätt som när det gäller andra inskränkningar i försäkringsskyddet. Utan ett sådant krav skulle det vara alltför enkelt för ett försäkringsbolag att kringgå kontraheringsplikten genom att hänvisa till att en viss undantagsklausul avser en sjukdom som fanns vid tecknandet enligt 12 kap. 5 § första stycket 1, och att bolaget därför haft rätt att föra in undantaget i försäkringsvillkoren.

Vidare bör den allmänna principen om att försäkringsbolagen inte får avvika från sin normala praxis till den försäkringssökandes nackdel, enligt vår uppfattning, gälla även med avseende på undantag för sjukdom som finns vid tecknandet (jfr prop. 2003/04:150 s. 499).

Här ska även tilläggas att det givetvis kan vara befogat med en undantagsklausul för en viss sjukdom även om det inte har kommit fram genom inhämtade uppgifter att den försäkringssökande *redan har* sjukdomen vid ansökningstillfället. Det kan ju visa sig vid försäkringsbolagets utredning angående hälsotillståndet hos den försäkringssökande, att denne visserligen inte har blivit diagnostiserad med en viss sjukdom, men att det finns goda skäl att tro att en viss framtida diagnos kommer att bli aktuell. Så kan exempelvis vara fallet om den försäkringssökande är under utredning på grund av mer eller mindre oklara hälsoproblem. Beroende på vad utredningen gäller kan det utgöra ett särskilt skäl enligt 11 kap. 1 § för försäkringsbolaget att i någon mån inskränka försäkringen, eller i vissa fall avslå ansökningen (se avsnitt 13.4.5 nedan angående avslag på grund av pågående utredning).

Rätten att göra undantag för sjukdom som finns vid tecknandet gäller bara för den befintliga sjukdomen och direkta följder av den

I det här sammanhanget ska det framhållas att försäkringsbolagets obetingade rätt enligt 12 kap. 5 § första stycket 1 att göra undantag för sjukdom som fanns vid tecknandet, bara gäller om undantaget är klart avgränsat till just den befintliga sjukdomen, och direkta följder av den. Om undantaget går längre, dvs. även omfattar annan sjukdom, måste klausulen i dessa delar prövas enligt kravet på särskilda skäl i 11 kap. 1 §.

Exempel på en klausul som går utöver en befintlig sjukdom, skulle kunna vara att den försäkringssökande uppger klart avgränsade problem med höger knä på grund av ledbandet, och försäkringsbolaget undantar ”besvär från höger knä”. I sådant fall kommer försäkringen, i strikt juridisk bemärkelse, inte att omfatta eventuella andra besvär som försäkringstagaren kan drabbas av i sitt högra knä, exempelvis en meniskskada. Klausulen blir ännu mer omfattande om undantag exempelvis görs för ”knäbesvär” eller ”ledbesvär”. Ett annat liknande exempel skulle kunna vara om kunden uppger problem som är avgränsade till nacken och undantag görs för ”besvär från nacke och rygg”.

I det här sammanhanget ska det uppmärksammas att även andra variationer när det gäller hur en undantagsklausul formuleras, kan få betydelse för klausulens omfattning. Ett exempel är att den som ansöker om en försäkring uppger problem på grund av korsbandet i högre knä. Om klausulen undantar ”i ansökningshandlingarna uppgivna besvär från höger knä”, kommer andra eventuella knäskador, t.ex. en meniskskada, att omfattas av försäkringen enligt klausulens ordalydelse. Försäkringen skulle däremot inte, vid en strikt tolkning, ge ersättning för meniskskadan om klausulen skulle undanta ”besvär från höger knä”.

Kontraheringsplikten innebär som framgått att försäkringsbolaget inte får begränsa *försäkringen mer än vad som är försäkringsmässigt nödvändigt* med hänsyn till den sökta försäkringens innehåll och utformning och den försäkringssökandes individuella förutsättningar. Här ska sägas att alla försäkringsbolag har uppgett att de vid en eventuell skadeanmälan alltid, oavsett hur en undantagsklausul är utformad, prövar om det föreligger ett samband mellan den anmälda skadan och en sjukdom eller liknande som har undantagits från för-

säkringen. Det kan alltså hända att en försäkringstagare i slutändan får ersättning för en meniskskada, även om den aktuella klausulen undantar besvär från knäet i allmänhet. Effekten av en viss undantagsklausul avgörs alltså först vid en eventuell skadereglering. Samtidigt kan det vara svårt för försäkringstagaren att förstå att det kan vara lönt att göra en skadeanmälan, om klausulen är vidsträckt enligt sin ordalydelse.

Sammanfattning angående förhållandet mellan 12 kap. 5 § och 11 kap. 1 § FAL

Vi menar alltså att bestämmelserna i 11 kap. 1 § och 12 kap. 5 § första stycket 1 FAL samspelar på ett sådant sätt att försäkringsbolagen har samma utredningsansvar vid undantag för sjukdomar som finns vid tecknandet (12 kap. 5 §), som när det gäller andra inskränkningar i försäkringsskyddet (11 kap. 1 §). Det innebär att försäkringsbolaget genom inhämtade uppgifter måste ha klargjort att den försäkringssökande verkligen hade en viss sjukdom vid ansökningstillfället, för att det ska bli fråga om en obetingad rätt att göra undantag för den sjukdomen enligt 12 kap. 5 § första stycket 1.

Om det i stället handlar om att försäkringsbolaget anser att det finns en risk för att den försäkringssökande ska drabbas av den aktuella sjukdomen *i framtiden*, måste försäkringsbolaget kunna åberopa särskilda skäl enligt 11 kap. 1 § FAL för att få göra undantag för sjukdomen i fråga. Bolaget måste på samma sätt kunna visa att det finns särskilda skäl enligt 11 kap. 1 §, om det är klarlagt att den försäkringssökande lider av en viss sjukdom vid tecknandet, men bolaget även vill undanta andra sjukdomar som inte kan ses som direkta följder av den befintliga sjukdomen men som eventuellt kan drabba den försäkringssökande framöver.

13.2.4 Utredningens iakttagelser angående undantag för framtida sjukdom och för sjukdom som finns vid tecknandet

Försäkringsbolagens utredningsansvar

Försäkringsbolagets utredningsansvar avseende hälsotillståndet hos den försäkringssökande är av grundläggande betydelse för fullgörande av kraven enligt kontraheringsplikten. Detta gäller både i den situationen att försäkringsbolaget vill göra undantag för eventuell framtida sjukdom, och när bolaget gör undantag för sjukdom som redan finns vid tecknandet.

Utredningen har vid sin kartläggning fått intrycket att försäkringsbolagen arbetar aktivt med att ta reda på uppgifter om hälsotillståndet hos de försäkringssökande, dels för att klargöra vilka eventuella sjukdomar som redan finns, dels för att kunna bedöma risken för eventuell framtida sjukdom. Vi har samtidigt sett vissa förbättringsmöjligheter i det här avseendet. Exempelvis är det utredningens uppfattning att vissa försäkringsbolag schablonmässigt inskränker försäkringen vid förekomsten av vissa indikationer i hälsodeklarationen, utan att göra nödvändig utredning avseende hälsotillståndet i det enskilda fallet.

Ett sådant exempel är att vissa försäkringsbolag, så snart en ansökan om barnförsäkring innehåller uppgift om att barnet har torr hud som har behandlats med kortisonsalva, gör undantag i försäkringen för s.k. atopiska sjukdomar (dvs. eksem, och även ibland astma och allergi). Atopiskt eksem (också kallat atopisk dermatit) är en kronisk, kliande, inflammatorisk hudsjukdom, som kan vara associerad till allergisk astma och/eller hösnuva. Atopiskt eksem ska alltså skiljas från hud som är torr och har tendenser till irritation på grund av det.⁶

Utredningen har diskuterat frågan om atopiskt eksem och torr hud med flera läkare som har specialistkunskaper inom både klinisk barnmedicin och försäkringsmedicin. Lättare kortisonsalvor används, enligt deras uppgifter, ofta som egenbehandling mot torr hud hos barn och finns receptfritt på apoteket. Enligt deras bedömning är därför uppgift om att barnet har torr hud som har behandlats med kortisonsalva inte tillräckligt underlag för att i försäk-

⁶ Information på Läkemedelsverkets webbplats 2015-05-07.

ringen göra undantag för atopiskt eksem eller andra atopiska sjukdomar. Mot den bakgrunden menar vi att kontraheringsplikten i den situationen kräver en närmare utredning när det gäller barnets hudbesvär, innan det kan anses föreligga särskilda skäl att förse försäkringen med en undantagsklausul. Försäkringsbolaget bör vidta aktiva åtgärder för att få reda på om den torra huden är, eller på goda grunder kan misstänkas vara, atopiskt eksem. Detta borde i många fall kunna göras genom väl utvecklade frågeformulär till föräldrarna.

Ett annat exempel som utredningen har stött på är att en vuxen anger i hälsodeklarationen att han eller hon har känt sig stressad och utbränd, men inte uppger någonting om vårdkontakter, medicinering eller eventuell sjukskrivning. Det har förekommit att försäkringsbolag på grund av sådana uppgifter har gjort undantag i försäkringen för ersättning på grund av psykiska besvär. Vi menar att enbart uppgifterna i hälsodeklarationen inte i den situationen kan grunda en obetingad rätt för försäkringsbolaget att göra ett sådant undantag med stöd av 12 kap. 5 § första stycket 1. För en sådan rätt krävs att bolaget gör en grundligare utredning när det gäller den försäkringssökandes hälsotillstånd, för att ta reda på om det verkligen föreligger några psykiska besvär i det aktuella fallet. En obetingad rätt att göra undantag för psykiska besvär, bör föreligga bara om det finns tydlig information om att den försäkringssökande har fått en diagnos av läkare och/eller har behandlats för något sådant besvär. Om så inte är fallet, kan undantag möjligen ändå vara befogat om det på grund av omständigheterna finns *särskilda skäl* med hänsyn till risken för *framtida försäkringsfall* enligt 11 kap. 1 §. Så skulle exempelvis kunna vara fallet om den försäkringssökande med anledning av sina besvär har haft vårdkontakter och är under utredning.

Mot den nu angivna bakgrunden anser vi att det behövs en ökad medvetenhet i branschen om att undantag, vare sig de avser befintliga eller eventuella framtida sjukdomar, måste grundas på *en klar och tydlig bild av den försäkringssökandes aktuella hälsotillstånd*, och att det är försäkringsbolagets ansvar att säkerställa detta.

Utformningen av undantagsklausuler

Vi har även sett exempel på att försäkringsbolagen ibland utformar undantagsklausuler så att de till sin ordalydelse omfattar mer än vad som framstår som försäkringsmässigt nödvändigt, åtminstone utifrån de beslutsmotiveringar som ges. En risk med detta är att försäkringsskyddet, i vart fall ur ett strikt juridiskt perspektiv, blir mer inskränkt än vad som är försäkringsmässigt motiverat. Även om försäkringsbolaget vid ett eventuellt skadefall skulle göra en för den försäkrade fördelaktig bedömning kan denne, antingen vid ansökningstillfället eller senare vid ett eventuellt skadefall, uppfatta försäkringsskyddet som mer inskränkt än vad det i själva verket är.

Exempel som vi har sett är att försäkringsbolaget undantar ”besvär från höger knä” eller ”knäbesvär” på grund av en tidigare ledbandsskada. Det blir då oklart om försäkringen skulle täcka en eventuell knäskada till följd av en skidolycka som inträffar under försäkringstiden. Ett annat liknande exempel som också förekommer är att den försäkringssökande uppger problem som är avgränsade till nacken och undantag görs för ”besvär från nacke och rygg”. Beroende på vilka slags besvär det handlar om kan det säkert i vissa fall finnas försäkringsmässigt godtagbara skäl för sådana mer omfattande ”ryggklausuler”. Utredningens iakttagelse är samtidigt att sådana mer omfattande klausuler ibland används utan någon närmare utredning av besvären i det enskilda fallet, vilket strider mot kontraheringsplikten.

Vi anser mot bakgrund av det ovan angivna att vissa försäkringsbolag borde arbeta mer aktivt för att *utforma undantagsklausuler så att de inte inskränker försäkringen mer än vad som är försäkringsmässigt nödvändigt* utifrån en individuell och försäkringstekniskt godtagbar bedömning.

Vissa undantagsklausuler utgör ingen inskränkning i försäkringen

Slutligen kan vi konstatera att ett undantag för en befintlig sjukdom som gjorts i enlighet med 12 kap. 5 § första stycket 1 FAL inte utgör någon inskränkning i försäkringsskyddet i kontraheringspliktens mening. Vi noterar att försäkringsbolagen inte har gjort den här distinktionen när de har svarat på utredningens enkätundersökning. Vid våra besök hos försäkringsbolagen har vi också kunnat se att

vissa ärenden som bolagen har sorterat in under kategorin ”beviljad försäkring med undantagsklausul”, har varit sådana ärenden där undantaget bara gäller sjukdom som fanns vid tecknandet. Här kan också nämnas att vi har bedömt att undantag som helt, eller i vart fall delvis, avser sjukdom som fanns vid tecknandet i praktiken är den vanligast förekommande typen av undantag. Samtidigt går det inte att säga hur stor andel av dessa undantagsklausuler som är helt avgränsande till befintliga sjukdomar och direkta följder av dessa, och hur stor andel av undantagen som även omfattar eventuella framtida sjukdomar.

Det är alltså inte möjligt att avgöra hur vanligt det är att försäkringsbolagen gör undantag för befintlig sjukdom med stöd av 12 kap. 5 § första stycket 1, jämfört med att de bedömer att det föreligger särskilda skäl enligt 11 kap. 1 § att göra undantag för framtida sjukdom. Däremot är det klart att en viss andel av de beslut som i vår kartläggning (se avsnitt 11.3 ovan) har kategoriserats som beslut om undantagsklausul, i själva verket har varit normalbeviljade försäkringar.

13.2.5 Undantag för vissa ersättningsmoment – främst för ersättning vid arbetsförmåga

Närmare om undantag för ersättning vid arbetsförmåga

Ett annat sätt att begränsa försäkringens omfattning i ett enskilt fall, är att avtala bort något eller några särskilda ersättningsmoment som försäkringen normalt innehåller. Vanligen handlar det om att försäkringsbolaget i svår försäkrade fall vill begränsa försäkringen så att den inte ger ersättning för ekonomisk invaliditet, dvs. ersättning vid framtida arbetsförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall.

Klausuler som från försäkringen undantar rätt till ersättning på grund av framtida arbetsförmåga förekommer i viss begränsad utsträckning vid barnförsäkring och kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna. Barnförsäkring och kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna innehåller i regel ett flertal andra ersättningsmoment. Exempelvis utgår oftast ersättning för medicinsk invaliditet på grund av sjukdom eller olycksfall och ibland även engångsersättning vid vissa allvarliga sjukdomar. Därför kan det i vissa fall vara meningsfullt för en försäkringssökande att

teckna en sådan försäkring, även ersättning på grund av framtida arbetsoförmåga inte ingår.

Exempel på sjukdomar som kan leda till att ersättning för ekonomisk invaliditet undantas från försäkringen (i de fall ansökan inte avslås), är neuropsykiatriska sjukdomar (t.ex. ADHD och autism) samt depressiva besvär och stressrelaterade sjukdomar.

Av redogörelsen i kapitel 11 har det framgått att 1,5 procent av alla ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna 2013 beviljades med undantag för ekonomisk invaliditet (varav 0,7 procent även hade någon annan undantagsklausul). För barnförsäkring var motsvarande siffra 0,4 procent av alla ansökningar (varav 0,2 procent även hade någon annan undantagsklausul).

Av kartläggningen framgår också att särskilda undantagsklausuler för ekonomisk invaliditet används av flera, men inte alla, försäkringsbolag som tillhandahåller barnförsäkring och kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. När det gäller rena sjukförsäkringar för vuxna förekommer däremot sådana undantagsklausuler inte över huvud taget. Detta förklaras av att rena sjukförsäkringar har som huvudsakligt syfte att ersätta inkomstbortfall vid framtida arbetsoförmåga. En ansökan om sjukförsäkring brukar därför oftast leda till avslag, om försäkringsbolaget bedömer att risken är hög för att den som ansöker i framtiden ska bli helt eller delvis arbetsoförmögen.

En väsentlig inskränkning – som samtidigt kan möjliggöra att försäkring kan beviljas i svår försäkrade fall

Möjligheten till ersättning vid eventuell framtida arbetsoförmåga är i många fall ett av de främsta skälen till att någon ansöker om en sjuk- och olycksfallsförsäkring eller en barnförsäkring (som också kan övergå till en vuxenförsäkring om det finns en sådan rätt till vidareförsäkring, se avsnitt 13.2.6 nedan). Undantag för det ersättningsmomentet utgör därmed en väsentlig begränsning i försäkringsskyddet. Kontraheringsplikten innebär här, liksom vid andra inskränkningar i förhållande till de normala villkoren, att undantaget ska grundas på en individuell bedömning och vara försäkringsmässigt nödvändig.

Samtidigt ska det också framhållas att det kan vara positivt för en svår försäkrad person att kunna få ett i övrigt fullgott försäkringsskydd för skada vid sjukdom och olycksfall, om alternativet i stället är att försäkringsansökan avslås helt. Att försäkringsbolagen genom

anpassning av försäkringsvillkoren i det enskilda fallet, kan erbjuda en försäkring även i svår försäkrade fall, stämmer också väl överens med syftet bakom kontraheringsplikten. Försäkringsprodukter som vid behov kan delas upp i olika beståndsdelar så att undantag kan göras för vissa ersättningsmoment, är därför någonting som enligt utredningen i princip bör uppmuntras, om syftet är att i varje enskilt fall kunna erbjuda bästa möjliga försäkringsskydd. Kravet att det ska finnas särskilda skäl för att inskränka försäkringen, och därmed på individuella bedömningar och god försäkringsteknik, bör motverka att försäkringsbolagen använder denna metod i sådana fall där försäkring till normala villkor borde kunna erbjudas. Kontraheringsplikten innebär däremot ingen skyldighet för försäkringsbolagen att utforma personförsäkringsprodukterna så att undantag kan göras för vissa försäkringsmoment.

Någonting som slutligen bör noteras i det här sammanhanget är att ett alternativ för den försäkringssökande som erbjuds en försäkring utan rätt till ersättning för ekonomisk invaliditet, kan vara att teckna en gruppförsäkring. Även gruppförsäkringar ger i allmänhet ett visst skydd för framtida inkomstbortfall på grund av arbetsoförmåga. Särskilt när det gäller barnförsäkring förekommer det också att vissa försäkringsbolag, vid avslag på en ansökan om att få teckna den barnförsäkring som bolaget marknadsför som sin huvudsakliga barnförsäkringsprodukt, i stället erbjuder en mer begränsad försäkringsprodukt, som ändå ger viss ersättning även för förvärvsmässig invaliditet.

Utredningens iakttagelser angående undantag för ersättning vid framtida arbetsoförmåga

Som har framgått av utredningens kartläggning används undantag för ersättningsmomentet ekonomisk invaliditet i mycket liten utsträckning. De fall som utredningen har kommit i kontakt med är i princip sådana där det annars sannolikt hade varit befogat med ett avslag. I de fallen kan det, som redan har konstaterats, vara positivt för en svår försäkrad person att i stället kunna få ett i övrigt fullgott försäkringsskydd för skada vid sjukdom och olycksfall. Mot den bakgrunden har vi ingen invändning mot försäkringsbolagen nuvarande användning av undantagsklausuler avseende ersättning vid framtida arbetsoförmåga.

13.2.6 Undantag för rätten till vidareförsäkring när barnförsäkring löper ut

Närmare om rätten till vidareförsäkring

En del barnförsäkringar innehåller som framgått en s.k. rätt till vidareförsäkring. Vidareförsäkringsrätten innebär att de barn som omfattas av försäkringen har en rätt att utan ny hälsoprövning få teckna en vuxenförsäkring när barnförsäkringen löper ut, vanligen vid 25–30 års ålder.

Det finns stor variation mellan de olika barnförsäkringarna på marknaden när det gäller förekomsten och, i förekommande fall, innebörden av, rätten till vidareförsäkring. Rätten till vidareförsäkring beror i regel på vilken slags vuxenförsäkring som försäkringsbolaget i fråga har i sitt ordinarie produktsortiment. Barnförsäkringen är som framgått en kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring, och alla försäkringsbolag som säljer barnförsäkring erbjuder inte en motsvarande kombinationsförsäkring för vuxna.

De försäkringsbolag som har en kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna i sitt sortiment, ger ofta möjlighet till vidareförsäkring, dvs. rätt att teckna en sådan vuxenförsäkring utan förnyad hälsoprövning när barnförsäkringen löper ut. De försäkringsbolag som inte säljer någon kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna, utan bara en ren sjukförsäkring, ger däremot normalt inte i barnförsäkringen rätt att teckna sjukförsäkringen utan förnyad hälsoprövning. Detta beror på att en sjukförsäkring i regel innebär ett betydligt mer omfattande försäkringsskydd för förlorad arbetsinkomst vid sjukdom än vad barnförsäkringen gör. Hos de försäkringsbolag som enbart säljer sjukförsäkring för vuxna är det därför vanligt att rätten till vidareförsäkring är begränsad till en ren olycksfallsförsäkring eller, i något fall, en olycksfalls- och livförsäkring.

De vuxenförsäkringar som tecknas genom utnyttjande av vidareförsäkringsrätten, gäller i regel med ett visst försäkringsbelopp, vanligen det lägsta som kan tecknas för försäkringen i fråga. Önskas ett högre försäkringsbelopp, krävs en förnyad hälsoprövning, i vart fall när försäkringen ger ersättning för skada vid både sjukdom och olycksfall. Beroende på vad den nya hälsoprövningen visar, kan det höjda försäkringsbeloppet komma att förses med särskilda förbehåll, eller premieförhöjas, jämfört med den del av försäkringen som beviljats utan förnyad hälsoprövning.

Närmare om undantag för rätten till vidareförsäkring

Försäkringsbolagen kan i individuella försäkringsavtal göra undantag för rätten till vidareförsäkring när de bedömer att risken för försäkringsfall i vuxen ålder är för stor, eller inte kan överblickas. Sådana klausuler tillämpas i varierande utsträckning av försäkringsbolagen och användningen beror till stor del på vad rätten till vidareförsäkring innebär hos respektive försäkringsbolag.

Undantag för rätten till vidareförsäkring används främst av de försäkringsbolag som ger möjlighet att teckna en kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring, alternativt en livförsäkring, när barnförsäkringen löper ut. Enligt dessa bolag kan en klausul för rätten till vidareförsäkring i vissa fall vara en förutsättning för att barnförsäkringen kan beviljas till normala villkor i övrigt.

Exempel på fall då undantag för rätten till vidareförsäkring ibland används är då försäkring beviljas för barn med högt isoBMI⁷ eller barn med neuropsykiatriska diagnoser. Försäkringsbolagen menar att det i dessa fall ibland kan vara alltför osäkert hur barnens hälsa kommer att utvecklas i takt med att de blir äldre. Enligt bolagen skulle ansökan om barnförsäkring därför behöva avslås om det inte var möjligt att göra ett undantag för rätten till vidareförsäkring.

De försäkringsbolag som bara erbjuder rätt att teckna en ren olycksfallsförsäkring när barnförsäkringen löper ut gör mycket sällan eller aldrig undantag för vidareförsäkringsrätten. Detta beror naturligtvis på att en ren olycksfallsförsäkring inte heller vid nyteckning i vuxen ålder kräver någon hälsoprövning.

⁷ BMI- eller Body Mass Index-beräkning bygger på en matematisk formel som visar sammanhanget mellan en persons vikt och längd. Detta är också den mest använda metoden för att ta reda på om en person är överviktig, underviktig eller har en normal vikt i förhållande till sin längd. Eftersom BMI inte fungerar för barn och ungdomar har IOTF (International Obesity Task Force) tagit fram en utökning av BMI som även fungerar för barn. BMI för barn kallas isoBMI och värdet beräknas precis på samma sätt som BMI för vuxna. Däremot skiljer sig viktclassificeringen markant och gränserna för övervikt respektive fetma varierar för alla åldrar mellan 2 och 18 år.

Utredningens iakttagelser angående undantag för rätten till vidareförsäkring vid barnförsäkring

Utredningens kartläggning visar inte hur vanligt det är att försäkringsbolagen gör undantag för rätten till vidareförsäkring. Utredningens erfarenhet från besök hos och intervjuer med försäkringsbolagen är ändå att sådana klausuler är relativt vanligt förekommande.

När det gäller tillämpningen av kontraheringsplikten, ska det beaktas att undantag för rätten till vidareförsäkring skiljer sig från andra inskränkningar i försäkringsskyddet. Även om rätten till vidareförsäkring kan vara ett förmånligt villkor i barnförsäkringen, ligger förverkligandet av rätten ofta långt fram i tiden. Mycket kan hända med försäkringsbolagets produktsortiment under åren fram till dess att barnförsäkringen löper ut, särskilt om barnförsäkringen tecknats för ett litet barn, och det finns inga garantier för att den vuxenförsäkring som bolaget tillhandahåller vid tecknandet finns kvar då. Den förälder som ansöker om en barnförsäkring för sitt barn är sannolikt också i första hand ute efter ett försäkringsskydd för barnet upp till vuxen ålder.

Enligt utredningen är det också förstaeligt att försäkringsbolagen i vissa fall kan ha svårt att överblicka risken för ett litet barn upp till omkring 65-års ålder. I dessa fall kan ett undantag för rätten till vidareförsäkring, som nämnts ovan, innebära att försäkringsbolaget ändå kan bevilja barnförsäkringen till normala villkor i övrigt.

Med hänsyn till de speciella omständigheter som nämnts ovan, anser vi att kraven när det gäller försäkringsbolagens utredningsansvar och försäkringstekniska argument bör kunna sättas något lägre vid undantag för vidareförsäkringsrätten, än med avseende på andra typer av inskränkningar i försäkringen.

De fall som utredningen har sett där försäkringsbolaget har valt att avtala bort rätten till vidareförsäkring har också, så vitt vi har kunnat bedöma, i de flesta fall varit befogade. Vi har däremot sett exempel på praxis som innebär att rätten till vidareförsäkring alltid undantas om en barnförsäkring inskränks genom något annat undantag. Även med hänsyn till att undantag för rätten till vidareförsäkring har en speciell karaktär, framstår en sådan praxis som omotiverat ofördelaktig för den försäkringssökande. Särskilt med tanke på att en undantagsklausul för en viss sjukdom i regel även följer med till vuxenförsäkringen om en sådan tecknas.

13.2.7 Undantag för sjukdomar som redan undantas enligt de allmänna villkoren

Allmänna omfattningsvillkor träffas inte av kontraheringsplikten

Som har framgått av redogörelsen för innehållet i de olika personförsäkringarna i kapitel 6, innehåller de allmänna försäkringsvillkoren för en personförsäkring i de flesta fall en uppräknig av vissa specifika sjukdomar som undantas från försäkringen. För barnförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna, är neuropsykiatriska diagnoser (t.ex. ADHD och autism), dyslexi och blodarsjuka exempel på sjukdomar som brukar undantas helt eller delvis från försäkringsskyddet.

Kontraheringsplikten tar som framgått ovan inte alls sikte på sådana omfattningsvillkor i de allmänna försäkringsvillkoren. Villkorsbestämmelser som innebär att försäkringen över huvud taget inte täcker vissa sjukdomar är exempel på sådana omfattningsvillkor som försäkringsbolagen får avtala om som de vill (se prop. 2003/04:150 s. 524).

Upplysningar om undantagna sjukdomar formuleras ibland som individuella undantag

Utredningen har noterat att försäkringsbolagen i de individuella försäkringsvillkoren ofta gör uttryckliga undantag för sjukdomar som redan är helt undantagna enligt de allmänna villkoren. Det handlar om de fall där försäkringsbolaget bedömer att den försäkringssökande har, eller misstänks ha, en sådan sjukdom som är undantagen från försäkringen enligt de allmänna villkoren. Ett exempel kan vara att ett barn med diagnosen ADHD beviljas en barnförsäkring som enligt de allmänna försäkringsvillkoren inte ger någon ersättning alls för ADHD eller följer av den sjukdomen. Trots det allmänna undantaget, (och trots att försäkringarna i regel ändå inte ger ersättning för sjukdom som fanns vid tecknandet, se avsnitt 13.2.3 ovan), gör alltså försäkringsbolaget inte sällan ett uttryckligt förbehåll för sjukdomen även i de individuella försäkringsvillkoren. Sådana förbehåll formuleras enligt utredningens erfarenhet regelmässigt så att de ger intrycket av att försäkringen har begränsats i förhållande till vad som normalt gäller, trots att så

inte är fallet. Förbehållet i det individuella försäkringsavtalet är ju bara ett förtydligande till kunden angående försäkringens omfattning, och kontraheringsplikten är över huvud taget inte tillämplig.

Utredningen konstaterar att det är positivt att försäkringsbolagen strävar efter att vara tydliga när det gäller försäkringens omfattning. Samtidigt ligger det nära till hands att misstänka att ett uttryckligt förbehåll i det individuella försäkringsavtalet för en sjukdom som redan undantas enligt de allmänna villkoren, felaktigt kan uppfattas av den försäkringssökande eller en försäkringstagare som en begränsning jämfört med de normala villkoren.

Förslagsvis kunde försäkringsbolagen i ovan nämnda situationer i stället ange en uttrycklig *upplysning* i försäkringsbrevet om att den sjukdom som den försäkringssökande har inte omfattas av försäkringen enligt de allmänna villkoren, i stället för att formulera informationen som ett undantag. Detta skulle visserligen inte påverka försäkringens omfattning i någon riktning, och den försäkringssökande förstår sannolikt i båda fallen att sjukdomen inte omfattas av försäkringen. För att klargöra gränserna för kontraheringspliktens tillämpning, har vi ändå ansett det lämpligt att påtala att det kan förekomma undantag i individuella försäkringsavtal som inte utgör inskränkningar i kontraheringspliktens mening.

Även om det måhända framstår som självklart, vill vi här slutligen påpeka att om en undantagsklausul även omfattar sjukdomar som inte är undantagna enligt de allmänna villkoren, utgör undantaget i dessa delar en inskränkning i försäkringsskyddet. Kontraheringsplikten innebär då att det måste finnas särskilda skäl för att undanta sjukdomarna i fråga.

Utredningen noterar i det här sammanhanget att försäkringsbolagen, när de har svarat på utredningens enkätundersökning (se avsnitt 11.3), inte har gjort åtskillnad mellan förtydliganden av försäkringens omfattning och egentliga undantag från försäkringen. Som framgått ovan (se avsnitt 13.2.4) har försäkringsbolagen inte heller gjort skillnad mellan undantag för befintliga sjukdomar och undantag för eventuella framtida sjukdomar. Som också har påpekats ovan, medför detta att andelen normalbeviljade försäkringar kan antas vara högre än vad som framgår av undersökningen (se avsnitt 11.3).

13.3 Förhöjda premier

13.3.1 Inledning

En procentuell förhöjning av försäkringspremien, s.k. *premieförhöjning*, är som nämnts ovan ett sätt för bolagen att kunna erbjuda försäkringar även till personer som innebär en förhöjd risk, men samtidigt jämna ut risken i försäkringskollektivet. De försäkringsbolag som tillämpar premieförhöjningar har olika nivåer på dessa. Premieförhöjningsnivån varierar bl.a. beroende på vad som ligger till grund för höjningen och vilken försäkringsprodukt det handlar om. Som också redan har framgått (se avsnitt 11.3.5), använder inga försäkringsbolag premieförhöjningar vid barnförsäkring.

Premieförhöjning kan också användas i kombination med inskränkning i försäkringen, dvs. någon form av undantagsklausul. Det kan finnas olika anledningar till att försäkringsbolagen använder sig av kombinationen förhöjd premie och undantagsklausul. Att en undantagsklausul används utöver premieförhöjningen, kan exempelvis bero på att försäkringen normalt ger ersättning för medicinsk invaliditet på grund av, eller en engångsersättning för, den sjukdom som har föranlett premieförhöjningen. Då syftar undantagsklausulen till att säkerställa att försäkringsbolaget inte kommer att behöva betala ut någon sådan ersättning på grund av sjukdomen i fråga. Så kan till exempel vara fallet vid diabetes. Ibland är också kombinationen av hälsobesvär sådan att premieförhöjningen är avsedd att täcka riskerna för vissa besvär, medan undantagsklausulen avser andra. Ett exempel skulle kunna vara övervikt i kombination med ryggbesvär, då övervikten kan föranleda en premieförhöjning och ryggbesvären en undantagsklausul.

Utredningens enkätundersökning (se avsnitt 11.3) visar att det 2013 var 2,6 procent av alla ansökningar om sjukförsäkring för vuxna och 3,5 procent av alla ansökningar om kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna som beviljades med förhöjd premie. För sjukförsäkring var det 0,5 procent av alla ansökningar som beviljades med förhöjd premie utan undantagsklausul och 2,1 procent som beviljades med förhöjd premie i kombination med undantagsklausul. För sjuk- och olycksfallsförsäkring var motsvarande siffror 2,6, respektive 0,9 procent. Premieförhöjningar förekom inte alls vad gäller barnförsäkring (detta berörs närmare i avsnitt 16.6.6 nedan).

Vanliga orsaker till premieförhöjningar och premieförhöjningar i kombination med undantagsklausuler (vid vuxenförsäkringar), är bl.a. övervikt, högt blodtryck, ledbesvär, magbesvär, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, psykiska besvär och astma (se vidare avsnitt 11.3 ovan).

13.3.2 Kontraheringspliktens krav vid premieförhöjningar

Vid en eventuell prövning utifrån kontraheringspliktens krav, blir det till att börja med upp till försäkringsbolaget att visa att beslutet att bara bevilja försäkring med en undantagsklausul har baserats på en *individuell bedömning* av den enskilde försäkringssökandes hälsotillstånd, dvs. att försäkringsbolaget har fullgjort sitt *utredningsansvar* när det gäller hälsotillståndet. Därutöver måste bolaget även visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall (i form av sjukdom eller olycksfall) är så hög, att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget försäkrades utan den aktuella premieförhöjningen, *samt att* den bedömningen har grundats på ett beslutsunderlag som stämmer överens med aktuell *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt bolagets försäkringsmässiga kunnande*.

13.3.3 Premiesättning vid förhöjningar

Av utredningens enkätundersökning framgår att premieförhöjningar kan variera från runt 30 procent till som mest omkring 200 procent, beroende på omständigheterna och vilken slags försäkring det handlar om. Vid kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna låg den högsta höjningen 2013 på drygt 100 procent, medan det kunde förekomma höjningar upp till 200 procent vad gäller sjukförsäkringar.

Försäkringsbolagen har normalt vägledning i sina försäkringsmedicinska riktlinjer avseende i vilka situationer som premieförhöjningar ska användas och hur premierna i sådana fall ska beräknas. Här tillämpas lite olika metoder beroende på vilka hälsobesvär det gäller. Eftersom premiesättning vid förhöjningar varierar mellan försäkringsbolagen och dessutom är beroende av omständigheterna i de enskilda fallen, har det inte gått att ta reda på exakt vilka premienivåer som används vid olika typer av ohälsa. Nedan ger vi ändå

några exempel på hur försäkringsbolagen kan resonera när det gäller premieförhöjningsnivåer.

Vid diabetes finns exempelvis olika rekommendationer i riktlinjerna beroende på vilken slags diabetes det handlar om. Därutöver tar de försäkringsmedicinska riktlinjerna bl.a. hänsyn till när sjukdomen debuterade, om den försäkringssökande har drabbats av några följsjukdomar, hur välreglerad sjukdomen är samt olika värden såsom blodsocker, blodfetter etc. Premieförhöjningen kan alltså påverkas antingen uppåt eller nedåt beroende på hur gynnsam sjukdomsbilden är.

Vad avser försäkringssökande med övervikt högt BMI⁸, tillämpar försäkringsbolagen tabeller för premieförhöjningar. Utifrån BMI-värdet rekommenderas en viss premieförhöjning. Därutöver tas också hänsyn till olika riskhöjande faktorer, som alltså kan leda till ytterligare ökning av premien. Exempelvis beaktas om vikten har varierat mycket under de närmaste åren före ansökan samt till värden när det gäller bl.a. blodfetter och blodtryck. Vissa försäkringsbolag kräver att försäkringssökande med mycket högt BMI (en gräns som har nämnts är BMI 32, vilket räknas som fetma) genomgår en läkarundersökning på försäkringsbolagets bekostnad. Vid bedömning av försäkringsansökningar från personer med högt BMI, tar man alltså främst hänsyn till riskhöjande faktorer vid premiesättningen. Utrymmet för att gå under rekommenderad premieförhöjning på grund av gynnsamma hälsofaktorer är begränsat, även om vissa försäkringsbolag uppger att det kan vara möjligt. Faktorer som ibland förs fram av den försäkringssökande som argument mot premieförhöjning trots ett högt BMI, är att man är vältränad och lever sunt. Försäkringsbolagen anser att det är svårt att låta sådana faktorer påverka premien i sänkande riktning. Det främsta skälet till detta är, enligt bolagen, att en vältränad person med högt BMI har samma ökade belastning på kroppen (bl.a. på hjärtat, blodkärlen och lederna) som en annan, mindre vältränad, person med motsvarande BMI-värde. Försäkringsbolagen framhåller också att livsstilsrelaterade förhållanden är svåra att kontrollera och att de dessutom snabbt kan förändras.

⁸ BMI- eller Body Mass Index-beräkning bygger på en matematisk formel som visar sammanhanget mellan en persons vikt och längd. Detta är också den mest använda metoden för att ta reda på om en person är överviktig, underviktig eller har en normal vikt i förhållande till sin längd.

13.3.4 Utredningens iakttagelser angående användningen premieförhöjningar

Eftersom det inte har varit möjligt att i någon detalj kartlägga försäkringsbolagens premiesättning vid premieförhöjningar, har utredningen haft svårt att bedöma om försäkringsbolagen i de situationerna uppfyller kontraheringspliktens krav. En särskild iakttagelse som vi har gjort är att utrymmet för att gå under rekommenderad premieförhöjning på grund av gynnsamma hälsofaktorer är begränsat när det gäller personer med höga BMI-värden. Vi har samtidigt förståelse för bolagens praxis i det avseendet, eftersom det rör sig om förhållanden som är svåra att kontrollera och dessutom snabbt kan förändras.

Utredningen har också kunnat konstatera att premieförhöjningar används i mycket liten utsträckning (sett till det totala antalet ansökningar) vad gäller sjukförsäkringar samt sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna, och inte över huvud taget vid barnförsäkring.

Mot ovan angiven bakgrund har vi inga väsentliga invändningar mot det sätt varpå försäkringsbolagen använder sig av premieförhöjningar eller bestämmer premier i dessa fall.

13.4 Avslag

13.4.1 Inledning

I det här avsnittet behandlar vi de olika typer av avslagssituationer (dvs. när försäkring nekas helt) som vi har kunnat iaktta på marknaden, och analyserar vilken betydelse som kontraheringsplikten har i dessa fall.

En fråga som särskilt har uppmärksammats i media och andra sammanhang, är avslag på ansökan om barnförsäkring på grund av att barnet i fråga är för tidigt fött. Vi kommer därför att behandla den frågan specifikt, mot bakgrund av de allmänna resonemang som vi har fört när det gäller den praktiska tillämpningen av kontraheringsplikten.

En annan situation som vi kommer att diskutera särskilt, eftersom den åtminstone tidigare har varit uppmärksam i den allmänna debatten, är möjligheten att teckna barnförsäkring för barn som har adopterats från andra länder.

Vi kommer också att beröra frågan om avslag på grund av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, eftersom det finns signaler om att denna grupp möter särskilda svårigheter när det gäller att få teckna försäkring.

Innan vi går in på ovan nämnda frågeställningar, beskriver vi kortfattat innebörden av kontraheringspliktens krav när försäkring nekas helt.

13.4.2 Kontraheringspliktens krav vid avslag

Vid en eventuell prövning utifrån kontraheringspliktens krav, blir det till att börja med upp till försäkringsbolaget att visa att beslutet att bara bevilja försäkring med en undantagsklausul har baserats på en *individuell bedömning* av den enskilde försäkringssökandes hälsotillstånd, dvs. att försäkringsbolaget har fullgjort sitt *utredningsansvar* när det gäller hälsotillståndet. Därutöver måste bolaget även visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall (i form av sjukdom eller olycksfall) är så hög, att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget försäkrades utan den aktuella inskränkningen, *samt att* den bedömningen har grundats på ett beslutsunderlag som stämmer överens med aktuell *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt bolagets försäkringsmässiga kunskande*.

13.4.3 Olika avslagssituationer

Om försäkringsbolaget helt nekar någon att teckna försäkring, är det på grund av att bolaget har bedömt att risken för framtida försäkringsfall är så pass hög att personen i fråga inte alls kan släppas in i försäkringskollektivet.

Försäkringsbolaget kan vilja avslå en försäkringsansökan på grund av att inhämtade uppgifter om den försäkringssökande visar att denne har vissa konstaterade hälsobesvär, som innebär en hög risk för framtida försäkringsfall. Det handlar dels om sjukdomar och tillstånd som i sig är så allvarliga, att den som lider av dem anses oförsäkringsbar. Det kan också handla om personer som lider av ett flertal olika sjukdomar, som var för sig kan vara klart avgrän-

sade, men som tillsammans gör att personen i fråga har ett så försvagat hälsotillstånd att den försäkringsmässiga risken är alltför hög (s.k. multisymtom).

Det förekommer också att ett försäkringsbolag önskar avslå en försäkringsansökan på grund av att bolaget anser att det finns en stor sannolikhet för att den försäkringssökandes hälsotillstånd är eller kommer att bli så dåligt att denne enligt bolagets bedömning skulle vara oförsäkringsbar. Så kan exempelvis vara fallet om den försäkringssökande är under utredning för vissa allvarliga hälsobesvär, och orsaken till dessa ännu inte är fastställd, men bolaget anser att de uppgifter som finns pekar åt ett visst håll. Ett annat sådant fall kan vara att den som ska försäkras har en viss sjukdom eller liknande som bedöms kunna leda till andra allvarliga hälsoproblem i framtiden.

13.4.4 Andelen avslag och vanliga orsaker till avslag

Utredningens kartläggning visar att det år 2013 var 3,2 procent av alla ansökningar om barnförsäkring som avlogs. Samma år var det 7 procent av alla inkomna ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna som avlogs och 5 procent av alla ansökningar om sjukförsäkring. Här ska också anmärkas att den som får avslag på en försäkringsansökan hos ett försäkringsbolag, har möjlighet att i stället ansöka hos ett annat bolag. Eftersom såväl försäkringsprodukter som riskbedömningspraxis skiljer sig mellan bolagen, kan det hända att försäkring då kan beviljas.

För vuxenförsäkringarna gäller att en *pågående sjukskrivning* i regel medför avslag på försäkringsansökan. Det gäller, enligt försäkringsbolagen, i princip oavsett vad den pågående sjukskrivningen beror på, om det inte handlar om något ytterst tillfälligt, såsom exempelvis ett par veckors sjukskrivning på grund av ett benbrott. Även pågående *cancerbehandling* är en sådan sak som i princip alltid leder till avslag. *Multisymtom*, dvs. flera olika sjukdomar och besvär som tillsammans ger ett kraftigt försvagat hälsotillstånd, uppges också av bolagen som en vanlig orsak till avslag på ansökningar om personförsäkring för vuxna. Även vuxna som har *problem med flera olika delar av rörelseapparaten* (t.ex. rygg, knän, axlar) riskerar, i vart fall hos vissa försäkringsbolag, att få avslag på sin ansökan.

Psykiska besvär, ofta i kombination (t.ex. depression, ångest, nedstämdhet, utmattning, utbrändhet), anges vidare av de flesta försäkringsbolagen vara en vanlig anledning till avslag. Många bolag uppger också att personer med *mycket höga BMI-värden* ofta nekas försäkring. Flera försäkringsbolag har angett att det i princip finns en övre BMI-gräns för när försäkring kan beviljas. Var gränsen går varierar mellan bolagen.

Vid barnförsäkring anger försäkringsbolagen att vanliga orsaker till avslag är *grav prematuritet, problem med andningsorganen, psykiska sjukdomar, medfödda hjärtfel* och *neuropsykiatrisk sjukdom*.

Vid både barnförsäkring och vuxenförsäkring avslår försäkringsbolagen vidare i regel försäkringsansökningar om den som ska försäkras är föremål för en *pågående medicinsk hälsoutredning* på grund av mer eller mindre oklara hälsobesvär. I regel avslås ansökan oavsett vad utredningen avser.

13.4.5 Särskilt angående för tidigt födda⁹ barn

Allmänt

Utredningen konstaterar att kontraheringsplikten ställer samma krav vid avslag på ansökningar angående för tidigt födda barn som i alla andra fall där försäkring nekas helt eller delvis.

Som har framgått ovan, innebär kravet på en individuell bedömning att ett försäkringsbolag måste ta reda på och beakta de *individualiserande hälsfaktorer* som skulle kunna inverka på möjligheten att få teckna en försäkring. Riskprövningen även när det gäller för tidigt födda barn, måste alltså baseras på det enskilda barnets hälsotillstånd, där födelsevecka och vikt vid födseln är faktorer som kan ha betydelse för bedömningen.

Precis som i varje annat fall där försäkring nekas helt eller delvis, måste försäkringsbolaget vidare visa att ett avslag är *försäkringsmässigt nödvändigt*, och att den bedömningen har baserats på *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*.

⁹ Enligt gängse medicinska definitioner räknas alla barn som föds före 37:e graviditetsveckans utgång som prematura. Barn födda mellan 33:e och 36:e graviditetsveckan brukar betecknas som för tidigt födda. Barn födda i 29:e till 32:a veckan brukar betecknas mycket för tidigt födda och före vecka 29 som extremt mycket för tidigt födda. För enkelhetens skull används här oftast bara begreppet "för tidigt född". Vi syftar då på alla barn som fötts före 37:e graviditetsveckans utgång.

Försäkringsbolagens hantering

De allra flesta försäkringsbolagen har angett att deras behandling av ansökningar rörande för tidigt födda barn har förändrats de senaste åren – att bedömningarna tidigare gjordes mer schablonmässigt, men att ansökningarna nu prövas på individuell grund. Utredningen konstaterar att det i dag inte finns något försäkringsbolag som på fråga från utredningen uppger att de bedömer ansökningar avseende för tidigt födda barn enbart på grund av barnets födelsevecka och vikt vid födseln. Samtliga bolag som tillhandahåller barnförsäkring anger att de alltid ser till det enskilda barnets aktuella hälsotillstånd. De allra flesta försäkringsbolag anger dessutom att de alltid hämtar in sjukhusjournaler gällande förlossningen och barnets hälsa därefter.¹⁰

Det finns samtidigt en viss skillnad mellan försäkringsbolagen när det gäller hur de resonerar angående hanteringen av ansökningar avseende för tidigt födda barn. Vissa försäkringsbolag anger att det ändå finns en gräns när det gäller att bevilja försäkring till extremt för tidigt födda barn. Försäkringsbolagen i fråga har olika uppfattningar om var den gränsen går, men utredningen noterar att det handlar om barn som är födda så tidigt att de ligger på gränsen till att över huvud taget överleva. Vissa försäkringsbolag resonerar å andra sidan så att försäkring i princip alltid beviljas om barnet bedöms ha ett gott hälsotillstånd vid ansökningstillfället, helt oavsett i vilken graviditetsvecka som barnet är fött och vilken vikt barnet hade vid födseln. Dessa försäkringsbolag framhåller samtidigt att risken för hälsokomplikationer är större ju tidigare ett barn föds.

Utredningen konstaterar att de två ovan nämnda resonemangen sannolikt i praktiken leder till liknande resultat, eftersom risken för hälsokomplikationer av olika slag är större ju tidigare i graviditeten som förlossningen äger rum. Vad det handlar om är att möjligheten att teckna försäkring för ett barn i allmänhet påverkas negativt om det har förekommit komplikationer vid förlossningen eller barnet inte har ett fullgott hälsotillstånd vid ansökningstillfället, vilket även gäller för barn som föds för tidigt.

¹⁰ Detta gäller främst för ansökningar som kommer in under småbarnsåren.

Utredningens reflektioner

Utredningens intryck är att det har skett en god utveckling när det gäller försäkringsbolagens hantering av försäkringsansökningar gällande för tidigt födda barn, och att försäkringsbolagen är väl medvetna om vikten av att göra individuella bedömningar även i dessa fall. Vi har uppfattat att de allra flesta försäkringsbolag är fullt medvetna om att en tidig födsel och låg födelsevikt i regel inte i sig är tillräckliga skäl för ett avslag. Att försäkringsbolagen har den förståelsen visar sig inte minst i att man i hög utsträckning hämtar in patientjournaler och liknande vid bedömningen av ansökningar rörande för tidigt födda barn. Utredningen har inte heller stött på något ärende vid vår granskning där ansökan har avslagits enbart med hänvisning till födelsevecka och vikt.

Däremot har vi fått intrycket att försäkringsbolagens beslutsmotiveringar vid avslag avseende för tidigt födda barn i vissa fall inte tillräckligt tydligt redovisar på vilka individuella grunder beslutet har fattats. Det gör att utredningen har haft svårt att bedöma om försäkringsbolagen i praktiken i dessa fall har beaktat individuella faktorer i den utsträckning som kontraheringsplikten kräver. Frågan om bolagens motiveringar vid beslut att neka försäkring behandlas närmare i kapitel 14 nedan.

I det här sammanhanget vill vi också nämna att det inte är ovanligt att försäkringsbolagen vid avslag informerar föräldrarna om att viss observationstid behövs beträffande barnet i fråga, och att de är välkomna att återkomma med en ny ansökan efter en viss angiven tid. Omprövningstiden kan exempelvis sättas utifrån olika allmänna hälsokontroller hos barn- eller skolhälsovården. Som vi redan tidigare har framhållit (se avsnitt 13.1.2 ovan) förändrar sådan information om möjlighet att ansöka på nytt inte det förhållandet att den aktuella ansökan har avslagits. Kontraheringsplikten är därmed även i dessa fall tillämplig med avseende på försäkringsbolagets beslut, och bolaget måste därmed visa att det funnits särskilda skäl för beslutet att avslå ansökan.

13.4.6 Särskilt angående barn som är födda utanför Sverige

Allmänt

Flera försäkringsbolag har allmänna krav när det gäller vem som över huvud taget får lov att teckna en viss personförsäkring. När det gäller barnförsäkring har en del försäkringsbolag sådana allmänna bestämmelser som innebär att ett barn måste ha vistats en viss tid i Sverige för att kunna komma i fråga för en försäkring. Normalt gäller dessa regler både för adopterade barn som fötts utomlands, och barn som av någon annan anledning är födda utanför Sverige.

Vi konstaterar att försäkringsbolagen är fria att bestämma vilka målgrupper som kan teckna deras olika försäkringsprodukter. En bestämmelse av det slaget träffas alltså inte av kontraheringsplikten, förutsatt att den tillämpas lika för alla. En fråga skulle kunna vara om allmänna krav på den som ska kunna söka en försäkring, exempelvis krav på viss vistelsetid i Sverige, skulle kunna komma i konflikt med diskrimineringslagstiftningen. Eftersom vårt uppdrag inte innefattar att ta ställning till frågor som rör den regleringen, kommer frågan inte att behandlas närmare här.

Försäkringsbolagens hantering

Tillfrågade om hur de behandlar ansökningar rörande adopterade barn, anger samtliga försäkringsbolag som tillhandahåller privata individuella barnförsäkringar att de behandlar de ansökningarna precis som vilka andra ansökningar som helst (förutsatt att barnen uppfyller eventuella krav på vistelsetid). Enligt försäkringsbolagen kan dessa ansökningar likväl i praktiken särskilja sig på så sätt att det oftare kan saknas medicinskt underlag för riskbedömningen. Det kan i sig medföra att det är omöjligt att göra en adekvat riskbedömning, och då måste ansökan avslås. Om det däremot finns medicinskt underlag i form av läkarundersökningar och liknande ställs enligt bolagen inte högre krav på hälsan än för andra barn.

Utredningens reflektioner

Utredningen har inte kunnat påvisa att ansökningar avseende adopterade och andra utlandsfödda barn behandlas annorlunda än ansökningar avseende barn som fötts i Sverige. Vi kan bara konstatera att kontraheringsplikten ställer samma krav i båda dessa fall. Om försäkringsbolaget anser att ansökan måste avslås helt på grund av att det saknas underlag för riskbedömningen, blir det alltså upp till försäkringsbolaget att visa att det är på det sättet, trots att bolaget fullföljt sitt utredningsansvar.

13.4.7 Särskilt angående personer med neuropsykiatriska diagnoser

Allmänt

Av utredningens enkätundersökning till försäkringsbolagen framgår att neuropsykiatriska diagnoser är en av de vanligaste orsakerna till avslag, åtminstone vad gäller vuxenförsäkringarna (se avsnitt 11.3 ovan). Som har framgått ovan, har personer med neuropsykiatriska diagnoser och föräldrar till barn med sådana diagnoser också engagerat sig i relativt hög utsträckning i den enkätundersökning som utredningen har genomfört tillsammans med Handikappförbunden (se avsnitt 11.6). De signaler som utredningen har fått från Riksförbundet Attention (en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar), är också att det inte är ovanligt att personer med neuropsykiatriska diagnoser upplever svårigheter när det gäller att få teckna en individuell personförsäkring.

Försäkringsbolagens hantering

När det gäller ansökningar från vuxna personer med neuropsykiatriska diagnoser, uppger bolagen att försäkring i dag ofta kan beviljas om personen i fråga fungerar väl när det gäller arbetsliv eller studier. Om däremot personen har visat sig ha problem i de sammanhangen är det stor risk att försäkringsansökan avslås (alternativt beviljas med undantag för ekonomisk invaliditet). När det gäller barn, uppger försäkringsbolagen på motsvarande sätt att försäkring

oftast kan beviljas om barnet har en fungerande skolgång. Om barnet däremot nyligen har diagnostiserats och man ännu inte har hunnit avgöra hur påverkat barnet är av sin sjukdom, kan försäkring enligt bolagen normalt inte beviljas.

Utredningens reflektioner

Utredningen konstaterar att kontraheringsplikten kräver att bolagen beaktar den enskilde försäkringssökandes individuella hälsotillstånd vid bedömningen av en försäkringsansökan. Det sätt som försäkringsbolagen resonerar när det gäller personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, verkar rimma väl med det kravet, även om utredningen saknar tillräckligt underlag för att bedöma om de principerna också regelmässigt tillämpas.

I det här sammanhanget är det också viktigt att notera att de allmänna försäkringsvillkoren ofta innehåller väsentliga begränsningar när det gäller ersättning vid neuropsykiatriska diagnoser. Sådana begränsningar är även vanliga vad gäller försäkringsersättning vid psykisk sjukdom, vilket kan ha särskild betydelse för personer med neuropsykiatriska diagnoser, eftersom det ibland kan vara svårt att avgöra i ett enskilt fall om psykisk sjukdom är en följd av en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller inte. Dessutom innehåller många försäkringar allmänna klausuler om att försäkringen inte ersätter sjukdomar som fanns vid tecknandet. Möjligheterna för den som vid tecknande av en personförsäkring har, eller som efter tecknandet blir diagnostiserad med, en neuropsykiatrisk sjukdom, att få ersättning kopplad till den diagnosen är därmed ofta begränsade.

Att försäkringarna enligt de normala villkoren ofta innehåller nämnda begränsningar, är även någonting som ska beaktas vid bedömningen av om ett beslut att neka försäkring har varit försäkringsmässigt nödvändigt. En viktig faktor vid den bedömningen är nämligen vilka ersättningar som försäkringsbolaget kan riskera att behöva betala ut (se avsnitt 12.3.2 ovan).

13.4.8 Utredningens allmänna iakttagelser angående avslag

Vår erfarenhet är att försäkringsbolagen är restriktiva med att helt avslå försäkringsansökningar. Det bekräftas också av den statistik när det gäller avslag som vi har redovisat ovan. I det följande beskriver vi några allmänna iakttagelser när det gäller försäkringsbolagens praxis vid avslag på ansökningar om personförsäkring, och redovisar i vilken mån vi anser att denna lever upp till kontraheringspliktens krav.

När det gäller vuxenförsäkringarna kan det till att börja med noteras att en *pågående sjukskrivning* enligt samtliga försäkringsbolag i regel leder till avslag. Vi kan konstatera att det i många fall sannolikt finns särskilda skäl att avslå en ansökan om en personförsäkring, som har som huvudsakligt syfte att ge ersättning på grund av sjukdom, om den som ansöker om försäkringen är pågående sjukskriven. Givetvis är det upp till försäkringsbolaget att visa att den pågående sjukskrivningen inte är av en tydligt övergående karaktär, exempelvis borde sjukskrivning på grund av ett ordinärt benbrott inte vara grund för att avslå en försäkringsansökan (i vart fall inte om den försäkringssökande inte har ett fysiskt krävande arbete).

Som framgått, avslår försäkringsbolagen vidare i regel försäkringsansökningar om den försäkringssökande är föremål för en pågående medicinsk *hälsoutredning* på grund av mer eller mindre oklara hälsobesvär, i princip oavsett vad utredningen avser. Detta gäller för såväl barnförsäkring som vid ansökan om sjukförsäkring och sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. I dessa fall menar försäkringsbolagen att försäkring inte kan beviljas, eftersom risken för framtida försäkringsfall inte kan bedömas på ett adekvat sätt.

Utredningen har förståelse för att oklara hälsobesvär i vissa fall kan innebära att försäkring inte kan meddelas. Samtidigt anser vi att försäkringsbolagens praxis att i princip alltid avslå ansökningar när den som ska försäkras är föremål för en pågående hälsoutredning, i vissa fall kan strida mot kontraheringsplikten. Vi menar att individuella hälsofaktorer kan ha betydelse för prövningen av ansökan även i dessa fall, och att försäkringsbolagets utredningsansvar då innebär att bolaget måste ta reda på och beakta dessa.

Som exempel kan nämnas att vi har sett vissa avslag som berott på att den försäkringssökande är under utredning för uppenbart

allergiska besvär (de fall som vi har sett gällde barnförsäkring). Förutsatt att det aktuella bolaget enligt sin normala praxis kan meddela försäkring med undantag för allergi vid konstaterade allergiska besvär, bör bolaget åtminstone överväga att göra det även när det finns en pågående utredning angående misstänkta sådana besvär.¹¹ En sådan eventuell undantagsklausul skulle sedan kunna omprövas när den pågående utredningen är klar, beroende på vad utredningen visar. Om bolaget ändå vill avslå ansökan, måste bolaget ta reda på så pass mycket om de besvär som utreds, att bolaget kan visa att det är försäkringsmässigt nödvändigt att helt neka försäkring med hänsyn till vad utredningen avser. Vi menar alltså att om ett avslagsbeslut baseras på att risken enligt försäkringsbolaget inte går att bedöma på ett adekvat sätt, måste bolaget kunna visa att så är fallet, trots att bolaget har *fullgjort sitt utredningsansvar*.

¹¹ Det ärende som utredningen granskade fanns hos ett försäkringsbolag som brukade använda sig av sådana undantagsklausuler, i de fall det fanns konstaterade allergiska eller astmatiska besvär.

14 Försäkringsbolagens beslutsunderlag och beslutsmotiveringar

14.1 Kapitlets innehåll

I vårt uppdrag ingår att analysera om försäkringsbolagens beslut att helt eller delvis neka försäkring ger en tillräckligt god förståelse för hur försäkringsbolagen resonerar samt om dessa resonemang förmedlas på ett sätt som en försäkringstagare kan ta till sig. Detta kapitel syftar till att behandla nu nämnda frågeställning.

Frågan om försäkringsbolagens beslutsmotiveringar hänger också nära samman med frågan om vilket beslutsunderlag som bolagen använder när de väljer att neka försäkring till normala villkor. Vi kommer därför att även behandla den frågan i det här sammanhanget.

I vårt uppdrag ingår inte att bedöma försäkringsbolagens medicinska kunnande eller ta ställning till om bolagens beslutsunderlag och bedömningar i enskilda fall stämmer överens med aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet. Däremot kan och ska vi uttala oss principiellt om vilket slags underlag som typiskt sett bör ligga till grund för försäkringsbolagens riskbedömningar, och hur vi uppfattar att bolagen arbetar för att säkerställa detta. Vi ska också redovisa vilka krav som vi uppfattar att kontraheringsplikten generellt ställer på försäkringsbolagens beslutsmotiveringar när försäkring nekas, och hur vi bedömer att bolagen i allmänhet lever upp till de kraven.

14.2 Försäkringsbolagens beslutsunderlag

14.2.1 Försäkringsmedicinska riktlinjer ska hålla hög kvalitet

Som redan har angetts i kapitel 12 ovan, innebär kontraheringsplikten att varje beslut att helt eller delvis neka någon försäkring, ska ha klart stöd i en försäkringsteknisk bedömning. Såsom vi har utvecklat närmare i det kapitlet (se avsnitt 12.3), innebär det att försäkringsbolagen ska kunna visa att ett beslut att neka försäkring har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall är så hög, att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget skulle försäkras till normala villkor eller, vid avslag, skulle försäkras alls. Bolaget ska även kunna visa att beslutet har grundats på ett *beslutsunderlag av hög kvalitet*. Ett rimligt krav i det avseendet är att bedömningen ska ha grundats på *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Med *medicinsk vetenskap*, avses i det här sammanhanget den medicinska vetenskapliga forskningen, fast med beaktande av att en viss tröghet måste accepteras med avseende på när försäkringsbolagen kan förväntas anpassa sin riskbedömning efter nya forskningsrön. Det är exempelvis inte rimligt att kräva att försäkringsbolagen ska ändra sina riktlinjer på grund av ny medicinsk forskning, förrän det finns en viss konsensus kring den. *Medicinsk beprövad erfarenhet* är sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accepterat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagens professionella erfarenhet. Här avser vi i första hand försäkringsbolagets eventuella egen erfarenhet i förhållande till den aktuella försäkringsprodukten och det försäkrade kollektivet. Det kan exempelvis handla om bolagets egen sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering. Här är det viktigt att framhålla att det måste vara erfarenhet som kan styrkas, eftersom det alltid är upp till försäkringsbolaget att visa att det har funnits särskilda skäl att neka försäkring.

I kapitel 7 ovan, har vi beskrivit hur försäkringsbolagens riskbedömningar går till. Som framgår där, är *försäkringsmedicinska riktlinjer* ett centralt instrument för försäkringsbolagen vid riskbedömningen. I praktiken måste därmed försäkringsbolagen vid beslut att neka försäkring, kunna visa att de riskbedömningsriktlinjer som har använts som en del av beslutsunderlaget är uppdate-

rade i enlighet med *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet och försäkringsmässigt kunnande* i den mening som angetts ovan.

14.2.2 Försäkringsmedicinska riktlinjer får bara användas som hjälpmedel för individuella bedömningar

Som också har framgått i kapitel 12 ovan, innebär kontraheringsplikten att varje beslut att helt eller delvis neka någon en personförsäkring på grund av dennes hälsotillstånd, ska ha baserats på en *individuell bedömning* av förutsättningarna i det enskilda fallet. Såsom vi har utvecklat närmare i det kapitlet, betyder det att försäkringsbolaget har ett *utredningsansvar* när det gäller den försäkringssökandes hälsotillstånd. Utredningsansvaret innebär i korthet att försäkringsbolaget i varje enskilt fall måste ta reda på och beakta de individuella hälsofaktorer som kan inverka på bedömningen av ansökan. De försäkringsmedicinska riktlinjer som tillämpas måste därmed vara konstruerade, och tillämpas, så att de förutsätter att försäkringsbolagen ska fullgöra det utredningsansvaret i förhållande till varje försäkringssökande. Riktlinjerna ska på så sätt utgöra ett *hjälpmedel* för de individuella bedömningar som måste göras i varje enskilt fall.

Om försäkringsbolagen använder sig av försäkringsmedicinska riktlinjer som rekommenderar vissa beslut på alltför schablonmässiga grunder kan detta alltså leda till en hantering av ansökningar som i praktiken strider mot kontraheringsplikten.

14.2.3 Försäkringsmedicinska riktlinjer och återförsäkring

Vissa försäkringsbolag har utvecklat egna försäkringsmedicinska riktlinjer för riskbedömningen. De försäkringsbolag som har återförsäkring för sina personförsäkringsprodukter använder däremot normalt försäkringsmedicinska riktlinjer som har tagits fram av återförsäkringsbolaget i fråga. Det förekommer också att mindre försäkringsbolag lägger ut hela eller delar av sin praktiska riskbedömningsverksamhet på ett återförsäkringsbolag. Då tillämpar återförsäkringsbolaget sina egna riskbedömningsriktlinjer, eventuellt i kombination med riktlinjer som försäkringsbolaget har tagit fram.

Mot den här bakgrunden är det viktigt att framhålla att det alltid är det försäkringsbolag som tillhandahåller en sökt personförsäk-

ring som ytterst är ansvarigt för att kontraheringsplikten uppfylls. Detta gäller alltså även om bolaget har lagt ut riskbedömningen på, eller tillämpar försäkringsmedicinska riktlinjer som tagits fram av, ett återförsäkringsbolag. Det är alltså alltid upp till försäkringsbolaget att visa att riskbedömningen av en viss ansökan som har nekats helt eller delvis, har baserats på ett beslutsunderlag som håller tillräckligt hög kvalitet. Ett försäkringsbolag kan aldrig motivera ett beslut att neka försäkring genom att hänvisa till att man har tillämpat försäkringsmedicinska riktlinjer som har tillhandahållits av ett återförsäkringsbolag eller att återförsäkringsbolaget har rekommenderat en viss bedömning.

14.2.4 Hur kvalitetssäkras försäkringsmedicinska riktlinjer?

Under utredningens intervjuer har det framgått att de försäkringsbolag som har egna försäkringsmedicinska riktlinjer, och de återförsäkringsbolag som tillhandahåller riktlinjer eller sköter riskbedömning helt eller delvis åt något försäkringsbolag, arbetar i varierande utsträckning och på olika sätt för att säkerställa att riktlinjerna hålls uppdaterade vad gäller nya medicinska rön.

I allmänhet får bolagen information om ny medicinsk forskning och annan utveckling genom sina rådgivande läkare. Här kan det noteras att vissa bolag kräver att de rådgivande läkarna ska vara kliniskt aktiva och/eller att de ska ägna sig åt medicinsk forskning, medan andra bolag har läkare som är heltidsanställda inom bolaget eller anlitar pensionerade läkare.

Vidare har merparten av riskbedömarna hos försäkringsbolagen medicinsk högskoleutbildning, och hos de flesta bolag fortbildas riskbedömarna också kontinuerligt genom deltagande vid medicinska konferenser, seminarier, föreläsningar m.m. Riskbedömarna följer därigenom den medicinska forskningen och utvecklingen, och kan föreslå ändringar i riktlinjerna. Hur mycket som satsas på fortbildning av riskbedömare varierar, och beror naturligtvis på resurser och andra förhållanden inom det aktuella bolaget.

Det förekommer också att försäkringsbolag, framför allt större bolag, och återförsäkringsbolag själva ordnar seminarier där de bjuder in specialister för att föreläsa inom medicinska områden där de anser att de behöver utveckla sin kompetens.

14.2.5 Utredningens iakttagelser angående försäkringsbolagens beslutsunderlag

Kvaliteten på de försäkringsmedicinska riktlinjerna

I allmänhet anser vi att försäkringsbolagen är väl medvetna om att kontraheringsplikten i princip kräver att de kan visa att de har vetenskapliga belägg för beslut att neka försäkring. Vi har samtidigt noterat att försäkringsbolagen och återförsäkringsbolagen arbetar i varierande utsträckning och på olika sätt för att säkerställa att riktlinjerna hålls uppdaterade när det gäller ny medicinsk forskning. Det är inte möjligt för oss att bedöma om det arbete som olika bolag lägger ner i det avseendet är tillräckligt, eller om de riktlinjer som tillämpas är tillräckligt uppdaterade. Hur bolagen lever upp till kontraheringspliktens krav i detta avseende får, i förekommande fall, bli föremål för prövning vid en framtida rättstillämpning. Vi kan däremot konstatera att det förhållandet att försäkringsbolagens praxis när det gäller att hålla riktlinjer uppdaterade varierar så pass mycket, tyder på ett behov av förbättrade rutiner hos vissa bolag i det avseendet. Mot den bakgrunden, och med hänsyn till att höga krav måste ställas på riktlinjernas kvalitet, bedömer vi att det åtminstone hos vissa försäkringsbolag, finns ett behov av ökad medvetenhet avseende vikten av att försäkringsmedicinska riktlinjer kontinuerligt hålls uppdaterade i förhållande till vad som vid varje tidpunkt anses vara medicinsk vetenskap i försäkringssammanhang.

Användningen av försäkringsmedicinska riktlinjer och kravet på en individuell bedömning

Under vår kartläggning har vi sett exempel på situationer där vi anser att utformningen och användningen av försäkringsmedicinska riktlinjer som en viktig del av beslutsunderlaget kan motverka individuella bedömningar av försäkringsansökningar. För att vi ska kunna ge exempel på detta, är det nödvändigt för oss att till viss del gå in på medicinska frågor. Nedanstående exempel ska därför bara ses som en illustrering av de resonemang angående kontraheringspliktens tillämpning som vi fört ovan.

Något som vi har stött på som vanligt förekommande är riktlinjer som rekommenderar undantagsklausul för s.k. atopiskt

eksem, och även ibland astma och allergi, om en ansökan om barnförsäkring innehåller uppgift om att barnet har torr hud som har behandlats med kortisonsalva. Som vi har utvecklat närmare ovan (se avsnitt 13.2.4), anser vi att försäkringsbolagets utredningsansvar innebär att bolaget inte i sådana fall kan göra undantag för atopiska sjukdomar i försäkringsavtalet, utan att först ta reda på mer information om de uppgivna hudbesvären. Genom exempelvis ett frågeformulär bör försäkringsbolaget alltså efterfråga ytterligare uppgifter, för att kunna bedöma om den torra huden är atopiskt eksem, eller på goda grunder kan misstänkas vara det. Om en sådan individuell bedömning motverkas av vad som föreskrivs i de försäkringsmedicinska riktlinjerna, riskerar försäkringsbolaget att handla i strid mot kontraheringsplikten.

Utredningen har å andra sidan även sett exempel på när försäkringsmedicinska riktlinjer används på ett sätt som främjar en individuell, men ändå enhetlig, bedömning. Ett sådant exempel, som är gemensamt för de flesta försäkringsbolag, är riktlinjer för hantering av försäkringssansökningar från personer med diabetes. I dessa fall innebär de riktlinjer som tillämpas, enligt vår erfarenhet, att bolagen ska ta reda på en mängd olika faktorer när det gäller den försäkringssökandes individuella hälsotillstånd. Faktorer av betydelse för bedömningen är bl.a. vilken typ av diabetes det rör sig om, medicinering, vid vilken ålder den försäkringssökande fick sjukdomen och sjukdomens duration vid ansökningstillfället samt eventuella följsjukdomar. Därutöver efterfrågar man en mängd olika värden som ger en bild av hur välreglerad sjukdomen är hos personen i fråga och hur hälsan i övrigt ser ut. Utifrån dessa parametrar rekommenderar riktlinjerna sedan hur försäkringsansökan bör hanteras. Ofta kan en person med diabetes få en försäkring som ger ersättning för både ekonomisk och medicinsk invaliditet vid sjukdom, men mot en förhöjd premie, som är olika hög beroende på hur sjukdomsbilden ser ut.

Sammanfattningsvis anser utredningen att det finns ett visst behov av ökad medvetenhet hos försäkringsbolagen när det gäller att försäkringsmedicinska riktlinjer ska utformas och användas på ett sätt som förutsätter att försäkringsbolagen tar sitt utredningsansvar i varje enskilt ansökningsärende.

Försäkringsmedicinska riktlinjer och återförsäkring

Det är vidare utredningens bedömning att försäkringsbolagen numera är helt medvetna om att det är försäkringsbolagen, och inte ett eventuellt återförsäkringsbolag, som bär ansvaret i förhållande till den försäkringssökande för att de riskbedömningar som görs uppfyller kontraheringspliktens krav. Detta gäller även för de försäkringsbolag som har lagt ut hela det praktiska arbetet med riskbedömning på ett återförsäkringsbolag. Trots detta, uppfattar vi att de försäkringsbolag som använder sig av försäkringsmedicinska riktlinjer från ett återförsäkringsbolag, i praktiken till stor del förlitar sig på återförsäkringsbolaget vad gäller att hålla riktlinjerna uppdaterade. Vi noterar att det innebär att ett försäkringsbolag som använder sig av försäkringsmedicinska riktlinjer från ett återförsäkringsbolag, i hög utsträckning är beroende av återförsäkringsbolaget för att leva upp till kontraheringsplikten. Samtidigt är det alltid försäkringsbolagets skyldighet att säkerställa att kontraheringsplikten följs.

14.3 Försäkringsbolagens beslutsmotiveringar

14.3.1 Beslut att neka personförsäkring ska motiveras på ett begripligt sätt

När kontraheringsplikten tillkom infördes som framgått samtidigt en möjlighet för den försäkringssökande att vända sig till domstol vid missnöje med försäkringsbolagets beslut. En sådan talan ska 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 ska göra för att få beslutet prövat (16 kap. 7 § andra stycket FAL). Väcks inte talan inom denna tid, är rätten att föra talan förlorad. Enligt lagstiftningsmotiven innebär detta att försäkringsbolaget måste motivera ett beslut att inte meddela en personförsäkring till de villkor som normalt gäller för försäkringen i fråga på ett sätt som den försäkringssökande kan förstå (se prop. 2003/04:150 s. 247). I motiven angavs inte närmare vad en sådan beslutsmotivering kunde förväntas innehålla.

14.3.2 Vad är en begriplig beslutsmotivering?

I ljuset av den tolkning av kontraheringsplikten som vi har redovisat ovan (se kapitel 12), anser utredningen att försäkringsbolaget ska motivera ett beslut att neka försäkring genom att förklara *vilka uppgifter om den försäkringssökandes hälsa som bolaget har beaktat och varför* dessa uppgifter medför att den sökta personförsäkringen inte kan beviljas, dvs. *vilka försäkringsmässiga skäl* som har legat till grund för beslutet. Enbart en hänvisning till ett yttre förhållande, såsom en viss sjukdom eller liknande, är i regel inte en tillräcklig motivering. Meningen kan samtidigt inte vara att ett försäkringsbolag i motiveringen ska gå in i sådan medicinsk detalj att förklaringen blir alltför komplicerad eller att bolaget i onödan ska ange känsliga detaljer. Det viktiga är att motiveringen formuleras så att det blir *tydligt och begripligt för den ordinäre försäkringssökande varför hälsotillståndet hos den som ska försäkras gör att den sökta försäkringen inte kan beviljas*. Längden av och innehållet i en sådan motivering kan naturligtvis variera beroende på den sökta försäkringen och den försäkringssökandes situation.

Att det ska handla om *försäkringsmässiga skäl* innebär att bolaget måste förklara vilka försäkringsmässiga risker som bolaget anser kan förknippas med hälsotillståndet hos den försäkringssökande. Det betyder inte att bolaget i motiveringen till den försäkringssökande måste hänvisa till exempelvis medicinska vetenskapliga artiklar eller studier, eller ange statistiska eller andra beräkningar som legat till grund för beslutet. Däremot bör försäkringsbolaget i beslutsmotiveringen ange att det finns sådana belägg för den försäkringsmässiga riskbedömningen.

I motiveringen till den försäkringssökande behöver bolaget inte heller gå närmare in på affärsmässiga eller företagsekonomiska överväganden.

14.3.3 Försäkringsbolagens syn

I princip samtliga försäkringsbolag som har ingått i utredningens kartläggning har uppgett att de, efter kontraheringspliktens införande, har fått en betydligt större medvetenhet kring vikten av tydliga beslutsmotiveringar som grundas på medicinsk fakta och forskning. Försäkringsbolagen framhåller att de strävar efter att göra be-

dömningar som de kan stå för och motivera dessa på ett sätt som blir tydligt och begripligt, såväl för den försäkringssökande, som i förhållande till media. Mediabevakningen har enligt försäkringsbolagen gjort att de har blivit bättre på att se över sina processer, bedömningar och motiveringar, vilket de ser som positivt.

Enligt försäkringsbolagen läggs i dag betydligt större kraft på att kommunicera på ett bra sätt med den försäkringssökande i de fall försäkring inte beviljas till normala villkor, än vad som var fallet runt den tiden då kontraheringsplikten infördes. Här ingår beslutsmotiveringarna som ett viktigt led, men ett antal försäkringsbolag berättar också om att de infört flera andra åtgärder för att den försäkringssökande ska förstå grunderna för ett sådant beslut. Vissa försäkringsbolag har exempelvis infört att en försäkringssökande som helt eller delvis nekas försäkring, alltid rings upp av en riskbedömare som förklarar skälen för beslutet. Ett sådant telefonsamtal äger hos vissa försäkringsbolag rum innan brevet med beslutet skickas ut, och hos vissa som en uppföljning till brevet.

Försäkringsbolagen framhåller att de med sina motiveringar alltid försöker förklara orsaken till att försäkring inte kan beviljas till normala villkor. Samtidigt menar bolagen att det är en svår balans att ge tillräckligt detaljerad information till den försäkringssökande, utan att informationen skrämmer upp denne vad gäller risk för framtida ohälsa. Försäkringsbolagen betonar här skillnaden mellan försäkringsmedicin och klinisk medicin. Medan försäkringsmedicinen går ut på att identifiera framtida risker, fokuserar klinisk medicin på behandling av det aktuella hälsotillståndet, och de behandlande läkarna försöker i allmänhet ge så positiva besked om framtiden som möjligt. Detta märks, enligt försäkringsbolagen, inte minst när det gäller barn, särskilt barn som föds för tidigt. I de fallen har föräldrarna ofta fått positiva besked angående barnet från sjukvården, och har därför svårt att acceptera försäkringsbolagets bedömning att barnet löper risk för framtida ohälsa. Även vuxna försäkringssökande kan, enligt försäkringsbolagen, ha svårt att ta till sig bolagets bedömning av framtida hälsorisker, om dessa inte har lyfts fram på samma sätt av behandlade läkare.

14.3.4 Utredningens iakttagelser angående försäkringsbolagens beslutsmotiveringar

Utredningens erfarenhet är att utformningen av beslutsmotiveringar när en personförsäkring nekas skiljer sig mycket mellan försäkringsbolagen. Vissa bolag skriver ganska långt och resonerande om vilka hälsofaktorer som har beaktats och varför försäkring inte kan beviljas. Utredningens allmänna uppfattning är samtidigt att det är vanligare att beslutsmotiveringarna formuleras mer schablonmässigt, både när det gäller vilka faktorer som har inverkat på bedömningen, och varför dessa faktorer har medfört att den sökta försäkringen inte kan beviljas.

Avslag på ansökan om barnförsäkring avseende *för tidigt födda barn* (se avsnitt 13.4.5 ovan) är ett område där vi, baserat på det underlag som vi har haft till vårt förfogande, har ansett att försäkringsbolagens beslutsmotiveringar i vissa fall inte är tillräckligt tydliga. Exempel på en motivering som vi har stött på i detta sammanhang, och som vi anser brister i tydlighet, är att ansökan avslås på grund av ”komplikationer vid förlossningen”. I dessa fall menar vi att försäkringsbolaget måste ange vilka komplikationer som man särskilt beaktat, och vilka hälsorisker som man ser på grund av de aktuella komplikationerna. Vi har också noterat att försäkringsbolagen ibland inte redovisar vilka hälsofaktorer som har beaktats, utan i stället bara hänvisar till vilka medicinska journaler som man har tagit del av. De ansökande föräldrarna får då inte tillräcklig information om vilka hälsofaktorer som har beaktats och hur de har bedömts. Att ett försäkringsbolag informerar föräldrarna om att de är välkomna att återkomma med en ny ansökan efter en viss angiven tid (s.k. omprövningstid), vilket är vanligt förekommande, kan heller aldrig heller ersätta en tydlig motivering till varför försäkring inte kan beviljas vid det aktuella ansökningstillfället.

Även när det gäller avslag på grund av en *pågående medicinsk utredning*, vilket är regel både vid ansökan om barnförsäkring som vuxenförsäkring (se avsnitt 13.4.8), har vi sett exempel på motiveringar som vi inte har ansett varit tillräckligt tydliga. Vanligen anges i dessa fall att försäkringen inte kan beviljas ”på grund av pågående utredning”. Det framgår däremot inte varför just de besvär som utreds medför att risken för framtida försäkringsfall är så stor att försäkring inte kan beviljas alls.

Vi har också kunnat iaktta att försäkringsbolagen i vissa fall avslår försäkringsansökningar enbart med motiveringen att den försäkringssökande *har en viss sjukdom eller annat tillstånd*, (exempelvis ett visst BMI-värde). Vi utesluter inte att vissa sjukdomar och andra tillstånd kan vara så allvarliga i sig att det är befogat att helt eller delvis neka försäkring på grund av att de förekommer hos den försäkringssökande. Som motivering till ett avslagsbeslut är det ändå inte tillräckligt att bara hänvisa till förekomsten av en viss sjukdom eller annat hältillstånd. Försäkringsbolaget måste i stället förklara på vilka grunder bolaget har gjort sin bedömning, dvs. vilka specifika hälsofaktorer som har beaktats och vilka försäkringsmässiga risker som gör att den sökta försäkringen inte kan beviljas. Om ett avslag grundas på att den försäkringssökande har en sjukdom eller liknande som enligt försäkringsbolaget är så allvarlig i sig, att bolaget har bedömt att det inte är nödvändigt ta reda på några för den enskilde försäkringssökande individualiserande hälsofaktorer, menar vi att det i vart fall ska framgå av motiveringen att det är så bolaget har resonerat.

Även när det gäller försäkringsbolagens *motiveringar till undantagsklausuler* har vi sett vissa brister. I enlighet med vad som har utvecklats tidigare (se avsnitt 13.2), har försäkringsbolaget alltid rätt att från försäkringen undanta en sjukdom som redan finns vid ansökningstillfället (12 kap. 5 § första stycket 1 FAL). Om ett försäkringsbolag dessutom vill undanta andra eventuella framtida sjukdomar på grund av den försäkringssökandes hälsotillstånd vid ansökningstillfället, måste däremot försäkringsbolaget kunna visa särskilda skäl för det i enlighet med kontraheringspliktens krav. Bolaget måste då också i motiveringen förklara *varför* ett sådant utökat undantag behövs. Det betyder att försäkringsbolaget måste förklara att den försäkringssökandes befintliga hälsotillstånd, enligt bolagets bedömning, innebär en risk att denne även ska drabbas av den sjukdom som undantaget gäller. Enligt utredningens erfarenhet är det inte ovanligt förekommande att ett försäkringsbolag, utan någon närmare förklaring, gör undantag för dels en sjukdom som den försäkringssökande har och direkta följder av den sjukdomen, men även andra sjukdomar eller åkommor. En sådan motivering uppfyller alltså inte kraven enligt lagstiftningen.

14.4 Sammanfattande iakttagelser

Sammanfattningsvis har utredningen fått intrycket att försäkringsbolagen är väl medvetna om att beslut att neka någon en sökt personförsäkring ska grundas på ett beslutsunderlag som är uppdaterat i enlighet med aktuell medicinsk vetenskaplig forskning, samt att det alltid är försäkringsbolaget som bär ansvaret för att kunna visa att så är fallet. Ändå har vi bedömt att de försäkringsbolag som har egna försäkringsmedicinska riktlinjer arbetar i varierande utsträckning med att hålla riktlinjerna uppdaterade med avseende på ny medicinsk forskning och utvecklig.

Vi har också noterat att försäkringsbolag som använder sig av försäkringsmedicinska riktlinjer från ett återförsäkringsbolag, i hög utsträckning är beroende av återförsäkringsbolaget för att leva upp till kontraheringspliktens krav när det gäller uppdaterade riktlinjer.

När det gäller försäkringsbolagens beslutsmotiveringar, anser vi att kontraheringsplikten får anses innebära ett krav på att dessa ska utformas så att det blir *tydligt och begripligt för den ordinäre försäkringsökande varför den sökta försäkringen inte har beviljats*, dvs. vilka *försäkringsmässiga skäl* som har legat till grund för beslutet. Längden av och innehållet i en sådan motivering kan naturligtvis variera beroende på den sökta försäkringen och den försäkringsökandes situation.

Som har framgått ovan, anser vi att försäkringsbolagen är väl medvetna om att beslut att neka någon en personförsäkring ska motiveras på ett begripligt sätt, men att det i praktiken finns brister när det gäller bolagens utformning av beslutsmotiveringar i dessa fall. Vi har sett att försäkringsbolagen i vissa fall inte tillräckligt tydligt anger vilka individuella hälsofaktorer som har beaktats. Vi anser även att bolagen i högre utsträckning än vad som många gånger görs i dag, borde förklara varför de individuella hälsofaktorer som har beaktats medför att försäkring inte kan beviljas i högre utsträckning än vad som gjorts.

15 Försäkringsbolagens användning av inhämtade hälsouppgifter

15.1 Kapitlets innehåll

Enligt utredningens direktiv ska vi, utifrån vår kartläggning, bedöma om det finns anledning att befara att försäkringsbolagen över- eller misstolkar hälsoinformation när en försäkringsansökan prövas och särskilt hur uppgifter från barnhälsovården och elevhälsan inhämtas och behandlas i detta sammanhang. I detta kapitel redovisar vi våra iakttagelser och bedömningar i dessa avseenden.

15.2 Bakgrund

15.2.1 Upplyningsplikt, utredningsansvar och inhämtande av hälsouppgifter

För sina riskkalkyler behöver försäkringsbolaget, som framgått, i regel vissa uppgifter från den försäkringssökande om de förhållanden som försäkringen avser. Vid ansökan om en personförsäkring får därför den som ansöker om försäkring fylla i en s.k. hälsodeklaration, dvs. en blankett med en rad frågor om hälsotillståndet hos den som ska försäkras. Försäkringsbolaget är i det läget beroende av att den som ansöker om en försäkring lämnar fullständiga och korrekta uppgifter. En viktig förpliktelse för den sökande är därför den s.k. *upplyningsplikten*. Upplyningsplikten, som har nämnts tidigare (kapitel 4 och 7), tvingande och följer av 12 kap. 1–4 §§ FAL. Kort sagt innebär den att den försäkringssökande på ett riktigt sätt måste besvara försäkringsbolagets frågor. Till detta hör bland annat att lämna korrekta uppgifter om sitt hälsotillstånd vid ansökan om en personförsäkring. Har den försäkrade lämnat fel-

aktiga uppgifter uppsåtligt, eller av oaktsamhet som inte är ringa, kan denne helt eller delvis fränkännas rätten till försäkringsersättning.

Som också har framgått (se kapitel 12), innebär kontraheringsplikten ett krav på att varje försäkringsansökan ska bedömas på *individuell grund*. Detta innebär att försäkringsbolaget har ett ansvar att utreda hälsotillståndet hos den som ansöker om en personförsäkring. *Utredningsansvaret* innebär att försäkringsbolaget måste ta reda på och beakta de individualiserande hälsotillståndsfaktorer som kan inverka på bedömningen av ansökan. Ibland kan försäkringsbolaget bedöma att det för prövningen av försäkringsansökan behövs sådana uppgifter om hälsotillståndet hos den som ska försäkras, som denne inte själv kan tillhandahålla. Det handlar oftast om uppgifter som finns inom hälso- och sjukvården, i olika slags patientjournaler, men även uppgifter från Försäkringskassan, om bl.a. tidigare sjukskrivning, kan vara av intresse.

Eftersom sådana hälsouppgifter som finns inom sjukvården och övrig offentlig verksamhet normalt är sekretessbelagda, måste den enskilde lämna sitt *samtycke* till att försäkringsbolaget ska få tillgång till uppgifterna. Med stöd av samtycket kan bolaget begära in t.ex. patientjournaler från hälso- och sjukvården eller journalanteckningar från elevhälsan eller barnhälsovården. I det sammanhanget måste försäkringsbolaget beakta det skydd för den försäkrings sökandes personliga integritet som följer av 11 kap. 1 a § FAL. Enligt den bestämmelsen får ett försäkringsbolag begära samtycke till att hämta in uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd endast om det är *nödvändigt* för prövningen av försäkringsansökan.

För att kunna analysera bolagens användning av sådana hälso-uppgifter som hämtas in från andra än den försäkringssökande, är det nödvändigt att förstå innebörden av 11 kap. 1 a § FAL. I det följande behandlar vi därför bakgrunden till och betydelsen av den bestämmelsen samt hur den förhåller sig till bestämmelsen i 11 kap. 1 § om kontraheringsplikt för personförsäkringar. Därefter går vi närmare in på hur försäkringsbolagen inhämtar och behandlar hälso-uppgifter vid tillämpning av kontraheringsplikten.

15.2.2 Bakgrunden till 11 kap. 1 a § FAL

Försäkringsbolagens tillgång till och hantering av främst journaluppgifter ifrågasattes under en längre tid i början av 2000-talet, framför allt av integritetsskäl. I en framställning till regeringen i december 2002 kritiserade Statens medicinsk-etiska råd försäkringsbolagens hantering av journaluppgifter. Rådet föreslog att regeringen bl.a. skulle utreda förutsättningarna för att begränsa den möjligheten som försäkringsbolagen då hade, att använda s.k. generella samtycken (eller generella fullmakter, som det ofta kallades). Enligt den då rådande ordningen var det vanligt att försäkringsbolagen begärde in ett generellt samtycke från den försäkringssökande vid ansökan om en individuell personförsäkring. Detta skedde normalt i samband med att den försäkringssökande fyllde i hälso-deklarationen. Samtyckena var inte tidsbegränsade eller begränsade till något visst syfte och innehöll i regel inga inskränkningar beträffande vilka sjukvårdsinrättningar och andra offentliga inrättningar som bolagen hade rätt att vända sig till. Fullmakterna täckte vanligen även inhämtande av hälsoupplýsningar vid framtida skadereglering (se Ds 2005:13 s. 10).

Mot bakgrund av bl.a. framställningen från Statens medicinsk-etiska råd lämnade Justitiedepartementet i uppdrag åt en sakkunnig person att biträda departementet med en analys av försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler. Arbetet redovisades i departementspromemorian *Försäkringsbolags tillgång till patientjournaler* (Ds 2005:13). Promemorian bearbetades därefter i Justitiedepartementet och det arbetet resulterade i en promemoria med utkast till lagrådsremiss. Efter yttrande av Lagrådet lämnade regeringen i juni 2010 fram förslag till lagändringar i prop. 2009/10:241.

I enlighet med förslagen i propositionen, skärptes möjligheterna för försäkringsbolagen att begära samtycke till att hämta in hälsouppgifter. Lagändringen trädde i kraft den 1 juli 2011 genom en ny bestämmelse i FAL – nu gällande 11 kap. 1 a §. Enligt den bestämmelsen förändrades reglerna angående formerna för försäkringsbolagens inhämtande av hälsouppgifter från hälso- och sjukvården samt andra offentliga inrättningar.

15.2.3 Innebörden av 11 kap. 1 a § FAL

Enligt 11 kap. 1 a § FAL får, som nämnts, ett försäkringsbolag bara begära samtycke till att hämta in uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd om det är *nödvändigt* för prövningen av försäkringsansökan. Det samtycke som lämnas ska vidare vara begränsat till att endast gälla för ett visst syfte, nämligen för att pröva en försäkringsansökan. I den mån försäkringsbolaget i framtiden i samband med t.ex. en skadereglering skulle behöva samla in nya hälsouppgifter krävs det alltså att ett nytt samtycke inhämtas. Av bestämmelsen följer också att samtycket ska lämnas på en av försäkringsbolaget särskilt upprättad handling och att det ska framgå av den handlingen att samtycket är begränsat till att gälla under prövningen av ansökan. Försäkringsbolaget ska även, i samband med att samtycke begärs, informera om innebörden att samtycke ges och vilken betydelse som samtycket har för prövningen av ansökan. Med stöd av ett sådant avgränsat samtycke från den ansökande kan alltså försäkringsbolaget begära in exempelvis patientjournaler från hälso- och sjukvården.

Enligt motiven syftade den nya bestämmelsen i 11 kap. 1 a § FAL till att förstärka integritetsskyddet för enskilda på försäkringsområdet. Lagändringen skulle säkerställa att försäkringsbolagen inte slentrianmässigt kunde begära samtycke till att få samla in hälsouppgifter, utan att bolagen bara skulle begära sådant samtycke när uppgifterna verkligen behövdes för försäkringsbolagets bedömning. Lagändringen syftade även till att samtycket skulle lämnas frivilligt och bygga på tillräcklig information (se prop. 2009/10:241 s. 26 ff.). I motiven betonades att om försäkringsbolaget inte utifrån exempelvis uppgifter i hälsodeklarationen kan påvisa att ytterligare hälsouppgifter krävs från försäkringsteknisk eller medicinsk utgångspunkt, bör samtycke över huvud taget inte begäras av den enskilde. Regeringen bedömde att bestämmelsen skulle få särskild betydelse för hälsouppgifter som gäller barn (se prop. 2009/10:241 s. 26 ff.).

15.2.4 Särskilt angående inhämtande av hälsouppgifter från barnhälsovården och elevhälsan

I jämförelse med de patientjournaler som förs inom sjukvården, utmärker sig journalanteckningar inom barnhälsovården och elevhälsan¹ på det sättet att de förs i hälsoövervakande, dvs. i friskvårdande och förebyggande, syfte. Det var mot den bakgrunden som Statens medicinsk-etiska råd och andra organ med anknytning till hälso- och sjukvården i samband med det lagstiftningsarbete som ledde fram till den nya bestämmelsen i 11 kap. 1 a § FAL, särskilt påtalade risken för att sådana journalanteckningar skulle övertolkas av försäkringsbolagen. När den nya bestämmelsen infördes framhöll också regeringen, som redan har nämnts, att bestämmelsen skulle få särskild betydelse för hälsouppgifter som gäller barn.

15.2.5 Andra regelverk av betydelse för försäkringsbolagens hantering av hälsoinformation

Försäkringsbolags hantering av hälsouppgifter omfattas även av personuppgiftslagens (1998:204) bestämmelser (prop. 2009/10:241 s. 18 f.). Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) omfattar däremot inte försäkringsbolagen och deras hantering av t.ex. patientjournaler. Detta innebär att det inom försäkringsområdet saknas regler som rör allmän tystnadsplikt om enskildas personliga förhållanden (se SOU 2009:96 s. 392). Anställda i försäkringsbolag omfattas därmed inte av någon författningsreglerad tystnadsplikt vad gäller exempelvis hälsouppgifter avseende dem som ansöker om försäkring (prop. 2009/10:241 s. 21). Samtidigt har alla bolag tydliga interna riktlinjer hur denna typ av material ska hanteras och försäkringsbolagen tillämpar utan direkt stöd i lag en strikt tystnadsplikt för inhämtade uppgifter.² Försäkringsbranschen har också, genom branschorganisationen Svensk Försäkring, antagit etiska

¹ Med *barnhälsovård* avses vanligtvis den förebyggande vård som barn får hos landets barnavårdscentraler. Vid centralerna utförs bl.a. ett antal hälsoundersökningar under barnens första levnadsår och därefter med vissa tidsintervall, t.ex. 4-års kontroll. *Elevhälsan* (tidigare vanligen benämnt *skolhälsovården*) kan sägas omfatta de medicinska insatserna inom elevvården i vid bemärkelse. Den är en del av såväl den allmänna hälso- och sjukvården som skolväsendet (se Ds 2005:13 s. 74 f.).

² Se SOU 2009:96 s. 395 och Rapport från riksdagen 2012/13:RFR6, *Kontraheringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar*, s. 44 f.

rekommendationer för hur journaluppgifter och annan hälsoinformation ska skyddas.³ Rekommendationen kompletterar det lagstadgade regelverk kring gallring av handlingar m.m. som finns i personuppgiftslagen (1998:204). Rekommendationen innehåller bestämmelser om bl.a. utformningen av samtycke till att samla in hälsouppgifter, sekretessförbindelser, gallring av hälsouppgifter samt mängden information som får samlas in. Enligt rekommendationen ska försäkringsbolagen se till att en tydlig sekretessförbindelse avseende uppgifter om enskilda personers hälsa undertecknas av anställda samt övriga som kan komma att hantera sådana uppgifter.

I en departementspromemoria från 2011 (Ds 2011:7) finns förslag om att införa en bestämmelse i FRL om generell tystnadsplikt för försäkringsbolagen. Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

15.2.6 Integritetsskyddet enligt 11 kap. 1 a § begränsar inte försäkringsbolagens utredningsansvar

Det utredningsansvar för försäkringsbolagen som följer av kontraheringsplikten, innebär som nämnts att bolagen ska klargöra och ta reda på de uppgifter om den försäkringssökandes hälsa som kan ha betydelse för prövningen av försäkringsansökan. Eftersom upplysningsplikten i FAL har formulerats som en svarsplikt, ankommer det till att börja med på försäkringsbolaget att formulera frågorna i hälsodeklarationen så att svaren så långt som möjligt ger de upplysningar som behövs (se prop. 2003/04:150 s. 265). Därefter är det upp till bolaget att bedöma om kompletterande hälsouppgifter behövs. I det läget har bolaget att förhålla sig till det integritetsskydd som följer av 11 kap. 1 a §, och får därmed alltså bara begära samtycke för att hämta in sådana hälsouppgifter som är nödvändiga för prövningen av ansökan. Här är det viktigt att framhålla att detta inte utgör något hinder mot att försäkringsbolagen fullgör det utredningsansvar som följer av kontraheringsplikten, eftersom uppgifter som har betydelse för bedömningen av om en ansökan kan beviljas eller inte, måste anses vara nödvändiga för prövningen.

³ Rekommendation om behandling av personuppgifter om hälsa inom försäkringsbranschen, antagen av Försäkringsförbundets styrelse den 7 oktober 2009. Rekommendationen är fortfarande giltig i den mån den inte är i konflikt med ändringarna i FAL.

15.3 Statistik angående försäkringsbolagens inhämtande av hälsouppgifter

I den enkätundersökning som utredningen har genomfört i förhållande till försäkringsbolagen, ställdes bl.a. frågor om hur ofta bolagen begärde samtycke från den försäkringssökande för att hämta in hälsouppgifter från andra.

I kapitel 11 (avsnitt 11.3) har vi redovisat resultatet av enkätundersökningen. Där framgår att försäkringsbolagen, vid ansökningar om barnförsäkring år 2013 inhämtade hälsouppgifter efter samtycke i 2 procent av alla ansökningar (totalt antal inkomna ansökningar var 97 586), och att bolagen bara i 0,1 procent av alla ansökningar begärde in uppgifter från barnhälsovården/elevhälsan. Vid ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna samma år inhämtades uppgifter efter samtycke i 3 procent av alla ansökningar (totalt antal inkomna ansökningar var 38 116). När det gällde ansökningar om sjukförsäkring för vuxna inhämtades uppgifter efter samtycke i 29 procent av alla ansökningar (totalt antal inkomna ansökningar var 2 942).

Försäkringsbolagen hämtade alltså in hälsouppgifter efter samtycke i en mycket liten andel av alla ansökningar när det gällde barnförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. Att uppgifter oftare inhämtades vid ansökningar om sjukförsäkringar för vuxna kan ha flera olika förklaringar. En förklaring är, enligt vår bedömning (som också har bekräftats av företrädare för försäkringsbranschen), att en sjukförsäkring normalt ger ersättning vid såväl tillfällig som långvarig nedsättning av arbetsförmågan hos den försäkrade, och att det i vissa fall kan bli fråga om höga ersättningsbelopp. Detta ska jämföras med de kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringarna för vuxna, samt barnförsäkringarna, som ger ersättning först vid ekonomisk invaliditet hos den försäkrade, dvs. om denne bedöms ha en bestående nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften. Försäkringsbolaget kan mot den bakgrunden ha ett större behov av att få god insyn i eventuella hälsoproblem vid ansökan om en sjukförsäkring, jämfört med de två andra försäkringstyperna.

15.4 Försäkringsbolagens allmänna syn

Utredningen har tagit del av försäkringsbolagens syn på frågan om inhämtande av hälsouppgifter vid de intervjuer som utredningen har hållit (en sammanfattning av intervjuerna finns i Bilaga 4 till betänkandet). Frågan om inhämtande av uppgifter har också diskuterats med försäkringsbolagen vid de besök som utredningen har genomfört hos ett antal bolag, då utredningen också har granskat ett slumpmässigt urval av försäkringsansökningar.

Enligt försäkringsbolagen, hade lagändringen 2011 stor inverkan på deras praxis vad gäller inhämtande av hälsoinformation efter samtycke. Enligt bolagen hämtade man innan 2011 mer schablonmässigt in hälsouppgifter från exempelvis hälso- och sjukvården vid ansökningar om personförsäkringar. När sedan lagen ändrades 2011, blev man till att börja med väldigt restriktiv med att begära samtycke för att hämta in hälsouppgifter. Detta var, enligt försäkringsbolagen, en bidragande orsak till att det började ifrågasättas om bolagen gjorde tillräckligt individuella bedömningar vid prövningen av försäkringsansökningar. Enligt försäkringsbolagen var det däremot inte särskilt vanligt, ens före lagändringen 2011, att man begärde in hälsouppgifter från barnhälsovården eller elevhälsan.

Försäkringsbolagen uppger i allmänhet att de anser att deras praxis när det gäller inhämtande av hälsouppgifter under senare tid reflekterar en balanserad avvägning mellan kravet på en individuell bedömning enligt 11 kap. 1 § FAL, och integritetsskyddet enligt 11 kap. 1 a § i samma lag. Försäkringsbolagen menar att de diskussioner kring vikten av en individuell bedömning som har förts i media och i andra sammanhang, samt internt inom bolagen, har gjort att man inte längre är lika restriktiv med att begära samtycke för att hämta in hälsouppgifter. Enligt bolagen begär man i dag samtycke till att hämta in hälsouppgifter i samtliga de ansökningsärenden där man anser att det krävs för en individuell prövning av ansökan.

15.5 När begärs samtycke för inhämtande av hälsouppgifter och hur används uppgifterna?

15.5.1 Allmänt

Genom de intervjuer som utredningen har hållit med berörda försäkringsbolag, och utredningens granskning av slumpvis utvalda ansökningsärenden, har det framgått att bolagen brukar begära den försäkringssökandes samtycke för att hämta in hälsouppgifter från andra i ett antal typsituationer. Nedan beskriver vi till att börja med de här olika typsituationerna och hur de inhämtade hälsouppgifterna normalt användas av försäkringsbolagen i sådana fall. Beskrivningen syftar till att ge en bild av vad som är allmän praxis inom branschen i dessa avseenden.

I nästa avsnitt redovisar vi vår syn på försäkringsbolagens praxis när det gäller inhämtande och användning av hälsouppgifter.

15.5.2 För tidigt födda barn

Diskussionen i media och andra sammanhang kring individuella bedömningar vid ansökningar om personförsäkringar, har ofta kretsat kring barnförsäkring, och då särskilt ansökningar rörande för tidigt födda barn⁴. I de sammanhangen har i bland försäkringsbolagens praxis när det gäller inhämtande av hälsouppgifter från vårdgivare och andra diskuterats.⁵

Som redan har nämnts ovan (se avsnitt 13.4.5), menar försäkringsbolagen att deras behandling av ansökningar rörande för tidigt födda barn har förändrats de senaste åren – att bedömningarna tidigare gjordes mer schablonmässigt, men att ansökningarna i dag prövas på individuell grund. De flesta försäkringsbolag anger att de nu i regel begär samtycke för att hämta in hälsouppgifter vid ansökan

⁴ Enligt gängse medicinska definitioner räknas alla barn som föds före 37:e graviditetsveckans utgång som prematura. Barn födda mellan 33:e och 36:e graviditetsveckan brukar betecknas som för tidigt födda. Barn födda i 29:e till 32:a veckan brukar betecknas mycket för tidigt födda och före vecka 29 som extremt mycket för tidigt födda. För enkelhetens skull används här bara begreppet ”för tidigt född”. Vi syftar då på alla barn som fötts före 37:e graviditetsveckans utgång.

⁵ Se exempelvis civilrättskottets rapport *Kontraheringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar*, 2012/13:RFR6, bl.a. s. 7.

om barnförsäkring för barn som fötts för tidigt.⁶ Det handlar ofta om journaler från förlossningen och angående eventuella medicinska komplikationer efter födseln, samt dokumentation från allmänna utvecklings- och tillväxtkontroller som görs inom sjukvården. Försäkringsbolagen menar att detta är en någonting som behövs för att de ska kunna göra individuella bedömningar i dessa ärenden.

Enligt försäkringsbolagen kan man ibland också vilja se journaler från barnhälsovården för att kunna följa ett barns tillväxt och utveckling efter exempelvis för tidig födsel eller förlossning där det funnits komplikationer som kan påverka barnets utveckling (exempel på sådana komplikationer är syrebrist eller små blödningar i hjärnan). Uppgifter som försäkringsbolagen frågar efter i sådana sammanhang är oftast utvecklingskontroller, vikt- och längdkurvor eller andra uppföljande besök efter exempelvis vård på neonatal-klinik. Detta är enligt bolagen den uteslutande vanligaste anledningen till att man vänder sig till barnhälsovården för att hämta in hälsouppgifter, vilket i sig är väldigt sällan förekommande.

Bolagen menar att inhämtande av journaler och liknande underlag angående för tidigt födda barn också gör att beslut att neka försäkring i förekommande fall kan förklaras på ett bättre sätt för föräldrarna.

Här ska också nämnas att de flesta försäkringsbolag anger att de beviljar försäkring i betydligt högre utsträckning till barn som fötts för tidigt nu, än vad de gjorde för några år sedan.

15.5.3 Neuropsykiatriska diagnoser och psykiska besvär

Tidigare (se avsnitt 13.4.7) har vi också beskrivit hur försäkringsbolagen normalt hanterar ansökningar om personförsäkringar rörande barn och vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (såsom exempelvis autism och ADHD). Som har framgått där, anger försäkringsbolagen att personer med sådana funktionsnedsättningar ofta kan komma i fråga för försäkring om det har visat sig att de kan fungera väl i skolan eller i arbetslivet. För att kunna bedöma detta, menar försäkringsbolagen att det inte sällan är nödvändigt att begära samtycke för att hämta in uppgifter från exem-

⁶ Detta gäller främst för ansökningar som kommer in under småbarnsåren.

pelvis sjukvården. Detta gäller särskilt, enligt försäkringsbolagen, eftersom vuxna personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ibland kan ha svårigheter att själva beskriva sin funktionsnedsättning och hur denna påverkar deras liv. Även utredningens expert från Handikappförbunden/Riksförbundet Attention (en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar) har bekräftat att så är fallet, och att de praktiska svårigheter som kan upplevas i samband med ansökan, kan inverka negativt på möjligheten att få teckna en personförsäkring.

I de få fall som försäkringsbolagen hämtar in uppgifter från elevhälsan rör det sig, enligt bolagen, så gott som alltid om att de vill se hur ett barn med en neuropsykiatrisk diagnos eller misstänkta neuropsykiatriska problem (vilket kan yttra sig exempelvis genom problem med språk och/eller inlärning) fungerar i skolan. I dessa fall är det skolan som avgör vilka handlingar som ska skickas till försäkringsbolaget, och ofta skickas hela elevhälsojournalen.

Enligt försäkringsbolagen kan man också vid olika slags psykiska besvär (såsom depression och utbrändhet) också behöva hämta in hälsouppgifter från andra än den försäkringssökande själv för att få en rättvisande bild av hälsotillståndet och hur detta påverkar personen i fråga.

15.5.4 Barn som adopterats från andra länder än Sverige

Enligt de flesta försäkringsbolag, förekommer det att man med föräldrarnas samtycke begär in kompletterande hälsouppgifter för ett barn som har fötts utanför Sverige (eller i vissa fall Norden), trots att hälsodeklarationen inte antyder några särskilda hälsobesvär hos barnet. Försäkringsbolagen anger att de gör en samlad bedömning när det gäller behovet av kompletterande hälsouppgifter, utifrån barnets ålder, ursprungsland och hur länge barnet har varit i Sverige, samt hur mycket information om barnets hälsa som föräldrarna har fått från ursprungslandet.

I de fall försäkringsbolaget bedömer att kompletterande hälsouppgifter behövs, hämtar man med föräldrarnas samtycke i regel in de dokument som upprättats vid den läkarundersökning som görs vid den obligatoriska "adoptivbarnskontrollen" och, i förekommande fall, handlingar från barnhälsovården.

15.5.5 Komplexerade hälsotillstånd

Enligt försäkringsbolagen begärs i regel samtycke för att hämta in hälsouppgifter, om den försäkringssökande har ett hälsotillstånd som är av så pass komplexerad eller allvarlig karaktär att medicinsk expertis krävs för riskbedömningen. Exempel på sådana sjukdomar är bl.a. cancer- och hjärtsjukdomar samt olika neurologiska sjukdomar (såsom t.ex. MS). I sådana fall kan försäkringsbolaget vilja ta del av uppgifter om blodprov, röntgensvar, objektiva kontroller samt andra undersökningar som gjorts inom sjukvården. Syftet med att hämta in uppgifter är att få information om sådant som den försäkringssökande själv inte kan svara på, för att kunna bedöma hur allvarligt hälsotillståndet är och om det kan finnas samband med andra sjukdomar eller besvär.

15.5.6 Effekter av medicinering eller annan behandling

I vissa fall kan det finnas behov hos försäkringsbolagen av att hämta in uppgifter för att kunna bedöma hur medicinering eller annan behandling inverkar på hälsotillståndet. Exempelvis hämtar bolagen normalt in uppgifter från sjukvården när det gäller försäkringssökande med diabetes för att kunna bedöma faktorer som kan ha stor betydelse för beräkning av risken, exempelvis hur välreglerad sjukdomen är och har varit över tid, och om det finns andra riskfaktorer kopplade till sjukdomen.

15.6 Utredningens bedömningar och synpunkter

15.6.1 Försäkringsbolagens inhämtande av hälsouppgifter

Som har framgått ovan, hämtade försäkringsbolagen 2013 bara in hälsouppgifter efter samtycke i 2 procent av ansökningarna om barnförsäkring samt i 3 procent av ansökningarna om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. Vad gäller barnförsäkringar var det dessutom bara i 0,1 procent av ansökningarna 2013 (dvs. knappt 100 ansökningar) som uppgifter om barnet hämtades in från barnhälsovården eller elevhälsan. När det gäller sjukförsäkringarna visar statistiken från 2013 att det var vanligare att försäkringsbolagen

hämtade in hälsouppgifter – uppgifter inhämtades i 29 procent av ansökningarna.

Statistiken talar alltså för att det är som försäkringsbolagen har framhållit, nämligen att den lagändring som trädde i kraft 2011 har lett till en balanserad men ganska restriktiv praxis när det gäller begäran om samtycke för inhämtande av hälsoinformation. Att samtycke begärdes i cirka en tredjedel av ansökningarna om sjukförsäkring för vuxna är, som redan har angetts ovan, inte anmärkningsvärt, med tanke på att en sjukförsäkring normalt ger ersättning vid såväl tillfällig som långvarig nedsättning av arbetsförmågan hos den försäkrade, och att det i vissa fall kan bli fråga om höga ersättningsbelopp.

Som framgått är det också ytterst sällan som bolagen hämtar in journalanteckningar från barnhälsovården och elevhälsan. I de fall som det förekommer är det, enligt uppgift från bolagen, främst i syfte att följa tillväxt och utveckling efter exempelvis för tidig födsel eller förlossningskomplikationer, eller för att kunna bedöma hur barn med neuropsykiatriska diagnoser eller liknande besvär fungerar i skolan. Vi menar att bolagens praxis att, av dessa skäl och i undantagsfall, vilja se på journalanteckningar från barnhälsovården och elevhälsan inte i sig kan kritiserar på något allmänt plan.

Med hänsyn till det ovan angivna, ser utredningen inget skäl att ifrågasätta försäkringsbolagens praxis när det gäller att begära samtycke för inhämtande av hälsouppgifter.

15.6.2 Försäkringsbolagens användning av inhämtande hälsouppgifter

Frågan om huruvida det finns anledning att misstänka att försäkringsbolagen skulle över- eller misstolka de hälsouppgifter som hämtas in, har utredningen bedömt mot bakgrund av den granskning av slumpvis utvalda ansökningsärenden som har genomförts, samt hur försäkringsbolagen har resonerat vid besök och under intervjuer. Här ska det noteras att utredningen hyrde in en läkare med särskild försäkringsmedicinsk kompetens samt en erfaren riskbedömare, att bistå vid granskningen av ansökningsärenden samt under intervjuerna. Även utredningens experter med särskild insyn när det gäller erfarenheter hos vissa mer utsatta grupper av konsu-

menter, har också bidragit med sina iakttagelser avseende bolagens inhämtande och användning av hälsouppgifter i vissa fall.

Till att börja med kan utredningen konstatera att vi under vår granskning av slumpvis utvalda försäkringsansökningar, inte har sett några exempel på att inhämtad hälsoinformation har över- eller misstolkats av försäkringsbolagen. Det ska samtidigt framhållas att utredningen inte genom granskningen har kunnat skaffa sig någon heltäckande bild, eftersom granskningen har avsett ett mycket begränsat urval av de ansökningar om barnförsäkring samt sjukförsäkring och sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna, som kom in till försäkringsbolagen 2013 (se avsnitt 11.4 ovan angående granskningen).

Utredningens expert med särskild erfarenhet när det gäller barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har lyft fram att förutsättningarna för elevhälsans arbete varierar stort över landet, vilket kan bero på hur stor kunskap och erfarenhet som finns hos personal och skolledning. Detta bekräftas även i Skolinspektionens rapport ”Elevhälsa – Elevers behov och skolans insatser” (2015:05). Mot den bakgrunden har utredningens expert framhållit att journalanteckningar från elevhälsan kan vara mer eller mindre lämpliga som beslutsunderlag för försäkringsbolag som ska ta ställning till en försäkringsansökan.

Utredningen konstaterar att det förhållandet att journalanteckningar exempelvis elevhälsan kan vara av varierande kvalitet, är någonting som inte kan hanteras inom ramen för försäkringsavtalsrätten. Det viktiga i det här sammanhanget är att försäkringsbolagen har en medvetenhet kring detta, och behandlar inhämtade uppgifter därefter. Vid utredningens intervjuer med försäkringsbolagen har bolagen också uppvisat en god medvetenhet när det gäller att försiktighet krävs vid användning av inhämtad hälsoinformation, särskilt när det gäller journalanteckningar från barnhälsovården och elevhälsan. Försäkringsbolagen har uppgett att de är medvetna om att innehållet i och kvaliteten hos sådana journalanteckningar kan vara varierande och att anteckningarna ofta är gjorda av personer utan läkarkompetens. Bolagen har också uppgett att detta är ett viktigt skäl till att sådana uppgifter ytterst sällan inhämtas. Enligt uppgift från försäkringsbolagen framgår vidare att beslut att helt eller delvis neka försäkring i regel inte baseras enbart på journalanteckningar från barnhälsovården eller elevhälsan, utan att råd-

givande läkare vanligen konsulteras när det gäller sådana uppgifter, och att dessa ofta kompletteras av vissa uppgifter från sjukvården.

Mot ovan angiven bakgrund, och på det underlag som utredningen har kunnat få fram, har vi inte ansett att det finns någon anledning att befara att det skulle finnas en allmän tendens hos försäkringsbolagen att över- eller misstolka sådan hälsoinformation som inhämtats efter samtycke, vare sig när det gäller uppgifter från hälso- och sjukvården, eller med avseende på sådana uppgifter som i undantagsfall hämtas in från barnhälsovården och elevhälsan. Vi kan däremot konstatera att försäkringsbolagen ibland kan ha behov av att få tillgång till känslig hälsoinformation för sin riskbedömning och att prövningen av en försäkringsansökan kan innebära svåra medicinska och försäkringsmässiga bedömningar. Även i det här sammanhanget är det därför viktigt att påtala att kontraheringsplikten ställer höga krav med avseende på försäkringsbolagens utredningsansvar och det underlag som bolagen baserar sina beslut på. Som vi har beskrivit tidigare (se bl.a. kapitel 12), måste försäkringsbolagen alltid kunna visa att ett beslut att neka försäkring har stöd i aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande. I den mån ett försäkringsbolag har använt inhämtade hälsouppgifter till stöd för sin riskbedömning, måste alltså bolaget ha vetenskapligt och eventuellt erfarenhetsmässigt stöd för de slutsatser som i förekommande fall dras utifrån de inhämtade uppgifterna.

16 Finns det behov av reformer?

16.1 Inledning

16.1.1 Allmänt om utredningens överväganden angående reformbehovet

Den första delen av utredningens uppdrag har som framgått varit att göra en kartläggning och en analys av hur försäkringsbolagen tillämpar kontraheringsplikten såsom den kommer till uttryck i lagstiftningen i dag. I kapitel 11 har vi redovisat den kartläggning som vi har genomfört, och i kapitel 13–15 har vi redogjort för vår analys av de särskilda frågor rörande tillämpningen av plikten som omfattas av vårt uppdrag.

Enligt utredningens direktiv ska vi sedan, utifrån vår kartläggning och analys, överväga behovet av reformer. Om vi anser att det finns ett sådant behov, ska vi lämna förslag på de författningsändringar eller andra åtgärder som krävs. Det här kapitlet innehåller våra överväganden när det gäller behovet av reformer med avseende på kontraheringsplikten för personförsäkring. Vi redovisar också de förslag till åtgärder som vi anser skulle vara lämpliga för att ytterligare förbättra förutsättningarna för en ändamålsenlig tillämpning av plikten.

Vi vill här återigen framhålla att utredningen bara har i uppdrag att analysera den situationen att en personförsäkring nekas på grund av att *hälsotillståndet* hos den som ska försäkras bedöms medföra risk för *framtida försäkringsfall*. Som har framgått ovan (se kapitel 3), kan risken för *framtida försäkringsfall* också ligga i andra omständigheter än den försäkringssökandes hälsotillstånd (den som ska försäkras kan exempelvis leva i en hälsovådlig miljö eller ägna sig åt särskilt farlig verksamhet). Enligt 11 kap. 1 § FAL kan det också finnas särskilda skäl för ett försäkringsbolag att neka någon en personförsäkring med hänsyn till den avsedda *försäkringens art* (denna

grund tar främst sikte på försäkringar som typiskt sett har mindre social betydelse än andra) eller *någon annan omständighet* (en sådan omständighet är att det finns en risk att försäkringstagaren ska utnyttja försäkringen på ett ohederligt sätt). De nu nämnda avslagsgrunderna omfattas inte av utredningens uppdrag, och behandlas därför inte närmare framöver. De förslag som utredningen lämnar är inte heller avsedda att förändra innebörden av 11 kap. 1 § FAL i dessa avseenden.

Som framgått tidigare (se kapitel 2 och 11) har utredningens kartläggning avgränsats till att avse vissa personförsäkringsprodukter – nämligen barnförsäkring, samt kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring för vuxna. Utredningens överväganden angående reformbehovet, och våra förslag till lagändringar, grundar sig i första hand på vår kartläggning och analys av försäkringsbolagens praxis vid de nämnda personförsäkringarna. Liksom nuvarande reglering rörande kontraheringsplikten, gäller ändå våra förslag för individuell personförsäkring över huvud taget, dvs. även livförsäkring samt andra typer av sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Utöver de sjuk- och olycksfallsförsäkringar som har varit föremål för utredningens kartläggning och analys, omfattas alltså även exempelvis privata sjukvårdsförsäkringar och s.k. diagnosförsäkringar (försäkringar som ger ersättning vid vissa allvarliga diagnoser) av plikten. Nya typer av personförsäkringar utvecklas också kontinuerligt, och i den mån de tecknas individuellt hos ett försäkringsbolag, gäller kontraheringsplikten.

Vad gäller livförsäkring, ska det noteras att det främst är s.k. dödsfallsförsäkring, dvs. försäkring som innebär utbetalning av ett visst på förhand bestämt belopp vid den försäkrades död, som omfattas av kontraheringsplikten. Dödsfallsförsäkringen utmärker sig jämfört med andra personförsäkringar på så sätt att det som försäkras är förmånstagarnas behov vid en väntad framtida händelse, nämligen att den som försäkringen gäller avlider. Ovisshetsmomentet ligger här i att man inte vet hur länge den försäkrade kommer att leva. Detta kan jämföras med sjuk- och olycksfallsförsäkringar där försäkringsskyddet avser skada på grund av ovissa händelser, i form av sjukdom eller olycksfall. För sådana livförsäkringar där sparmomentet dominerar – s.k. kapital- eller ränteförsäkringar, är kontraheringsplikten av mer begränsad betydelse. Dessa försäkringar undantas i regel från pliktens tillämpningsområde på grund av sin

art (se 11 kap. 1 § första stycket och se prop. 2003/04:150 s. 246 och 500).

Även om olika individuella personförsäkringar som omfattas av kontraheringsplikten skiljer sig åt till utformning och innehåll, gör sig i allt väsentligt samma synpunkter gällande vad gäller pliktens tillämpning. Det har därför sagnats anledning för utredningen att i något avseende föreslå avvikande regler för olika slags personförsäkringar eller förordna att de föreslagna reglerna ska tillämpas annorlunda i vissa fall. Utredningens bedömning i det avseendet har, via branschorganisationen Svensk Försäkring, bekräftats av en större grupp försäkringsjurister som hanterar olika slags personförsäkringar, inklusive livförsäkring. Även Konsumenternas Försäkringsbyrå har bekräftat att utredningens bedömningar och förslag angående kontraheringspliktens tillämpning är relevanta och adekvata även vid andra personförsäkringar än de produkter som utredningen har fokuserat på.

16.1.2 Kapitlets innehåll och disposition

Utredningens analys när det gäller reformbehovet utgår vidare ifrån vår tolkning av kontraheringsplikten såsom den för närvarande kommer till uttryck i lagtext och motiv. I kapitel 12 ovan, har vi redogjort utförligt för vilken innebörd som vi anser att kontraheringsplikten har i praktiken. För att underlätta förståelsen av vår analys angående reformbehovet och våra förslag till åtgärder ger vi här inledningsvis återigen en kort sammanfattning av innebörden av gällande reglering.

Därefter sammanfattar vi också kort den statistik och de övriga uppgifter som har kommit fram genom vår kartläggning, och som är av särskilt stor betydelse för analysen av reformbehovet.

Innan vi går in på reformbehovet och våra förslag, redogör vi även för ett antal principiella utgångspunkter som vi anser bör vara vägledande för hur kontraheringsplikten utformas och tillämpas framöver.

16.2 Innebörden av kontraheringsplikten enligt gällande rätt

Enligt 11 kap. 1 § första stycket FAL, får ett försäkringsbolag inte med hänvisning till hälsotillståndet hos den som ansöker om försäkring vägra denne att teckna en *sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten*, om det inte finns *särskilda skäl* för det med hänsyn till *riskan för framtida försäkringsfall*.¹

Avsikten med kontraheringsplikten var att underlätta för funktionsnedsatta och personer med nedsatt hälsa att kunna teckna försäkring till rimliga villkor. Lagen garanterar inte ett försäkringskydd för samma premie och på samma villkor som andra försäkringssökande, men ska trygga att riskprovningen sker på *individuell grund*, inte schablonmässigt, och att en begärd försäkring nekas bara när det finns särskilda skäl för det, dvs. när bedömningen har *klart stöd i en försäkringsteknisk bedömning*.

För att ett beslut att helt eller delvis neka någon en personförsäkring ska anses ha stöd i en försäkringsteknisk bedömning, ska försäkringsbolaget kunna visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall är så hög att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget vanligen skulle försäkras till normala villkor eller, vid avslag, skulle försäkras alls. Bolaget ska även kunna visa att beslutet har grundats på ett *beslutsunderlag av hög kvalitet*. Ett rimligt krav i det avseendet är att bedömningen ska ha grundats på *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Med *medicinsk vetenskap* avses i det här sammanhanget sådan medicinsk vetenskaplig forskning som det finns viss konsensus kring.² *Medicinsk beprövad erfarenhet* handlar här om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accepterat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagens professionella

¹ Enligt bestämmelsen kan försäkring också vägras om det finns särskilda skäl med hänsyn till *försäkringens art* eller *någon annan omständighet*. Men dessa avslagsgrunder är inte aktuella när det handlar om att försäkring nekas på grund av hälsotillståndet hos den som ska försäkras, och behandlas därför inte närmare här.

² Här ska alltså beaktas att en viss tröghet måste accepteras med avseende på när försäkringsbolagen kan förväntas anpassa sin riskbedömning efter nya forskningsrön. Det är inte rimligt att kräva att bolagen ska ändra sina riktlinjer på grund av ny medicinsk forskning, förrän det finns en viss konsensus angående den.

erfarenhet, exempelvis bolagets egen dokumenterade sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering.

Kravet på en *individuell bedömning* innebär vidare att försäkringsbolaget har ett *utredningsansvar* när det gäller den försäkrings sökandes hälsotillstånd, om bolaget överväger att neka försäkring. Till att börja med innebär utredningsansvaret att försäkringsbolaget har en skyldighet att i möjligaste mån *klargöra* eventuella otydliga hälsouppgifter som lämnas av den försäkrings sökande. I de tveksamma fallen måste försäkringsbolaget vidare *aktivt ta reda på* de uppgifter om en enskild försäkringssökandes hälsotillstånd som kan ha betydelse för den personens möjlighet att teckna en försäkring. Hur långtgående utredningsansvaret är – dvs. hur mycket information som bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på den enskilda försäkringssökandes hälsotillstånd och den sökta försäkringens innehåll och utformning.³ Grundläggande är att försäkringsbolaget ska ha tagit reda på så pass mycket information om den försäkringssökandes hälsa att bolaget kan basera sitt beslut på den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet som finns på området.

Att kontraheringsplikten gäller för sådan *personförsäkring som ett försäkringsbolag tillhandahåller allmänheten*, innebär att det bara kan finnas en rätt att teckna försäkring till sådana *försäkringsvillkor som bolaget brukar tillämpa för försäkringen i fråga liknande fall*. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta enligt utredningen att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för försäkringsprodukten i fråga i liknande fall, för att kunna bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes förutsättningar.

Sammanfattningsvis får ett försäkringsbolag inte neka, begränsa eller fördyra en sökt personförsäkring om det inte är försäkringsmässigt nödvändigt med hänsyn till sökandens individuella hälsotillstånd och bolagets normala utbud av försäkringsvillkor i liknande fall.

³ Här kan exempelvis noteras att försäkringsbolagen i regel inte beviljar en personförsäkring till någon vars arbetsförmåga vid ansökningsstillfället är helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfall, om ansökan rör en försäkring som ger ersättning vid nedsatt arbetsförmåga. I sådant fall har försäkringsfall redan inträffat, och utredningsansvaret är därmed uppfyllt genom att försäkringsbolaget har hämtat in uppgifter som visar att arbetsförmågan är nedsatt. Den nedsatta arbetsförmågan kan visa sig genom att personen i fråga är sjukskriven, men kan också framgå på annat sätt.

16.3 Statistik och andra uppgifter av betydelse för överväganden angående reformbehovet

16.3.1 Utredningens enkätundersökning till försäkringsbolagen

I kapitel 11 (avsnitt 11.3), ovan har vi redovisat resultatet av den enkätundersökning som utredningen har genomfört i förhållande till försäkringsbolagen. Där framgår statistik när det gäller hur ansökningar rörande de personförsäkringar som ingått i utredningens kartläggning bedömdes av försäkringsbolagen år 2013.

De personförsäkringsprodukter som är föremål för utredningens analys är komplexa produkter som är under ständig utveckling och förändring. Ett flertal av de försäkringsbolag som har omfattats av utredningens kartläggning har också delvis förändrat sitt produktutbud sedan 2013. Givetvis sker det kontinuerligt en förändring och utveckling även i fråga om försäkringsbolagens riskbedömning och hantering av försäkringsansökningar. Enligt uppgifter som lämnats till utredningen från försäkringsbranschen har försäkringsbolagens hantering av ansökningar om personförsäkringar ändå inte förändrats i någon avgörande utsträckning under åren 2013–2016, med avseende på de frågor som har varit aktuella för utredningens kartläggning och analys. Denna uppfattning har också bekräftats av de experter i utredningen som har särskild erfarenhet av arbete i branschen eller av arbete med försäkringsfrågor på konsumentområdet. Mot bakgrund av uppgifterna från branschen och utredningens experter, samt med hänsyn till att det inte har skett någon betydande förändring av aktuell lagstiftning eller av andra relevanta yttre förhållanden sedan 2013, anser utredningen ändå att det är rimligt att utgå ifrån att enkätundersökningen ger en rättvisande bild av försäkringsbolagens hantering av ansökningar från 2013 fram till i dag.

16.3.2 Statistik angående beviljade försäkringar

Utredningens enkätundersökning till försäkringsbolagen visar att totalt 96,8 procent av alla inkomna ansökningar om *barnförsäkring* 2013 beviljades till normala eller särskilda villkor. Vidare framgår att 87 procent av alla inkomna ansökningar om barnförsäkring be-

viljades till normala villkor. När det gäller *sjuk- och olycksfallsförsäkring* för vuxna beviljades totalt 93 procent av alla ansökningar, till normala eller särskilda villkor. Av alla ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna var det 69 procent som beviljades till normala villkor. Motsvarande siffror gällande *sjukförsäkring* för vuxna var att totalt 95 procent av alla ansökningar beviljades, till normala eller särskilda villkor, och att 86 procent av alla ansökningar om sjukförsäkring beviljades till normala villkor.

Andelen avslag, dvs. när försäkring helt nekades, var alltså för *barnförsäkring* 3,2 procent av alla ansökningar, för *sjuk- och olycksfallsförsäkring* för vuxna 7 procent av alla ansökningar och 5 procent vad gäller ansökningar om *sjukförsäkring* för vuxna.

Som framgår av statistiken är det förhållandevis få av dem som ansöker om en personförsäkring som inte beviljas någon försäkring alls. Särskilt vid barnförsäkring beviljas en mycket hög andel av alla ansökningar. Av dem som beviljas en personförsäkring får också en helt övervägande majoritet teckna en sådan till normala villkor. Särskilt vid ansökningar om barnförsäkring och sjukförsäkring är det en hög andel av de beviljade försäkringsansökningarna som tecknas till normala villkor. Sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna avviker här något genom att en större andel av ansökningarna beviljas med särskilda villkor, dvs. med någon form av inskränkning eller mot en förhöjd premie. En orsak till detta kan, enligt utredningen, vara att försäkringsbolagen i regel kräver att den som ska teckna en ren sjukförsäkring ska vara fullt arbetsför. Rimligen är det därför fler vuxna personer med funktionsnedsättning eller andra hälsoproblem som ansöker om en kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring än en ren sjukförsäkring.

Vi kan alltså konstatera att statistiken när det gäller beviljade försäkringar inte i sig tyder på att försäkringsbolagen skulle vara särskilt återhållsamma med att bevilja personförsäkringar. Likväl är det naturligtvis angeläget att nu överväga vilka åtgärder som kan vidtas för att ännu fler personer ska kunna komma i åtnjutande av det kompletterande skydd som en individuell personförsäkring utgör. Dessutom finns det, som kommer att framgå i det följande, andra faktorer än försäkringsbolagens bedömning av försäkringsansökningar, som kan inverka på utsatta gruppers möjlighet att kunna teckna en personförsäkring.

16.3.3 Statistiken visar inte hela bilden

Den statistik som har tagits fram genom vår enkätundersökning till försäkringsbolagen, ger inte hela bilden av hur situationen ter sig för den som önskar teckna en personförsäkring. Ett förhållande som exempelvis bör beaktas i det sammanhanget, är att den enkätundersökning som utredningen har genomfört i samarbete med Handikappförbunden m.fl. (se avsnitt 11.6 ovan) indikerar att det förekommer att personer som önskar teckna en personförsäkring aldrig ens kommer i den situationen att de kan återropa kontraheeringsplikten. Enligt vissa uppgifter som har lämnats i undersökningen, kan ett skäl till det vara att man vid inledande kontakter med försäkringsbolaget får uppfattningen att en försäkringsansökan ändå skulle vara utsiktslös, och därför aldrig ger in en ansökan. Svar som har lämnats i undersökningen tyder också på att det för vissa grupper kan vara svårt att fullfölja en ansökan om en personförsäkring, även om en sådan påbörjas.

Nu nämnda förhållanden har inte kunnat fångas upp i den enkätundersökning som har riktats till försäkringsbolagen, och syns därför inte i den statistiken. I avsnitt 6.6.11 nedan återkommer vi till detta och vilka åtgärder som kan vara lämpliga att vidta för att främja att den som känner ett behov av en individuell personförsäkring också ska ansöka om en sådan, och sedan ska kunna fullfölja en ansökan som ges in till försäkringsbolaget.

Å andra sidan ska det också nämnas att andelen personförsäkringar som beviljas till normala villkor, sannolikt är ännu högre än vad som har kommit fram genom den enkätundersökning som har riktats till försäkringsbolagen, och som har redovisats ovan. Som vi har utvecklat närmare i kapitel 13 (se avsnitt 13.2.4 och 13.2.7), har bolagen i enkätundersökningen hänfört vissa beslut till kategorin *undantagsklausuler*, trots att försäkringsansökningarna i dessa fall i själva verket har beviljats till normala villkor. Det handlar om ansökningar där bolaget enbart har gjort undantag för sjukdomar som redan fanns vid ansökningstillfället. I dessa fall har försäkringsbolaget rätt att göra undantag från försäkringsskyddet, utan att detta ses som en inskränkning i försäkringen i kontraheeringspliktens mening (se 12 kap. 5 § FAL). Ibland skriver försäkringsbolagen också in en upplysning i det individuella försäkringsavtalet om att en viss sjukdom är undantagen från försäkringen, när detta följer

redan av de allmänna försäkringsvillkoren. Inte heller detta utgör någon egentlig inskränkning i försäkringen, men har av många bolag tagits upp som undantag i enkätundersökningen. Även om det inte är möjligt att säga hur mycket högre andelen normalbeviljade försäkringar kan vara, än vad som framgår av undersökningen till bolagen, är detta ändå värt att beakta när vi överväger behovet av reformer på kontraheringspliktens område.

Slutligen vill utredningen också framhålla att de flesta personer som nekas att teckna en individuell personförsäkring, i många fall kan komma i fråga för en gruppförsäkring. Även om grupppersonförsäkringarna normalt innehåller ett något mer begränsat skydd än de individuella personförsäkringarna, kan ett gott försäkringsskydd ofta uppnås genom tecknande av en sådan försäkring. Den som inte har möjlighet att teckna en individuell försäkring behöver därmed inte automatiskt förbli oförsäkrad (se avsnitt 6.7.4 ovan, angående gränsdragningen mellan individuella försäkringar och gruppförsäkringar).

16.3.4 Sammanfattande synpunkter

Den statistik som utredningen har kunnat få fram, visar att de allra flesta som ansöker om en personförsäkring också beviljas en sådan, och att det absolut vanligaste är att försäkring beviljas till normala villkor. Sannolikt är andelen försäkringar som beviljas till normala villkor dessutom något högre än vad som framgått av utredningens enkätundersökning till försäkringsbolagen. Samtidigt visar statistiken inte hela bilden. Som också har nämnts, indikerar den enkätundersökning som riktats till konsumenter, att även andra förhållanden än försäkringsbolagens bedömning av ansökningar om personförsäkring kan påverka kontraheringspliktens genomslag i praktiken. Det handlar främst om att det verkar som att vissa personer som önskar teckna en personförsäkring eventuellt inte kommer i den situationen att de kan åberopa kontraheringsplikten, antingen för att de upplever att de vid inledande kontakter med försäkringsbolaget avråts från att ansöka, eller för att de inte fullföljer en påbörjad ansökan.

16.4 Grundläggande utgångspunkter för utredningens överväganden angående reformbehovet

16.4.1 Avvägning mellan socialt skydd och försäkringsmässiga hänsyn

Enskilda har i många situationer ett starkt och legitimt behov av att skaffa sig trygghet mot oförutsedda händelser. En privat individuell personförsäkring syftar till att ge ett skydd vid en framtida händelse vars förverkligande är mer eller mindre oviss. Det kan exempelvis handla om att täcka inkomstförlust på grund av sjukdom, eller att ersätta kostnader i samband med sjukvårdsbesök. Möjligheten att få försäkringsersättning har ofta stor ekonomisk och social betydelse för den skadelidande. Ett starkt skydd av enskildas rätt till en personförsäkring är därför ett centralt samhällligt intresse.

I motiven till regeln om kontraheringsplikt för personförsäkring angav regeringen också att utgångspunkten måste vara att alla människor ska ha möjlighet att kunna få ett försäkringsskydd på goda villkor. Regeringen framhöll att det i hög grad var angeläget att funktionsnedsatta och personer som varaktigt lider av dålig hälsa kunde få ett fullgott försäkringsskydd på rimliga villkor och att det fanns skäl att utforma kontraheringsplikten så att den i möjligaste mån skulle fylla detta syfte. Samtidigt betonade regeringen att en principiell utgångspunkt för FAL var att man i princip inte borde ingripa i försäkringsbolagens produktutveckling genom tvingande civilrättsliga regler, eftersom den privata försäkringsverksamheten inte bedrivs efter liknande linjer som socialförsäkring. Premier och andra försäkringsvillkor måste, enligt regeringen, kunna utformas med utgångspunkt i den risk som försäkringen ska täcka. Regeringen konstaterade mot den bakgrunden, att det fanns all anledning att låta lagen *underlätta* situationen för funktionsnedsatta och personer med nedsatt hälsa, men inom ramen för vad som var *försäkringsmässigt möjligt*. Enligt regeringen kunde kontraheringsplikten därmed inte garantera personer med funktionsnedsättning eller nedsatt hälsa ett försäkringsskydd för samma premie och på samma villkor som andra försäkringssökande. Lagen skulle däremot enligt regeringen trygga en riskprövning på individuell grund, inte schablonmässig, och att en begärd försäkring bara fick nekas när det fanns särskilda skäl, vilka bolaget skulle klart ange i sitt beslut (se prop. 2003/04:150 s. 246 f.).

Lagstiftarens intention med införande av kontraheringsplikten kan alltså sammanfattas så att plikten ska *främja att så många som möjligt ska kunna få ett gott försäkringsskydd* genom att teckna en individuell personförsäkring, men att *lagstiftningen samtidigt inte ska hindra försäkringsbolagen från att driva sin verksamhet efter försäkringsmässiga och företagsekonomiska riktlinjer*.

Det har inte kommit fram någon anledning för utredningen att nu utgå ifrån att kontraheringsplikten bör fylla något annat syfte än vad lagstiftaren avsåg vid införandet. Den avvägning mellan sociala skyddsändamål och goda förutsättningar för försäkringsverksamhet som låg till grund för införandet av kontraheringsplikten, gör sig alltså gällande i lika hög utsträckning i dag, och ska därför ligga till grund även för utredningens överväganden.

16.4.2 Privat försäkring – inte socialförsäkring

En annan viktig principiell utgångspunkt för utredningens överväganden, är att den privata försäkringsverksamheten inte bedrivs efter liknande linjer som socialförsäkring.

Utredningen har tidigare (se avsnitt 6.3) beskrivit skillnaderna mellan privat försäkring och socialförsäkring. Som har framgått, bygger socialförsäkringarna på premiesolidaritet, vilket innebär att kostnaden för en person att delta inte är relaterad till risken för att behöva utnyttja försäkringen. Någon med stor risk att bli sjuk betalar därmed inte högre premie, eller avgift, för att omfattas av den allmänna sjukförsäkringen än en person med låg risk. Finansieringen sker via skatter och socialavgifter. Målet med socialförsäkring är alltså ett grundläggande skydd för alla. Privata försäkringar bygger i stället på att premien ska motsvara försäkringstagarens risk för att behöva använda försäkringen. De privata försäkringarna fyller i sin tur en viktig samhällslig funktion som komplement till de allmänna försäkringssystemen (se prop. 2009/10:241 s. 9).

Vid införande av kontraheringsplikten för personförsäkringar betonade regeringen särskilt att en rätt till försäkring aktualiserar gränsdragningen mellan socialförsäkringarna och de privata personförsäkringarna, och att det kunde finnas anledning att i något avseende göra en översyn av den gränsdragningen vid en framtida uppföljning av bestämmelserna (se prop. 2003/04:150 s. 250).

Något uppdrag att göra en översyn av gränsdragningen mellan socialförsäkringarna och de privata personförsäkringarna ingår inte i utredningens direktiv. Vi konstaterar bara att de privata försäkringarna även framöver bör fylla en viktig funktion som ett komplement till det grundskydd som finns i socialförsäkringen – och att det finns all anledning att överväga åtgärder för att ytterligare främja att så många som möjligt ska kunna få ett sådant kompletterande skydd – men att det är socialförsäkringssystemet som ska garantera alla personer en ekonomisk grundtrygghet vid sjukdom eller olycka. Utgångspunkten måste alltså vara att kontraheringsplikten inte kan trygga alla en rätt till ett kompletterande skydd i form av en privat individuell personförsäkring. I den mån lagstiftaren önskar utöka det ekonomiska grundskyddet för alla vid sjukdom och olycka, måste detta i stället göras genom förändringar av socialförsäkringen.

16.4.3 Goda förutsättningar för privat försäkringsverksamhet behövs för ett bra försäkringsutbud

En förutsättning för att de privata försäkringarna ska kunna fylla sin samhälleliga funktion som ett komplement till det grundskydd som finns genom socialförsäkringen, är att det finns goda förutsättningar att bedriva försäkringsverksamhet. I annat fall minskar utbudet av försäkringar och möjligheterna att försäkra sig mot olika typer av risker försämras. Krav på att i ökad utsträckning tillgodose vissa grupperns behov av försäkringsskydd riskerar också att gå ut över andra. Mot den bakgrunden, har regeringen i lagstiftningsärenden under senare tid understrukit att åtgärder på försäkringsområdet bör genomföras på ett sätt som i så stor utsträckning som möjligt tillgodoser de delvis motstridiga intressena av socialt skydd och goda förutsättningar för privat försäkringsverksamhet (se prop. 2009/10:241 s. 23 och prop. 2012/13:168 s. 19). I utredningens direktiv anger också regeringen att den utgångspunkten ska ligga till grund även för den här utredningens överväganden och förslag (dir. 2014:80 s. 5 f.).

Mot den bakgrunden, konstaterar vi att en viktig utgångspunkt för utredningens överväganden är att det behöver finnas goda förutsättningar för försäkringsbolagen att bedriva sin verksamhet, för att så många som möjligt ska kunna få ett gott försäkringsskydd genom att teckna en privat individuell personförsäkring.

16.4.4 Principen om försäkringsbolagens produktfrihet

I samband med kontraheringsplikts tillkomst betonade regeringen att det var viktigt att lagen inte hindrade försäkringsbolagen från att utveckla nya försäkringsformer för att möta nya behov. Regeringen framhöll i det sammanhanget att en principiell utgångspunkt för lagstiftningen var att man inte bör ingripa i försäkringsbolagens produktutveckling genom tvingande civilrättsliga regler (se bl.a. prop. 2003/04:150 s. 139, 185 och 274). Även detta lagstiftningsärende bör därför utgå ifrån den s.k. produktfrihetsprincipen, dvs. att lagstiftningen inte bör inskränka försäkringsbolagens frihet att bestämma över utformningen av och innehållet i de försäkringsprodukter som de tillhandahåller på marknaden.

16.5 Allmänt om behovet av åtgärder

Förslag och bedömning: Det behövs *lagstiftande åtgärder för att förtydliga* innebörden av kontraheringsplikten.

Det är också önskvärt att branschen bidrar till att förstärka kontraheringsplikten genom s.k. *självreglerande åtgärder*.

16.5.1 Lagstiftande åtgärder behövs

Som vi redan har angett i kapitel 13 och 14, är det utredningens allmänna uppfattning att försäkringsbolagen är måna om att leva upp till kontraheringsplikten. Samtidigt har vi kunnat se att bolagen i vissa avseenden inte till fullo uppfyller de krav som utredningen anser att kontraheringsplikten innebär. Detta kan i vart fall delvis bero på att det hittills har varit delvis oklart hur plikten ska tillämpas i praktiken (se kapitel 12). Mot den bakgrunden bedömer utredningen att åtgärder behöver vidtas för att ytterligare förstärka kontraheringsplikten, även om den statistik som vi har tagit fram (se kapitel 11) visar att de allra flesta som ansöker om en personförsäkring också beviljas en sådan – dessutom oftast till normala villkor. Enligt vår uppfattning är det samtidigt inte nödvändigt att skärpa innebörden av kontraheringsplikten som sådan. Utredningen anser i stället att lagstiftarens syfte med kontraheringsplikten bör kunna uppnås väl om den tillämpas i enlighet med den tolkning

som vi har redogjort för i kapitel 12 ovan, och att plikten i stället ska förstärkas genom att innebörden av gällande reglering *förtydligas*. Vår bedömning är att detta behöver göras genom lagstiftande åtgärder. Nedan i det här kapitlet föreslår vi därför vissa ändringar i lagstiftningen som syftar till att förtydliga kontraheringspliktens innebörd. Därutöver föreslås vissa lagstiftande åtgärder som syftar till att främja att den som nekas en personförsäkring effektivt ska kunna utnyttja de möjligheter som finns till prövning av beslutet.

Avsikten med de lagändringar som föreslås är att den som ansöker om en försäkring bättre ska kunna bedöma och ta till vara sina rättigheter, och att kontraheringsplikten ska bli mer lättillämpad för försäkringsbolagen.

Det skulle också vara positivt om branschen bidrog till att förstärka kontraheringsplikten genom s.k. *självreglerande åtgärder*. I det följande redogör vi för vad som menas med självreglering, och vilka fördelar det kan ha att låta lagstiftningen kompletteras genom sådana åtgärder.

16.5.2 Självreglerande åtgärder kan komplettera lagstiftningen

Allmänt om självreglering

Inom många branscher förekommer det att näringslivet reglerar sig självt genom olika slags egenåtgärder. Med egenåtgärder från näringslivet, eller självreglering som det också kallas, avses normalt åtgärder som vidtas i systematiserad form av antingen ett enskilt företag, en grupp företag, en bransch, en organisation eller hela näringslivet för att förebygga eller lösa problem i förhållande till andra näringsidkare eller konsumenter. Självreglering inom näringslivet på det konsument- och marknadsrättsliga området har förekommit sedan lång tid tillbaka i Sverige.⁴

Som exempel på självreglerande åtgärder kan nämnas utarbetande av normer och etiska regler för marknadsföring, standardavtal och produktcertifiering. Ett annat led i detta kan vara inrättande av olika typer av självregleringsorgan. Med självregleringsorgan avses huvudsakligen ett från staten självständigt, och i viss mån från huvudman oberoende, organ för tvistlösning mellan en-

⁴ Se rapport från Riksdagens civilutskott 2009/10:RFR12, s. 6 samt SOU 2014:47 s. 94.

skilda näringsidkare och konsumenter, alternativt ett organ som uttalar sig auktoritativt om olika typer av marknadsföringsåtgärder eller branschetiska frågor.⁵

Självreglering förekommer både på områden där lagstiftning saknas, eller vid sidan om befintlig lagstiftning, som ett komplement till denna.

Självreglering från försäkringsbranschen

Som redan har nämnts i kapitel 5, är Svensk Försäkring försäkringsbolagens branschorganisation. Organisationen arbetar bl.a. för goda verksamhetsförutsättningar för försäkringsbolagen, högt förtroende för försäkringssektorn och en ökad kunskap i samhället om privata försäkringars betydelse. Ett 40-tal försäkringsbolag är medlemmar i Svensk Försäkring och tillsammans svarar de för mer än 90 procent av den svenska försäkringsmarknaden.

En viktig del av Svensk Försäkrings arbete är att utfärda rekommendationer som kompletterar gällande lagstiftning av betydelse för försäkringsbolagen. Rekommendationer utfärdas av Svensk Försäkrings styrelse och gäller för alla medlemsföretag. Sådana branschgemensamma rekommendationer tas ofta fram efter samråd med Finansinspektionen och Konsumentverket.⁶ När Svensk Försäkrings rekommendationer tagits i bruk, har också Finansinspektionen och Konsumentverket möjlighet att följa upp försäkringsbolagens tillämpning av dessa inom ramen för myndigheternas tillsynsverksamhet (se avsnitt 16.6.9 nedan angående tillsyn).

Tillsammans med Finansinspektionen och Konsumentverket är vidare Svensk Försäkring huvudman för Konsumenternas Försäkringsbyrå. Svensk Försäkring är också huvudman för sex branschgemensamma prövningsorgan som administreras av Svensk Försäkrings Nämnder. Prövningsorganens utlåtande är vägledande när det

⁵ Riksdagens civilutskott genomförde våren 2010 en kartläggning av näringslivets organ för självreglering. Kartläggningen, som var en uppföljning av ett motsvarande projekt inom lagutskottet våren 2003, redovisades i juni 2010 i rapporten *Näringslivets självregleringsorgan – utvecklingen sedan 2003* (2009/10:RFR12). Kartläggningen innefattar, i likhet med 2003 års kartläggning, både organ som löser tvister mellan näringsidkare och konsumenter och sådana organ som bara uttalar sig auktoritativt om marknadsföringsåtgärder och andra branschetiska frågor. I rapporten redovisas 52 organ, vilket innebär en smärre ökning jämfört med 2003.

⁶ Exempelvis har rekommendationer om förköpsinformation och informationsgivning i samband med flytt av pensionsförsäkrings värde tagits fram efter sådant samråd.

gäller till exempel tolkning av försäkringsvillkor och praxis inom skaderegleringen. En av nämnderna är *Personförsäkringsnämnden* som, på anmälan av konsumenter, prövar tvister mellan enskilda konsumenter och deras försäkringsbolag som rör liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring i de fall som kräver medicinska bedömningar. Efterlevnaden av nämndernas beslut är i princip hundra procent bland Svensk Försäkrings medlemsföretag.

Självreglerande åtgärder kan stärka kontraheringsplikten

Utredningen konstaterar att förutsättningarna för och erfarenheterna av självreglering inom försäkringsbranschen är goda. Fördelar med att låta självreglering komplettera lagstiftningen är också att sådana åtgärder snabbt kan anpassas till ändrade förhållanden och vara mer riktade än lagregler. Självregleringsåtgärder från försäkringsbranschen, exempelvis genom branschgemensamma rekommendationer från Svensk Försäkring, bör därmed kunna vara ett viktigt stöd och komplement till den lagstadgade kontraheringsplikten för personförsäkringar.

I det här kapitlet beskriver vi de självreglerande åtgärder som vi bedömer skulle kunna stärka kontraheringsplikten. I de fall det handlar om branschgemensamma rekommendationer, är det önskvärt att dessa tas fram av Svensk Försäkring efter samråd med Finansinspektionen och Konsumentverket, samt olika förbund och organisationer som företräder utsatta konsumentgrupper.

Svensk Försäkring har ställt sig positivt till att genomföra de självreglerande åtgärder som anges nedan.

16.5.3 Sammanfattning angående behovet av åtgärder

Utredningen anser att det är nödvändigt att vidta *lagstiftande åtgärder* bl.a. för att *förtydliga* innebörden av kontraheringsplikten, men att innebörden av plikten inte behöver skärpas jämfört med nuvarande reglering. Det skulle också vara positivt om försäkringsbranschen, genom branschorganisationen Svensk Försäkring, bidrog till att förstärka kontraheringsplikten genom *självreglerande åtgärder*, som komplement till lagstiftningen.

16.6 Utredningens överväganden angående behovet av reformer

16.6.1 Inledning

I det följande redogör vi för de åtgärder som vi anser är nödvändiga för att komma till rätta med de brister som vi har kunnat konstatera när det gäller tillämpningen av kontraheringsplikten i praktiken. Därutöver kommer vi att ta upp vissa åtgärder som vi visserligen inte föreslår, men som också behöver diskuteras i det här sammanhanget.

16.6.2 Det behöver förtydligas att kontraheringsplikten gäller när försäkring nekas helt eller delvis

Förslag: 11 kap. 1 § FAL ändras så att det framgår att kontraheringsplikten är tillämplig när en ansökan om en personförsäkring *helt eller delvis nekas*.

Genom ändringen förtydligas att kontraheringsplikten gäller med samma styrka oavsett om en försäkringsansökan avslås helt, eller om försäkring beviljas med villkor som avviker från de normala.

Behovet av åtgärder

Som vi har angett i kapitel 12 ovan, följer det av kontraheringsplikten att en personförsäkring inte får helt nekas, inskränkas eller fördyras mer än vad som är försäkringsmässigt nödvändigt utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Grundläggande för kontraheringsplikten tillämpning är alltså att den ställer samma krav på en individuell och saklig bedömning när försäkring nekas delvis – genom att försäkring beviljas, men med någon inskränkning eller mot en förhöjd premie – som när en försäkringsansökan avslås helt. I kapitel 13 framgår att vi har bedömt att detta är någonting som försäkringsbolagen är medvetna om, men i praktiken ibland inte lever upp till. Vi har exempelvis ansett att försäkringsbolagen ibland utformar undantagsklausuler så att de till sin ordalydelse omfattar mer än vad som framstår som försäkringsmässigt nödvändigt, åt-

minstone utifrån de beslutsmotiveringar som ges. En risk med detta är att försäkringsskyddet, i vart fall ur ett strikt juridiskt perspektiv, blir mer inskränkt än vad som är försäkringsmässigt motiverat. Även om bolaget vid ett eventuellt skadefall skulle göra en för den försäkrade fördelaktig bedömning avseende vad försäkringen i fråga täcker, kan denne, antingen vid ansökningstillfället eller senare vid ett eventuellt skadefall, uppfatta försäkringsskyddet som mer inskränkt än vad det i själva verket är.

Utredningens förslag

Det är centralt för kontraheringsplikten tillämpning att de krav som följer av plikten gäller såväl när en sökt personförsäkring nekas helt, som när den sökta försäkringen nekas delvis genom att försäkringen beviljas mot villkor som avviker från de normala. Med hänsyn till detta, och mot bakgrund av att försäkringsbolagens praxis inte fullt ut motsvarar en sådan tillämpning, menar vi att det behövs ett förtydligande i lagstiftningen. Vi föreslår att 11 kap. 1 § FAL ska ändras så att det inte längre anges att kontraheringsplikten gäller när en försäkringsansökan *vägras*, utan att det i stället ska framgå av paragrafen att plikten aktualiseras när en försäkringsansökan *helt eller delvis nekas*. Att ordet *vägras* byts ut mot *nekas* har ingen saklig betydelse. Skälet till ändringen är främst att *neka* språkligt passar bättre tillsammans med *helt eller delvis*.

16.6.3 Kravet på individuella bedömningar behöver förtydligas

Förslag: Genom tillägg till 11 kap. 1 § FAL ska det framgå att om en sökt personförsäkring helt eller delvis nekas *på grund av hälsotillståndet* hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en *bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet*.

Genom tillägget förtydligas kravet på en *individuell bedömning* och att försäkringsbolaget därmed har ett *ansvar att utreda hälsotillståndet* hos den försäkringssökande.

Behovet av åtgärder

Kontraheringsplikten innebär att en personförsäkring till normala villkor inte får nekas helt eller delvis utan en *individuell bedömning* av den försäkringssökandes hälsotillstånd. Kravet kommer för närvarande till uttryckt i 11 kap. 1 § FAL genom att det föreskrivs att ett försäkringsbolag bara får vägra någon att teckna en personförsäkring om det finns *särskilda skäl med hänsyn till risken för försäkringsfall*.

Som har framgått ovan, innebär kontraheringspliktens krav på en individuell bedömning att det i tveksamma fall är upp till försäkringsbolaget att utreda omständigheterna kring den enskilde försäkringssökandes hälsotillstånd. Som vi har utvecklat närmare ovan (se avsnitt 12.4 och 16.2), innebär detta *utredningsansvar* till att börja med att försäkringsbolaget har en skyldighet att i möjligaste mån *klargöra* eventuella otydliga hälsouppgifter som lämnas av den försäkringssökande. I de tveksamma fallen måste försäkringsbolaget vidare *aktivt ta reda på* de uppgifter om en enskild försäkringssökandes hälsotillstånd som kan ha betydelse för den personens möjlighet att teckna en försäkring. Hur långtgående utredningsansvaret är – dvs. hur mycket information som bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på den enskilda försäkringssökandes hälsa samt den sökta försäkringens innehåll och utformning. Grundläggande är att försäkringsbolaget ska ha tagit reda på så pass mycket information om hälsan hos den som ska försäkras, att bolaget kan basera sitt beslut på den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet som finns på området.

Det är först vid ett fullgjort utredningsansvar som försäkringsbolaget har möjlighet att göra en sådan individuell bedömning av försäkringsansökan som kontraheringsplikten kräver. Försäkringsbolagets utredningsansvar med avseende på hälsotillståndet hos den försäkringssökande är därmed av grundläggande betydelse för uppfyllande av kontraheringsplikten.

Utredningen har fått intrycket att försäkringsbolagen i allmänhet arbetar aktivt med att skapa en riskbedömningsprocess som innebär att man i varje ansökningsärende tar reda på nödvändiga uppgifter om hälsotillståndet hos den försäkringssökande. Vi har samtidigt sett vissa förbättringsmöjligheter när det gäller försäk-

ringsbolagens fullgörande av utredningsansvaret. Vi har bl.a. i avsnitt 13.2.4 ovan nämnt det exemplet, att vissa försäkringsbolag gör undantag för s.k. atopiska sjukdomar (dvs. atopiskt eksem, astma och allergi) i barnförsäkring, bara på den grunden att föräldrarna har uppgett i ansökan om barnförsäkring att barnet har torr hud som har behandlats med kortisonsalva. Av skäl som vi har angett närmare i det avsnittet, menar vi att det i den situationen krävs att försäkringsbolaget tar reda på ytterligare uppgifter om barnets hudbesvär, innan bolaget kan anses ha levt upp till sitt utredningsansvar, och det eventuellt kan anses föreligga särskilda skäl att förse försäkringen med en undantagsklausul.

Ett annat exempel, som framgår av avsnitt 13.4.8 ovan, är att försäkringsbolagen har som praxis att alltid avslå en försäkringsansökan om den som ansöker är föremål för en pågående medicinsk utredning, oavsett vilka slags hälsobesvär som utredningen rör. Utredningen har förståelse för att mer eller mindre oklara hälsobesvär i vissa fall kan innebära att försäkring inte kan meddelas. Vi menar samtidigt att utredningsansvaret innebär att försäkringsbolagen, även i de situationerna, kan behöva ta reda på de närmare omständigheterna kring de hälsobesvär som den pågående utredningen avser, för att bolaget ska kunna visa att dessa är av sådan karaktär att ett avslag är försäkringsmässigt motiverat.

Med hänsyn till det ovan angivna, anser vi att det behövs en ökad medvetenhet i branschen när det gäller att ett beslut att helt eller delvis neka någon en personförsäkring måste grundas på en individuell prövning – dvs. en bedömning av de hälsofaktorer som kan ha betydelse för den enskilde försäkringssökandes möjlighet att få teckna en personförsäkring – och att det är försäkringsbolagets ansvar att säkerställa detta.

Utredningens förslag

Kravet på en individuell bedömning av varje försäkringsansökan, och det därmed sammanhängande utredningsansvaret för försäkringsbolaget, är ett helt centralt moment i försäkringsbolagens uppfyllelse av kontraheringsplikten. Vi anser därför att det är nödvändigt med ett förtydligande av kravet i lagtexten.

Vi föreslår att det i ett tillägg till 11 kap. 1 § FAL anges att om en sökt personförsäkring nekas *på grund av hälsotillståndet* hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en *bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet*.

16.6.4 Kravet på försäkringsmässiga bedömningar behöver förtydligas

Förslag och bedömning: Genom tillägg till 11 kap. 1 § FAL ska det framgå att om en personförsäkring helt eller delvis nekas *på grund av hälsotillståndet* hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en *försäkringsmässig bedömning* av omständigheterna i det enskilda fallet.

Genom tillägget förtydligas att ett beslut att helt eller delvis neka försäkring måste vara *försäkringsmässigt nödvändigt*, och att bedömningen ska grundas på ett *beslutsunderlag av hög kvalitet*.

Det skulle vara positivt om lagstiftningen också kunde kompletteras genom att branschorganisationen Svensk Försäkring utfärdade rekommendationer angående vad försäkringsbolagen bör göra för att kvalitetssäkra de försäkringsmedicinska riktlinjer som utgör en del av beslutsunderlaget vid bolagens riskbedömningar.

Behovet av åtgärder

Som har beskrivits ovan, framgår det av motiven till bestämmelsen om kontraheringsplikt för personförsäkringar att varje beslut att helt eller delvis neka någon en personförsäkring måste ha klart stöd av en *försäkringsteknisk bedömning*. Som har framgått ovan (se avsnitt 12.3) tolkar vi detta så att försäkringsbolaget måste kunna visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall är så hög, att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella

slaget försäkrades till normala villkor eller, vid avslag, försäkrades alls.⁷

För att ett beslut ska anses ha stöd i en försäkringsteknisk bedömning, ska det också krävas att försäkringsbolaget kan visa att bedömningen har grundats på ett beslutsunderlag av hög kvalitet. Ett rimligt kvalitetskrav är enligt utredningen att beslutet ska ha baserats på ett beslutsunderlag som stämmer överens med *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Med *medicinsk vetenskap* avses i det här sammanhanget sådan medicinsk vetenskaplig forskning som det finns viss konsensus kring.⁸ *Medicinsk beprövad erfarenhet* handlar här om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accepterat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagens professionella erfarenhet, exempelvis bolagets egen dokumenterade sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering.

Som också har framgått ovan (se kapitel 7), är *försäkringsmedicinska riktlinjer* ett centralt instrument för bolagen vid riskbedömningen. Mot den bakgrunden har vi konstaterat att det i praktiken är försäkringsbolagens riskbedömningsriktlinjer som måste hålla hög kvalitet för att själva riskbedömningarna ska leva upp till den kontraheringspliktens krav (se kapitel 12 och 14).

Vårt uppdrag har inte gått ut på att ta ställning till frågor om specifika medicinska bedömningar. Vi har därför inte gjort någon bedömning av om de försäkringsmedicinska riktlinjer som tillämpas på marknaden är uppdaterade enligt medicinsk vetenskaplig forskning på olika områden. Däremot har vi kunnat bilda oss en uppfattning om hur försäkringsbolagen arbetar för att säkerställa kvaliteten hos de försäkringsmedicinska riktlinjer som används.

Av vår redogörelse i kapitel 14, framgår att utredningen anser att försäkringsbolagen i allmänhet är väl medvetna om att kontra-

⁷ Här ska det noteras att vad som är försäkringsmässigt nödvändigt inte är konstant. Vad som kan få klart olämpliga följder för ett visst försäkringskollektiv beror på många olika faktorer, såsom bl.a. vilka ersättningar som bolaget riskerar att behöva betala ut vid eventuella försäkringsfall och hur troligt det är att försäkringsfall skulle inträffa, försäkringsbolagets storlek och ekonomi i övrigt samt försäkringskollektivets storlek och sammansättning.

⁸ Här ska alltså beaktas att en viss tröghet måste accepteras med avseende på när försäkringsbolagen kan förväntas anpassa sin riskbedömning efter nya forskningsrön. Det är inte rimligt att kräva att bolagen ska ändra sina riktlinjer på grund av ny medicinsk forskning, förrän det finns en viss konsensus angående den.

heringsplikten kräver att de kan visa att de har goda belägg för beslut att neka försäkring till normala villkor. Vi har samtidigt fått intrycket att det inte är självklart för försäkringsbolagen hur höga kvalitetskrav som ställs på de beslutsunderlag som används, dvs. främst de försäkringsmedicinska riktlinjerna. Vi kan också konstatera att försäkringsbolagen i varierande utsträckning arbetar för att säkerställa att de försäkringsmedicinska riktlinjer som används hålls uppdaterade när det gäller bl.a. ny medicinsk forskning. Dessutom har det kommit fram att de försäkringsbolag som använder sig av försäkringsmedicinska riktlinjer från ett återförsäkringsbolag, i hög grad förlitar sig på att återförsäkringsbolaget håller riktlinjerna uppdaterade. Vi noterar att det innebär att ett försäkringsbolag som använder sig av försäkringsmedicinska riktlinjer från ett återförsäkringsbolag, är beroende av återförsäkringsbolaget för att leva upp till kontraheringsplikten, samtidigt som det alltid är försäkringsbolagets skyldighet att säkerställa att plikten följs.

Utredningens förslag

Med hänsyn till det ovan angivna, anser vi att det finns ett behov av att förtydliga det kvalitetskrav som följer av kontraheringsplikten när det gäller försäkringsbolagens riskbedömningar och det beslutsunderlag som dessa baseras på. Ett sådant förtydligande bör göras i lagstiftningen. Utredningen föreslår att det i ett tillägg till 11 kap. 1 § FAL anges att om en personförsäkring helt eller delvis nekas *på grund av hälsotillståndet* hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en *försäkringsmässig bedömning* av omständigheterna i det enskilda fallet. Att det ska vara fråga om en försäkringsmässig bedömning innebär att bolaget ska kunna visa *dels* att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, *dels* att beslutet har grundats på *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*.

Det skulle vara positivt om lagstiftningen kompletterades genom självreglerande åtgärder

Som vi har angett ovan, kan även självreglerande åtgärder från branschens sida komplettera lagstiftningen och bidra till en positiv utveckling när det gäller försäkringsbolagens praxis. Vi menar att det på flera håll inom försäkringsbranschen finns goda kunskaper och idéer om hur bolagens beslutsunderlag och riskbedömningar bör kvalitetssäkras. Vi bedömer därför att det skulle vara positivt om branschen, genom Svensk Försäkring, med utgångspunkt i det som har angetts ovan, kunde enas om branschgemensamma rekommendationer angående kvalitetssäkring av de beslutsunderlag som försäkringsbolagen använder vid riskbedömning av personförsäkringar. Vi tror att det skulle bidra på ett bra sätt till den ökade medvetenhet som vi har efterlyst när det gäller att kontraheringsplikten ställer krav på att försäkringsbolagens riskbedömningar baseras på ett uppdaterat beslutsunderlag av hög kvalitet. Svensk Försäkring har uttryckt sig positivt till att ta fram sådana branschrekommendationer.

16.6.5 Krav på tydliga och begripliga beslutsmotiveringar i samband med beslut

Förslag och bedömningar: I 11 kap. 1 § FAL införs en skyldighet för ett försäkringsbolag som nekar någon en sökt personförsäkring att *i samband med beslutet ange skälen för detta*. Därmed förtydligas den skyldighet som i dag får anses framgå av 16 kap. 7 § andra stycket FAL, för försäkringsbolagen att lämna tydliga och begripliga motiveringar till sådana beslut. En nyhet jämfört med nuvarande reglering är skyldigheten att lämna motiveringen i samband med beslutet.

Skyldigheten för bolagen att motivera sina beslut att neka personförsäkring kommer genom tillägget i 11 kap. 1 § FAL att omfattas av kravet på god försäkringsstandard enligt 4 kap. 3 § FRL, och kommer därmed att ingå i Finansinspektionens tillsynsområde.

Det skulle vara positivt om branschorganisationen Svensk Försäkring, som ett komplement till lagstiftningen, meddelade rekommendationer angående utformningen av beslutsmotiveringar när en sökt personförsäkring helt eller delvis nekas.

Gällande rätt

Samtidigt som kontraheringsplikten för personförsäkringar tillkom, infördes också en möjlighet för den försäkringssökande att vända sig till domstol vid missnöje med bolagets beslut. Av 16 kap. 7 § FAL följer att om ett försäkringsbolag har vägrat någon att teckna en personförsäkring kan en domstol, besluta att den försäkringssökande ändå har rätt till försäkringen. En sådan talan ska enligt bestämmelsens andra stycke väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget har skickat den försäkringssökande ett meddelande om sitt beslut, *uppgift om skälen för detta* och upplysning om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat. Av detta följde enligt regeringen att ett beslut att inte meddela en försäkring till de villkor som normalt gäller för försäkringen i fråga skulle behöva motiveras av försäkringsbolaget på ett tydligt och övertygande sätt (se prop. 2003/04:150 s. 247).

Att ett försäkringsbolag ska motivera ett beslut att neka någon en personförsäkring, får alltså för närvarande anses framgå genom att talefristen enligt 16 kap. 7 § andra stycket FAL inte börjar löpa förrän försäkringsbolaget bl.a. lämnar en motivering till beslutet. Som har framgått av framställningen i kapitel 14, menar vi att lagstiftaren har avsett att försäkringsbolagen ska förklara *vilka uppgifter om den försäkringssökandes hälsa* som bolaget har beaktat och *varför* dessa uppgifter medför att försäkringen till normala villkor måste nekas helt eller delvis, dvs. vilka försäkringsmässiga skäl som har legat till grund för beslutet. Meningen kan samtidigt inte vara att ett försäkringsbolag i motiveringen ska gå in i sådan medicinsk detalj att förklaringen blir alltför komplicerad eller att bolaget i onödan ska ange känsliga detaljer. Det viktiga är att motiveringen formuleras så att det blir *tydligt och begripligt för den ordinäre försäkringssökande* varför hälsotillståndet hos den som ska försäkras gör att försäkringen inte kan beviljas. Längden av och innehållet i en sådan motivering kan naturligtvis variera beroende på den sökta försäkringen och den försäkringssökandes situation.

Att det ska handla om försäkringsmässiga skäl innebär att bolaget måste förklara vilka försäkringsmässiga risker som bolaget anser kan förknippas med hälsotillståndet hos den försäkringssökande. Det betyder inte att bolaget i motiveringen till den försäkringssökande måste hänvisa till exempelvis medicinska vetenskapliga artiklar eller studier, eller ange statistiska eller liknande beräkningar som legat

till grund för beslutet. Däremot bör försäkringsbolaget i beslutsmotiveringen ange att det finns sådana belägg för den försäkringsmässiga riskbedömningen.

I motiveringen till den försäkringssökande behöver bolaget inte heller gå närmare in på affärsmässiga eller företagsekonomiska överväganden.

Behovet av åtgärder

I avsnitt 14.3.4 ovan, har vi redogjort för vår syn på hur försäkringsbolagen i dag motiverar beslut när en sökt personförsäkring nekas. Som framgår där, finns det stora variationer när det gäller hur beslutsmotiveringarna utformas. Vår övergripande bedömning är att det finns ett klart behov av att vidta åtgärder i syfte att säkerställa att försäkringsbolagens beslutsmotiveringar ska utgöra en begriplig förklaring av de försäkringsmässiga skäl som ligger till grund för ett beslut att neka någon en personförsäkring. Här kan nämnas följande exempel på några av utredningens iakttagelser.

Utredningen har sett att det inte är ovanligt att *försäkringsbolagens beslutsmotiveringar vid inskränkningar i försäkringen* är otydliga. Här är det exempelvis inte ovanligt att försäkringsbolagen brister när det gäller att förklara varför en undantagsklausul som gäller för en viss sjukdom som finns vid tecknandet (och som därmed får undantas enligt 12 kap. 5 § FAL, se avsnitt 13.2.3 ovan), även måste omfatta andra eventuella framtida sjukdomar.

Vi har också kunnat iaktta att bolagen i vissa fall avslår försäkringsansökningar enbart med motiveringen att den försäkringssökande *har en viss sjukdom eller annat tillstånd*, exempelvis ett visst BMI-värde. Som vi tidigare har framhållit (se avsnitt 14.3.4), utsluter vi inte att vissa sjukdomar och andra tillstånd kan vara så allvarliga i sig att det är befogat att helt eller delvis neka försäkring på grund av att de förekommer hos den försäkringssökande. Vi menar likväl att det som motivering till ett avslagsbeslut inte är tillräckligt tydligt att bara hänvisa till förekomsten av en viss sjukdom eller något visst tillstånd, exempelvis ett BMI-värde. Försäkringsbolagen måste i stället förklara på vilka grunder man har gjort sin bedömning, dvs. vilka specifika hälsfaktorer som man har beaktat och vilka försäkringsmässiga risker som gör att man inte kan bevilja

försäkring. Om ett avslag grundas på att den försäkringssökande har en viss sjukdom eller om det finns andra faktorer som enligt försäkringsbolaget i sig innebär en så hög risk för framtida försäkringsfall, att bolaget har bedömt att det inte är nödvändigt ta reda på några ytterligare hälsouppgifter, ska det framgå av motiveringen att det är så bolaget har resonerat.

Ett annat område som vi vill nämna särskilt när det gäller beslutsmotiveringar, är avslag på ansökningar avseende barn som har fötts för tidigt.⁹ Som redan har nämnts (se avsnitt 13.4.5 och 14.3.4), är utredningens intryck att det har skett en god utveckling de senaste åren när det gäller hur försäkringsbolagen hanterar ansökningar gällande för tidigt födda barn. Denna utveckling har drivits fram delvis genom medias bevakning och Konsumentombudsmannens intresse för frågor rörande sådana försäkringsansökningar. Försäkringsbolagen är i dag väl medvetna om att individuella bedömningar måste göras även i dessa fall, och att en tidig födsel och låg födelsevikt normalt inte i sig är tillräckliga skäl i sig för att avslå en ansökan om barnförsäkring. Samtidigt har utredningen ansett att försäkringsbolagens beslutsmotiveringar vid avslag avseende för tidigt födda barn i vissa fall inte tillräckligt tydligt redovisar på vilka individuella grunder beslutet har fattats. Exempelvis har vi sett beslutsmotiveringar som hänvisar till ”komplikationer vid förlossningen”, vilket vi inte anser vara tillräckligt. Det förekommer också att försäkringsbolagen hänvisar till den tidiga födseln och anger att viss ”observationstid” behövs. Inte heller en sådan motivering ger tillräckligt god förståelse för vilken försäkringsmässig bedömning som har gjorts i det enskilda fallet.¹⁰

⁹ Enligt gängse medicinska definitioner räknas alla barn som föds före 37:e graviditetsveckans utgång som prematura. Barn födda mellan 33:e och 36:e graviditetsveckan brukar betecknas som för tidigt födda. Barn födda i 29:e till 32:a veckan brukar betecknas mycket för tidigt födda och före vecka 29 som extremt mycket för tidigt födda. För enkelhetens skull används här oftast bara begreppet ”för tidigt född”. Vi syftar då på alla barn som fötts före 37:e graviditetsveckans utgång.

¹⁰ Även i civilutskottets rapport från 2012 konstaterades vissa brister i försäkringsbolagens beslutsmotiveringar, se rapporten, *Kontraheringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar*, 2012/13:RFR, s. 7.

Utredningens förslag och bedömningar

Att den försäkringssökande ska kunna förstå hur försäkringsbolaget har resonerat när en ansökan om en personförsäkring helt eller delvis nekas, är en grundläggande förutsättning för att kontraheeringsplikten ska få avsedd effekt. Som betonades i motiven till regleringen om kontraheeringsplikt för personförsäkring, ligger det för det första ett betydande egenvärde i att den person som nekas försäkring kan förstå vad detta grundar sig på (se prop. 2003/04:150 s. 247). Kravet på tydliga och begripliga motiveringar, är också ett viktigt sätt att säkerställa att det går att kontrollera hur kontraheeringsplikten tillämpas av försäkringsbolagen i praktiken.

Med hänsyn till att vi har sett vissa brister i försäkringsbolagens beslutsmotiveringar när personförsäkring nekas helt eller delvis, anser vi att kravet på tydliga och begripliga motiveringar på något sätt behöver förtydligas i lagstiftningen. Utredningen har i det syftet övervägt några olika lagstiftningsåtgärder.

Ett alternativ som vi har övervägt är att det i 16 kap. 7 § FAL skulle införas ett uttryckligt krav på att det meddelande från bolaget som krävs för att starta talefristen, ska innehålla *klar och tydlig*¹¹ information om skälen för beslutet att neka försäkring. Ytterst skulle det då kunna bli upp till en domstol att ta ställning till om beslutsmotiveringen i ett visst fall uppfyllde det kravet, och ifall talefristen om sex månader därmed hade börja löpa när bolaget skickade meddelandet till den försäkringssökande.

Vissa invändningar kan anföras mot en sådan lösning. En nackdel skulle vara att försäkringsbolagen i vissa fall skulle kunna känna osäkerhet när det gäller talefristens längd. I de fallen skulle bolagen eventuellt kunna känna behov av att spara integritetskänslig information om bl.a. den försäkringssökandes hälsotillstånd under lång tid, för att säkerställa att informationen skulle finnas till hands ifall det skulle bli fråga om en rättslig prövning. Detta skulle stämma dåligt överens med grundläggande bestämmelser om personuppgiftsbehandling, som innebär att personuppgifter inte ska bevaras under en längre tid än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet

¹¹ Kravet på tydliga beslutsmotiveringar skulle givetvis också kunna uttryckas på något annat sätt, exempelvis ”tydlig och begriplig”. Begreppet ”klar och tydlig” information återfinns i 2 kap. 1 § och 10 kap. 1 § FAL (se även prop. 2003/04:150 s. 150 och 378).

med behandlingen¹² (som i detta fall primärt får anses vara prövningen av ansökan). Visserligen kunde man tänka sig att ett sådant tydlighetskrav i 16 kap. 7 § FAL kombinerades med en längre yttersta gräns för när talan kunde väckas, dvs. att en talan enligt bestämmelsen under alla förhållanden inte fick väckas senare än exempelvis två år från meddelande om beslutet. Då skulle troligen känsliga personuppgifter kunna sparas under den tiden efter avskiljande.¹³ En sådan tvåårsfrist skulle samtidigt komplicera regelsystemet, och osäkerheten angående beslutet skulle i varje fall bestå under den tiden. Ytterligare en invändning mot att låta talefristen vara beroende av hur försäkringsbolaget har utformat beslutsmotiveringen, är att en sådan reglering skulle kunna föranleda en och annan konsument att väcka talan efter längre tid än sex månader från beslutet. Konsumenten skulle då riskera att i onödan dra på sig kostnader för en rättegång om domstolen skulle komma fram till att rätten att väcka talan hade förfallit. Mot den här bakgrunden, och med hänsyn till att vi menar att det finns en mer ändamålsenlig lösning (se nedan), anser vi att det är omotiverat att behäfta försäkringsbolagens avslagsbeslut med en osäkerhet angående talefristens längd.

Ett annat alternativ som utredningen har övervägt är att det skulle införas en ny marknadsrättslig informationsbestämmelse i 10 kapitlet FAL, med krav på att ett försäkringsbolag som nekat en sökt personförsäkring med stöd av 11 kap. 1 §, i samband med beslutet ska lämna den som ansökt om försäkringen *information om skälen för detta*. I 10 kapitlet finns redan bestämmelser om skyldighet att lämna information innan en försäkring meddelas, och sedan när försäkringsavtal har träffats. Det skulle i det avseendet inte vara främmande att även införa krav på informationslämnande för ett försäkringsbolag som nekar någon en sökt personförsäkring. En sådan ny informationsbestämmelse skulle också omfattas av de allmänna bestämmelserna i 10 kapitlet. Av dessa följer bl.a. att information som lämnas till konsumenterna ska vara *klar och tydlig*. Eftersom informationskraven i 10 kapitlet är kopplade till marknadsföringslagens sanktionssystem, skulle vidare ett försäkringsbolag som inte lämnar sådan information som föreskrivs kunna

¹² Se 9 § i personuppgiftslagen (1998:204).

¹³ Se Datainspektionens rapport 2006:2, *Så bör försäkringsbolag behandla känsliga personuppgifter*.

drabbas av marknadsrättsliga sanktioner. Tillsyn över de marknadsrättsliga bestämmelserna i 10 kapitlet FAL utövas av Konsumentverket.¹⁴

En invändning som kan riktas mot en ny informationsbestämelse av ovan nämnt slag, är att de befintliga informationsbestämmelserna i 10 kapitlet FAL handlar om skyldighet för försäkringsbolagen att lämna standardiserad information i olika situationer. Kravet att försäkringsbolagen ska lämna tydliga och begripliga beslutsmotiveringar när en försäkring nekas, innebär att motiveringarna i högsta grad måste utformas efter omständigheterna i det enskilda fallet. Av den anledningen passar det mindre bra in i lagstiftningens systematik att uttrycka kravet på tydliga och begripliga beslutsmotiveringar i form av en informationsskyldighet för bolagen. Vi anser dessutom att det finns goda skäl för att i stället välja att förtydliga kravet på begripliga beslutsmotiveringar genom den lagstiftningsåtgärd som beskrivs i det följande.

Som har framgått ovan, är tydliga och begripliga motiveringar i de fall en sökt personförsäkring nekas, en viktig del av försäkringsbolagens uppfyllelse av kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL. Utredningen anser därför att det är lämpligast att föra in kravet i den bestämmelsen. Vi föreslår därför att 11 kap. 1 § ändras så att det där anges att ett försäkringsbolag som nekar någon en sökt personförsäkring *i samband med beslutet ska ange skälen för detta*. Liksom den befintliga regleringen i 16 kap. 7 §, är avsikten med den nya regleringen i 11 kap. 1 §, att det ska handla om en motivering som är *tydlig och begriplig för den ordinäre försäkringssökande*. Något uttryckligt tydlighetskrav behöver inte anges i bestämmelsen, eftersom det ligger i sakens natur att en beslutsmotivering som är formulerad så att en ordinär försäkringssökande inte kan förstå den, inte uppfyller kravet enligt lagen.

Att försäkringsbolaget ska ange skälen för beslutet, *i samband med detta*, innebär att bolaget måste lämna den försäkringssökande en motivering *samtidigt som denne informeras om att den sökta försäkringen inte beviljas*. FAL ställer inte upp något krav på att ett försäkringsbolag måste ge den som har ansökt om en försäkring ett

¹⁴ Tillsynen från Konsumentverkets sida över en sådan informationsskyldighet för försäkringsbolagen, skulle inte handla om huruvida bolagen levde upp till kontraheringsplikten när det gällde att bevilja försäkring. Tillsynen skulle bara vara fokuserad på om beslutsmotiveringarna i de fallen var utformade så att den ordinäre försäkringssökande kunde förstå dem.

skriftligt besked när en sökt försäkring nekas.¹⁵ Ingenting hindrar därför att försäkringsbolaget muntligen lämnar ett sådant besked.¹⁶ Ingen invändning kan riktas mot den ordningen, och något krav på en skriftlig motivering i samband med beslutet att neka försäkring bör därför inte införas. Ett skriftligt meddelande om beslutet från försäkringsbolaget, inklusive uppgift om skälen för detta, bör däremot även framöver vara en förutsättning för att talefristen enligt 16 kap. 7 § andra stycket ska börja löpa. Det skulle vara orimligt om talefristen började löpa innan dess att den som har ansökt om försäkringen fått del av beslutet och skälen för detta i en sådan form att han eller hon i lugn och ro har tillfälle att fundera över bolagets ställningstagande. I praktiken lär det i de flesta fall också bara bli fråga om ett enda skriftligt meddelande som skickas till den försäkringssökande, eftersom det är normal praxis hos försäkringsbolagen att i samband med ett beslut att neka försäkring skicka skriftligt meddelanden om beslutet.

Som vi redogör närmare för i avsnitt 16.6.9 nedan, omfattas försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL av kravet på *god försäkringsstandard* enligt 4 kap. 3 § FRL, och ingår därmed i Finansinspektionens tillsynsområde. Att förtydliga kravet angående beslutsmotiveringar när försäkring nekas i 11 kap. 1 §, har alltså även den fördelen att försäkringsbolagens praxis i detta avseende kommer att omfattas av Finansinspektionens tillsyn.

Här ska det slutligen noteras att skyldigheten att motivera ett beslut att neka försäkring inträffar när försäkringsbolaget skiljer ärendet ifrån sig i förhållande till den försäkringssökande. Det innebär att skyldigheten kan uppstå vid flera tillfällen i ett och samma ansökningsärende. Om försäkringsbolaget, efter det att bolaget första gången har meddelat att försäkring nekas, på den försäkringssökandes begäran tar upp beslutet till ny prövning, kommer bolaget att skilja ärendet ifrån sig på nytt efter omprövningen. Bolaget måste då motivera beslutet även i samband med att bolaget fattar sitt nya beslut. Om försäkringsbolaget efter omprövningen står fast vid sitt tidigare beslut bör det samtidigt räcka att bolaget i den situationen hänvisar till de skäl som angavs i det tidigare beslutet.

¹⁵ Däremot kräver uppsägning av försäkringsavtalet skriftlig form enligt 3 kap. 3 § FAL.

¹⁶ Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 520 f. och s. 337.

Vilka möjligheter som finns till sådan intern omprövning av beslut att neka försäkring varierar mellan försäkringsbolagen. Det finns också olika former för sådan omprövning. Det kan exempelvis handla om att beslutet prövas på nytt med en särskild sammansättning av försäkringsbolagets riskbedömare eller att ett beslut kan omprövas i en intern prövningsnämnd eller av en kundombudsman. I samtliga sådana fall måste alltså försäkringsbolaget även motivera ett beslut att neka försäkring som fattas efter omprövning.

Det skulle vara positivt om lagstiftningen kompletterades genom självreglerande åtgärder

Vi bedömer att fördelar skulle kunna uppnås genom att den föreslagna lagstiftningen rörande försäkringsbolagens beslutsmotiveringar kompletterades genom självreglerande åtgärder från branschen. Utredningen anser att många försäkringsbolag redan har kommit en god bit på väg när det gäller resonemangen kring hur beslut att helt eller delvis neka försäkring bör utformas och motiveras så att den försäkringssökande får en adekvat förståelse av grunderna för beslutet. Vi anser därför att det skulle vara positivt om Svensk Försäkring tog fram branschgemensamma rekommendationer angående hur beslutsmotiveringar när en sökt personförsäkring nekas, bör utformas för att uppfylla de krav på tydlighet och begriplighet som har beskrivits ovan. Svensk Försäkring har ställt sig positivt till att arbeta för sådana branschrekommendationer.

16.6.6 Kontraheringsplikten ska fortfarande gälla för bolagets normala utbud av försäkringsvillkor

Bedömning: Innebörden av 11 kap. 1 § FAL ska inte ändras när det gäller vad som ska anses vara en *sådan personförsäkring som ett försäkringsbolag normalt tillhandahåller allmänheten*. Även framöver ska det därmed vara bolagets normala utbud av försäkringsvillkor i liknande situationer som sätter ramen för kontraheringsplikten tillämpning.

Inledning

Kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL har den begränsningen att den bara gäller för en *sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten*. Vad som ska anses ingå i försäkringsbolagets normala tillhandahållande är alltså avgörande för vad som ska omfattas av plikten i ett enskilt fall där bolaget överväger att neka försäkring helt eller delvis. Ytters handlar det om vad som ska ingå i en domstolsprövning vid en tvist rörande pliktens tillämpning (se 16 kap. 7 FAL). Som har nämnts tidigare (se kapitel 3), kan en domstol på yrkande av den som har nekats att teckna eller förnya en personförsäkring, förklara att denne har rätt att teckna försäkringen om bolaget har nekats försäkring i strid mot kontraheringsplikten.¹⁷

Klart är att kontraheringsplikten innebär att en domstol, på sökandens begäran, skulle kunna bestämma att ett försäkringsbolag som har avslagit en ansökan om en personförsäkring, ska bevilja försäkringen till normala villkor (dvs. de allmänna villkor som vanligen gäller för försäkringen), ifall domstolen anser att bolaget inte haft särskilda skäl att neka försäkring till sådana villkor.

En fråga som utredningen därutöver har ställt sig (se avsnitt 12.5) är om en domstol, på yrkande av en försäkringssökande, skulle kunna bestämma att ett försäkringsbolag ska teckna en personförsäkring mot en förhöjd premie eller med något särskilt undantag, även om bolaget inte brukar använda sig av sådana försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall. Frågan har aktualiserats mot bakgrund av att regeringen i motiven till regleringen rörande kontraheringsplikten har gjort vissa uttalanden som kan uppfattas som delvis motstridiga angående innebörden av plikten i det avseendet, och även med hänsyn till vad som kommit fram när det gäller praxis på marknaden. Utredningen har vid sin kartläggning kunnat konstatera att det varierar mellan försäkringsbolagen på marknaden vilka slags särskilda försäkringsvillkor, dvs. premieförhöjningar och undantagsklausuler av olika slag, som används. Ett och samma försäkringsbolag tillämpar i regel också olika slags

¹⁷ Ramarna för en domstolsprövning är givetvis i ett enskilt fall ytterst beroende av hur parterna väljer att föra sin talan, dvs. vilka yrkanden som framställs i processen. Bestämmelsen om domstolsprocessen finns i rättegångsbalkens (1942:740) regler om processen i tvistemål.

särskilda villkor för olika typer av personförsäkringsprodukter och även för en och samma försäkring, beroende på vilken slags sjukdom eller ohälsa det rör. Genom utredningens kartläggning framgår också att inget försäkringsbolag på marknaden använder sig av premieförhöjningar i individuella avtal om barnförsäkring.

Som vi har utvecklat närmare i avsnitt 12.5 ovan, anser vi att förarbetena ger klart stöd för att kontraheringsplikten enligt nu gällande reglering ska uppfattas så att det är *försäkringsbolagets normala*¹⁸ *utbud av försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall* som sätter ramarna för pliktens tillämpning. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för den aktuella försäkringsprodukten i liknande fall, för att bevilja ett så gott försäkringskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes individuella förutsättningar. En domstol kan alltså bara ytterst tvinga ett försäkringsbolag att bevilja försäkring mot en premieförhöjning eller med en undantagsklausul i ett enskilt fall, om sådana försäkringsvillkor brukar tillämpas av bolaget för försäkringsprodukten i fråga i liknande situationer.

Som också har angetts i avsnitt 12.5 (se avsnitt 12.5.6), är det inte möjligt för utredningen att på ett generellt plan ange vilka situationer som i riskbedömningshänseende ska bedömas vara så pass liknande varandra så att utbudet av försäkringsvillkor ska vara detsamma för en viss försäkringsprodukt. Det får ytterst bli en fråga för rättstillämpningen. Här kan samtidigt i vart fall konstateras att det förhållandet att ett försäkringsbolag använder exempelvis premieförhöjningar i vissa situationer för en viss försäkring, inte betyder att premieförhöjningar nödvändigtvis ska anses ingå i bolagets utbud för den försäkringsprodukten i alla situationer. Det bör alltså exempelvis ligga inom ramen för försäkringsbolagets produktfrihet att välja att utforma en viss försäkringsprodukt så att premieförhöjningar tillämpas för diabetiker, men inte för personer med helt andra typer av ohälsa.

¹⁸ Försäkringsbolag som i allmänhet inte beviljar försäkring mot förhöjd premie eller med undantagsklausul, kan i undantagsfall besluta att göra det i enskilda fall på grund av affärs-
mässiga skäl. Sådana undantag reflekterar inte försäkringsbolagets normala utbud.

Även försäkringsbolagets gränser för hur höga riskökningar som i förekommande fall försäkras genom premieförhöjningar får anses utgöra en del av bolagets utbud av försäkringsvillkor. Om ett försäkringsbolag exempelvis normalt inte försäkrar en riskökning över 300 procent mot en förhöjd premie, bör en domstol inte kunna bestämma att bolaget i ett enskilt fall ändå ska göra det. Detta gäller även om den som har ansökt om försäkringen i och för sig skulle vara beredd att betala en högre premie än vad bolaget normalt tillämpar.

Vid en eventuell tvist rörande kontraheringsplikten tillämpning, skulle försäkringsbolaget givetvis ha bevisbördan för vilka slags särskilda försäkringsvillkor som ingår i bolagets utbud i det aktuella fallet (om den försäkringssökande yrkar att domstolen ska bestämma att försäkringsavtal ska tecknas mot en förhöjd premie eller med en undantagsklausul).

I det följande kommer vi att analysera om innebörden av kontraheringsplikten bör ändras så att försäkringsbolagen måste använda sig av premieförhöjningar och undantagsklausuler för alla typer av personförsäkring. Det handlar alltså om i fall plikten *framöver* bör innebära att en domstol ska kunna bestämma att ett försäkringsbolag ska bevilja försäkring mot en premieförhöjning eller med en viss undantagsklausul, trots att sådana villkor inte ingår i bolagets utbud i liknande fall. Frågan analyseras särskilt mot bakgrund av att det i den allmänna debatten i vissa sammanhang har gjorts gällande att fler barnförsäkringar skulle kunna beviljas om bolagen använde sig av premieförhöjningar i svår försäkrade fall.

Av skäl som kommer att utvecklas nedan, menar vi att en sådan ändring av pliktens innebörd som nu har nämnts *inte* skulle vara ändamålsenlig.

Försäkringsbolagens erfarenheter av och syn på premieförhöjningar vid barnförsäkring

I en undersökning som Konsumenternas Försäkringsbyrå genomförde 2002, dvs. före det att kontraheringsplikten för personförsäkringar infördes, framgår att försäkringsbolagen då beviljade 75 procent av ansökningarna om barnförsäkring med normala villkor, 18 procent med undantagsklausul eller förhöjd premie och att 7 procent av ansökningarna avslogs helt (av undersökningen fram-

går inte hur stor andelen var som beviljades med premieförhöjning, bara att det förekom). Vid upprättande av den tidigare nämnda rapporten från Riksdagens civilutskott från 2013 om kontraheeringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar¹⁹, genomfördes ytterligare en enkätundersökning. Den undersökningen visade att användningen av premieförhöjningar vid barnförsäkring då hade upphört.

Personer som har arbetat länge i försäkringsbranschen, och som utredningen har intervjuat, har angett att premieförhöjningar vid barnförsäkring användes under en period i mitten av 1990-talet och fram till början av 2000-talet. Enligt deras uppgifter upphörde försäkringsbolagen därefter med användningen av premieförhöjningar vid barnförsäkring, eftersom de totala skadekostnaderna vid sådana försäkringsavtal visade sig bli avsevärt högre än premieintäkterna.

Vid utredningens kontakter med försäkringsbranschen har bolagen också betonat att det bara är de barn som representerar en hög risk för framtida försäkringsfall som helt nekas försäkring. (Detta bekräftas också av utredningens enkätundersökning, som visar att 3,2 procent av alla ansökningar om barnförsäkring avslås.) Därmed kan det enligt branschen förutsättas att försäkringsbolagens totala skadekostnader skulle öka avsevärt om alla dessa barn i stället beviljades försäkring.

Enligt företrädare för branschen skulle det finnas två möjliga sätt för ett försäkringsbolag att genom premieförhöjningar täcka den ökade skaderisk som det skulle innebära att försäkra barn ur den högriskgrupp, som i dag helt nekas försäkring. Den ena möjligheten skulle vara att låta barnen i "högriskgruppen" bära hela riskökningen, genom att sätta premierna för deras försäkringar så högt att de skulle täcka bolagets förväntade skadekostnader för gruppen i fråga. Enligt beräkningar som branschen har gjort skulle det i princip krävas premier i miljonklassen, från någon upp till flera miljoner kronor per år, för att de barn som i dag får avslag i stället ska kunna beviljas försäkring. Den andra möjligheten skulle vara att låta hela försäkringskollektivet bära den ökade skaderisk som det skulle innebära att försäkra de barn som i dagsläget inte kan få en barnförsäkring. Enligt branschens beräkningar skulle premierna för alla barn då behöva höjas avsevärt jämfört med dagens normala premienivåer, som är cirka 2 500–2 900 kronor per år. För att täcka

¹⁹ Se 2012/13:RFR6, *Kontraheeringsplikt vid tecknandet av barnförsäkringar*, s. 34 f.

förväntade skadekostnader för barnen i högriskgruppen skulle det krävas att premien för barn med ”normal” risk i vart fall tredubblades jämfört med dagens premier, även om barnen i högriskgruppen skulle betala uppemot sex gånger högre premier jämfört med dagens normala nivåer. Även med en viss premiedifferentiering mellan barnen i ”högriskgruppen” och barn med ”normal” risk, skulle det alltså bli fråga om en betydande höjning av premien för barnen med ”normal” risk.²⁰ Branschen menar att en sådan ordning med stor sannolikhet skulle leda till ett moturval, dvs. att försäkringen blev för dyr för barn med ”normal” risk och på motsatt vis för billig för barn med ”hög” risk, och att barnförsäkring över huvud taget därför slutligen skulle slås ut. (I det här sammanhanget ska det klargöras att utredningen saknar möjlighet att kontrollera branschens nu nämnda beräkningar.)

Krav på användning av särskilda försäkringsvillkor riskerar att hämma produktutvecklingen och göra det svårare för utsatta grupper att teckna personförsäkring

Vid kontraheringsplikts tillkomst, framhöll regeringen att det var viktigt att lagen inte hindrade försäkringsbolagen från att utveckla nya försäkringsformer för att möta nya behov (se prop. 2003/04:150 s. 139, 185 och 274).

En förutsättning för att försäkringsbolagen ska kunna säkerställa att premieintäkterna täcker de förväntade skadekostnaderna hos försäkringskollektivet, är att bolaget kan beräkna ungefär vilka risker som försäkringskollektivet kommer att svara för (det s.k. riskmättet).²¹ Ett försäkringsbolag styr över risktagandet för en viss försäkringsprodukt dels genom de allmänna försäkringsvillkoren, inklusive den normala premietariffen, men också genom de särskilda försäkringsvillkor som i förekommande fall används i indivi-

²⁰ Branschen har betonat att det är omöjligt att beräkna exakt hur höga premier som det skulle handla om i de nu nämnda situationerna, eftersom premienivåerna påverkas av många olika faktorer, såsom hur de ”höga” riskerna skulle fördela sig mellan försäkringsbolagen på marknaden, de aktuella barnförsäkringarnas omfattning samt storlek och sammansättning hos försäkringskollektiven i fråga. Branschens beräkningar bygger vidare av naturliga skäl på vissa antaganden. Enligt branschen ger beräkningarna ändå en uppfattning om vilka slags premiehöjningsnivåer som skulle krävas för att alla barn som i dag helt nekas försäkring skulle kunna beviljas en barnförsäkring mot premieförhöjning.

²¹ Se Harald Cramér, *Vad är försäkring*, Försäkringsbolagens Upplysningstjänst, 1954, s. 15 f.

duella försäkringsavtal när försäkring inte kan beviljas till normala villkor. Tillsammans med de allmänna försäkringsvillkoren utgör därmed eventuella premieförhöjningsnivåer och de undantagsklausuler som tillämpas i olika situationer, en del av försäkringsprodukten. Produktutformning och riskbedömning är på så sätt kommunicerande kärn, och varje inskränkning av möjligheten att styra över vilka risker som förs in i kollektivet, kan därmed komma att inverka på produkternas utformning.

Utredningen konstaterar att försäkringsbolagen arbetar kontinuerligt och aktivt med såväl riskbedömning som produktveckling, inte minst som ett medel för att konkurrera om kunderna i förhållande till varandra. Försäkringsbolagen försöker alltså profilera sig på olika sätt i dessa avseenden för att locka fler kunder. Detta leder till att det på marknaden i dag finns ett utbud av olika slags försäkringsprodukter som skiljer sig från varandra till både utformning och innehåll (även inom olika personförsäkringstyper, såsom barnförsäkring). Utredningens erfarenheter har visat att en sådan differentierad personförsäkringsmarknad medför att den som har svårt att få försäkring hos ett försäkringsbolag, kan ha bättre möjligheter hos ett annat bolag.

Vi menar att det finns en risk för att bolagens produktveckling på personförsäkringsområdet skulle hämmas, om försäkringsbolagen skulle behöva använda premieförhöjningar och undantagsklausuler för alla typer av individuella personförsäkringar. Visserligen skulle ett försäkringsbolag fortfarande enligt 11 kap. 1 § FAL kunna neka att teckna en personförsäkring i ett enskilt fall mot en förhöjd premie eller med något visst undantag, om det fanns särskilda skäl för det. Men alla personförsäkringsprodukter skulle ändå behöva utformas innehållsmässigt efter förutsättningen att försäkring måste kunna beviljas mot premieförhöjningar eller med undantagsklausuler (som ytterst skulle kunna bestämmas av en domstol). Under sådana förutsättningar finns det en risk att utbudet av olika slags individuella personförsäkringsprodukter skulle bli mindre varierat än vad som är fallet i dag. Den som nekas försäkring hos ett försäkringsbolag skulle i sådant fall inte ha samma möjlighet som för närvarande, att i stället ansöka hos ett annat bolag med en kanske delvis annan inriktning.

Det är också väsentligt att här lyfta fram att utredningen vid sin kartläggning har kunnat konstatera att försäkringsbolag som vid

barnförsäkring efter riskbedömningen antingen beviljar försäkring till normala villkor, eller avslår ansökan (dvs. inte tillämpar några särskilda villkor i de individuella försäkringsavtalen), faktiskt avslår färre ansökningar än bolag som använder sig av undantagsklausuler (premieförhöjningar tillämpas som framgått inte av något bolag vid barnförsäkring). Samtidigt ska det framhållas att en beviljad försäkring självfallet inte är någon garanti för att försäkringsskydd verkligen föreligger vid ett eventuellt skadefall, eftersom rätten till försäkringsskydd kan falla bort av olika skäl. Det är först vid skaderegleringen som försäkringsbolaget tar ställning till om försäkringsersättning ska betalas ut.

Vi befarar sammanfattningsvis att ett krav på användning av premieförhöjningar och undantagsklausuler skulle kunna leda till att *försäkringsbolagens produktutveckling på personförsäkringsmarknaden hämmades*. Vi menar att det finns risk för att en sådan utveckling skulle leda till en mindre differentierad personförsäkringsmarknad, och därmed i förlängningen kunna medföra att *det skulle kunna bli svårare för utsatta grupper att teckna en individuell personförsäkring*.

Krav på användning av särskilda försäkringsvillkor riskerar att leda till ett försämrat försäkringsinnehåll

Förutsättningarna för att bevilja försäkring skiljer sig åt mellan försäkringsbolagen, bl.a. beroende på hur stort eller resursstarkt bolaget är och möjligheterna till återförsäkring. Även omfattningen av olika försäkringsprodukter och vilka ersättningsnivåer som finns i försäkringen har stor betydelse för vilket mått av risktagande som ett försäkringsbolag kan acceptera i förhållande till en viss försäkringsprodukt. Som framgått är det genom villkoren för en viss försäkringsprodukt, allmänna och särskilda, som bolaget utformar produkten i enlighet med de överväganden och beräkningar har gjorts när det gäller vilka risker som kan försäkras.

Eftersom produktutveckling och riskbedömning hänger nära samman finns det all anledning att utgå ifrån att försäkringsbolagen skulle kompensera för en inskränkning i möjligheten att styra över försäkringsvillkoren, genom anpassning av innehållet i personförsäkringarna. Vi menar därför att ett krav på användning av premieförhöjningar och undantagsklausuler för alla slags personförsäk-

ringar, skulle riskera leda till att *personförsäkringarna på marknaden skulle försämrats innehållsmässigt*. Mot bakgrund av branschens redovisade erfarenheter av premiehöjningar vid barnförsäkring, verkar det exempelvis inte uteslutet att försäkringsbolagen skulle kunna välja att helt ta bort ersättningsmomentet ekonomisk invaliditet (ersättning som kan utgå vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall) från barnförsäkringarna, om bolagen skulle kunna tvingas att bevilja barnförsäkringar mot premieförhöjningar. När det gäller barnförsäkring går det inte heller att bortse ifrån branschens uppgifter om att det skulle bli fråga om orimligt höga försäkringspremier för alla barn – och därmed risk för att barnförsäkring så småningom helt skulle kunna slås ut från marknaden – om bolagen skulle kunna tvingas att bevilja barnförsäkring mot premieförhöjning till de barn som i dag helt nekas försäkring.

Här ska det noteras att utredningens direktiv uttryckligen anger att eventuella förslag till reformer inte får riskera att leda till att personförsäkringar generellt får ett sämre innehåll.²²

Krav på användning av särskilda försäkringsvillkor skulle leda till avsevärda svårigheter vid en domstolsprövning

Försäkringsbolagens uppfyllande av kontraheringsplikten ska som framgått ytterst prövas av domstol (16 kap. 7 § FAL). Även om någon tvist rörande kontraheringsplikten såvitt vi vet ännu inte har prövats²³, måste plikten utformas så att en domstolsprövning skulle vara praktiskt möjlig.

Som redan har angetts, grundas ett försäkringsbolags utbud av försäkringsvillkor på såväl företagsekonomiska och affärsmässiga överväganden samt försäkringsmässiga beräkningar avseende försäkringsprodukternas innehåll och utformning. Det måste antas att det i regel skulle vara *mycket svårt för en domstol att överpröva sådana överväganden*.

Som ett exempel kan nämnas att det skulle vara besvärligt för en domstol att sätta de yttre gränserna för kontraheringspliktens tillämpning vad gäller premiesättning. Om det skulle införas ett krav på att

²² Dir. 2014:80 s. 7 (Bilaga 1 till betänkandet).

²³ Ett mål rörande kontraheringsplikten är däremot förnärvarande under handläggning vid Stockholms tingsrätt.

premieförhöjningar alltid skulle ingå i utbudet av villkor vid personförsäkringar, skulle frågan om vilka risknivåer som var rimliga att försäkra genom en viss försäkringsprodukt, och premiesättningen vid olika risknivåer, ytterst kunna bestämmas av en domstol. Detta är någonting som avgörs inom varje försäkringsbolag genom avancerade försäkringstekniska beräkningar och affärsmässiga överväganden i förhållande till varje specifik försäkring. Enligt vår uppfattning skulle det vara mycket svårt, och dessutom orimligt, för en domstol att överpröva ett försäkringsbolags överväganden i sådana avseenden. Det skulle inte heller vara lämpligt om det genom rättspraxis skulle fastställas en ”objektivt rimlig” risknivå som skulle gälla för samtliga försäkringsbolag. En sådan tillämpning av lagstiftningen skulle innebära ett frångående av den försäkringstekniska grundvalen för privat försäkring, nämligen att bolagen ska vara fria att bestämma vilka risker som en viss försäkringsprodukt ska täcka.

Det skulle också vara svårt för en domstol att bedöma vilka slags försäkringsvillkor som vid en viss given tid borde ingå i en prövning enligt kontraheringsplikten. Exempelvis kan man fråga sig hur en domstol skulle kunna avgöra vilka typer av undantagsklausuler som skulle omfattas. Som redan har framgått i kapitel 13, finns det ett flertal olika slags undantagsklausuler som i dag används av försäkringsbolagen för att anpassa försäkringen i ett enskilt fall, och användningen varierar mellan försäkringsbolagen. Ett exempel som vi har nämnt i avsnitt 13.2.5 är att det bara är vissa försäkringsbolag (av de bolag som tillämpar undantagsklausuler) som har konstruerat sina försäkringsprodukter så att försäkring kan beviljas med undantag för hela ersättningsmoment, oftast ersättning för ekonomisk invaliditet. Som vi också har angett i det avsnittet kan bolag som använder sig av sådana undantagsklausuler ibland försäkra personer som annars skulle ha svårt att få teckna en försäkring. Med tanke på att produktutvecklingen på personförsäkringsområdet är ständigt pågående, kan det också antas att nya produktkonstruktioner och försäkringsvillkor kommer att utvecklas. Det borde därmed vara svårt, såväl för den försäkringssökande som för domstolen, att avgöra vilka slags försäkringsvillkor som ska ingå i prövningen enligt kontraheringsplikten.

Krav på användning av särskilda försäkringsvillkor skulle innebära ett avsteg från lagstiftningens grundprinciper

Rätten till en försäkring fyller en viktig funktion för enskilda och för samhället. Samtidigt är en förutsättning för att de privata försäkringarna ska kunna fylla sin samhällsliga funktion att det finns goda förutsättningar att bedriva försäkringsverksamhet (se avsnitt 16.4.3 ovan). Regeringen har i flera lagstiftningsärenden de senaste åren understrukt att åtgärder på försäkringsområdet bör genomföras på ett sätt som i så stor utsträckning som möjligt tillgodoser dessa delvis motstridiga intressen (se bl.a. prop. 2009/10:241 s. 23 och prop. 2012/13:168 s. 19). I våra direktiv anges särskilt att dessa utgångspunkter även ska ligga till grund för utredningens överväganden och förslag.

Friheten för försäkringsbolagen att utforma försäkringsprodukter som de anser lämpligt och välja vilka risker som ska försäkras utgör principiella grundvalar för privat försäkring. Avsikten med kontraheringsplikten var inte att frångå dessa grundläggande förutsättningar för privat försäkringsverksamhet (jfr bl.a. prop. 2003/04:150 s. 246 och 499).

Mot den nu angivna bakgrunden, skulle det vara *olämpligt om plikten skulle utformas eller tillämpas på ett sätt som innebar att en domstol kunde överpröva de företagsekonomiska, affärsmässiga och försäkringsmässiga överväganden* som har legat till grund för ett försäkringsbolags produktutformning.

Sammanfattning

Vi menar att nuvarande bestämmelse om kontraheringsplikt för personförsäkringar ska tolkas så att det är *försäkringsbolagets normala²⁴ utbud av försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall* som sätter ramarna för pliktens tillämpning. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för den aktuella försäkrings-

²⁴ Försäkringsbolag som i allmänhet inte beviljar försäkring mot förhöjd premie eller med undantagsklausul, kan i undantagsfall besluta att göra det i enskilda fall på grund av affärsmässiga skäl. Sådana undantag reflekterar inte försäkringsbolagets normala utbud.

produkten i liknande fall, för att bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes individuella förutsättningar. Vid en eventuell tvist rörande kontraheeringsplikens tillämpning, skulle försäkringsbolaget ha bevisbördan för vilka slags särskilda försäkringsvillkor som ingår i bolagets utbud i det aktuella fallet (om den försäkringssökande skulle yrka att domstolen ska bestämma att försäkringsavtal ska tecknas mot en förhöjd premie eller med en undantagsklausul). Om bolaget uppfyller den bevisbördan, bör domstolen inte kunna bestämma att bolaget ska bevilja försäkring till något villkor som inte ingår i det normala utbudet.

Utredningen *lägger inget förslag* om att kontraheeringsplikten ska ändras så att undantagsklausuler och premieförhöjningar måste ingå i det normala utbudet för alla personförsäkringar. En domstol ska alltså inte heller framöver kunna bestämma att ett försäkringsbolag ska bevilja försäkring mot premieförhöjning eller med undantagsklausul i ett enskilt fall, om detta inte ingår i det normala utbudet för den aktuella försäkringen i liknande situationer. Skälen för utredningens ställningstagande i detta avseende är sammanfattningsvis följande.

- Ett krav på användning av premieförhöjningar och undantagsklausuler skulle riskera att leda till *en mindre differentierad personförsäkringsmarknad* och därmed medföra en *risk för att det skulle bli svårare för utsatta grupper att teckna en individuell personförsäkring*.
- Ett krav på användning av premieförhöjningar och undantagsklausuler skulle innebära en väsentlig inskränkning i möjligheterna för försäkringsbolagen att styra över vilka risker som ska försäkras. En sådan inskränkning skulle riskera att leda till *en försämring av innehållet i personförsäkringarna på marknaden*. Exempelvis utesluter inte utredningen att försäkringsbolagen skulle kunna välja att ta bort ersättningsmomentet ekonomisk invaliditet (ersättning vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller olycksfall) från barnförsäkringarna, eller att barnförsäkringen i förlängningen helt skulle komma att slås ut från marknaden.

- Domstolsprövning av kontraheringsplikten *skulle möta avsevärda svårigheter*, om plikten utformades så att den innebar ett krav på användning av undantagsklausuler och premieförhöjningar.
- Det skulle också vara *olämpligt* med en lagstiftning som innebar att en domstol kunde överpröva de företagsekonomiska, affärs- och försäkringsmässiga överväganden som har legat till grund för ett försäkringsbolags produktutformning. En sådan ordning skulle vara att frångå den försäkringstekniska grundvalen för privat försäkring, och därmed vara ett *avsteg från de grundläggande principer som FAL bygger på*.

I det här sammanhanget har det också betydelse att den statistik som utredningen har tagit fram, och som framgår av avsnitt 11.3, visar att mycket få ansökningar om personförsäkring avslås helt. Utredningens kartläggning visar att det år 2013 bara var 3,2 procent av alla ansökningar om barnförsäkring som avslogs, trots att premieförhöjningar inte användes av något bolag på marknaden. Samma år var det 7 procent av alla ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna som avslogs och 5 procent av alla ansökningar om sjukförsäkring. Som också har angetts i avsnitt 11.3, finns det ingen anledning att tro att avslagsstatistiken har ändrats väsentligt mellan åren 2013–2016. Utrymmet för att öka antalet beviljade personförsäkringar, särskilt barnförsäkringar, är därmed begränsat.

När det gäller just barnförsäkring, kan det dessutom tilläggas att även om ett allmänt krav infördes på att premieförhöjningar skulle ingå i försäkringsbolagens utbud av försäkringsvillkor, skulle det med stor sannolikhet ändå inte medföra att bolagen kunde tvingas att bevilja försäkring mot premieförhöjning i särskilt många av de fall som nu skulle avslås. Ett försäkringsbolag skulle fortfarande kunna neka försäkring om bolaget kunde visa särskilda skäl för att neka försäkring med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall. Det kan antas att risken i många av de fall som i dag avslås, är så pass hög att bolagen skulle kunna visa att det fanns särskilda skäl inte ens bevilja försäkring mot en premieförhöjning.

Med hänsyn till det ovan angivna, och särskilt med beaktande av riskerna för negativa konsekvenser både för konsumenter och för försäkringsbolagen, framstår det som omotiverat att vidta en så ingripande åtgärd som att införa ett krav på att försäkringsbolagen

ska använda sig av premieförhöjningar och undantagsklausuler vid alla personförsäkringsprodukter.

Det skulle kunna anföras att utredningens ställningstagande i detta avseende kan riskera att leda till att försäkringsbolagen skulle välja att helt sluta att erbjuda personförsäkringar mot premieförhöjningar eller med undantagsklausuler. Utredningen bedömer samtidigt den risken som liten. Vi kan konstatera att marknaden ända sedan plikten infördes 2006 har utgått ifrån att det ligger inom försäkringsbolagens produktfrihet att avgöra vilka slags försäkringsvillkor som ska ingå i försäkringsbolagets utbud. Detta har inte medfört att premieförhöjningar och undantagsklausuler generellt har slutat användas. Även om premieförhöjningar inte för närvarande används alls vid barnförsäkring, har vi exempelvis kunnat se att de allra flesta bolag på barnförsäkringssidan använder sig av undantagsklausuler. När det gäller vuxenförsäkring tillämpar i princip alla försäkringsbolag både premieförhöjningar och undantagsklausuler. Konsumenternas Försäkringsbyrå har också bekräftat till utredningen att det pågår ett ständigt arbete hos försäkringsbolagen för att förändra och utveckla personförsäkringsprodukterna för att möta konsumenternas ökande behov av mer omfattande försäkringar, i synnerhet när det gäller barnförsäkring.

Med hänsyn till det som har nu har angetts, anser utredningen att det finns all anledning att utgå ifrån att syftet med kontraheeringsplikten kommer att kunna uppnås på ett tillfredsställande sätt även om det inte införs något krav på användning av premieförhöjningar och undantagsklausuler – särskilt med beaktande av de övriga förslag som utredningen lägger fram för att förstärka kontraheeringsplikten.

Om det mot förmodan ändå skulle visa sig framöver att alla, eller många, försäkringsbolag skulle sluta använda undantagsklausuler eller premieförhöjningar, och om detta leder till försämringar för konsumenterna, kan det finnas skäl att då förändra kontraheeringspliktens innebörd.

16.6.7 Åtgärder för att främja tvistlösning i och utanför domstol

Bedömningar och förslag: Någon ändring behövs inte när det gäller möjligheten för konsumenter att väcka talan i domstol angående rätten till en personförsäkring. Däremot skulle det vara positivt om möjligheten till domstolsprövning kompletterades genom tillgång till effektiv, objektiv och rättssäker prövning av tvister rörande kontraheringsplikten utanför domstol. Det skulle därför vara önskvärt om Svensk Försäkring gav *Personförsäkringsnämnden* i uppdrag att, på anmälan av konsumenter, pröva tvister rörande plikten.

Det är viktigt att den konsument som väljer att utnyttja eventuella möjligheter till prövning av frågor rörande kontraheringsplikten utanför domstol, inte därefter hindras från att väcka en domstolstalan. I ett tillägg till 16 kap. 7 § FAL ska det därför föreskrivas att den talefrist om sex månader som framgår av bestämmelsen ska förlängas vid prövning i Personförsäkringsnämnden eller annat motsvarande tvistlösningsorgan. Om ett förfarande vid ett sådant tvistlösningsorgan *inleds inom sex månadersfristen*, ska fristen löpa ut först *sex månader* efter det att bolaget, sedan tvistlösningsförfarandet avslutats, till sökanden har *avsänt ett meddelande* angående om *försäkring får tecknas och uppgift om skälen* för det ställningstagandet.

En följdändring ska också göras i 16 kap. 6 § FAL så att tidpunkten för talefristens början, efter tvistlösning utanför domstol, under vissa förhållanden kan skjutas upp om meddelandet från bolaget försenas eller inte kommer fram till den försäkringssökande.

Allmänt om möjligheter till prövning i dag

Som redan framgått, har den som nekats en personförsäkring möjlighet att, enligt vad som föreskrivs i 16 kap. 7 § FAL, vända sig till domstol vid missnöje med försäkringsbolagets beslut. Domstolen kan då på den försäkringssökandes begäran – tills vidare eller definitivt – bestämma att försäkring ska beviljas. Domstolen kan då bestämma att försäkringstiden, och därmed försäkringsskyddet, ska

räknas från den tidpunkt som skulle ha gällt om försäkringsbolaget skulle ha bifallit ansökan. Möjligheten för den försäkringssökande att vända sig till domstol står öppen såväl när försäkringsansökan har avslagits, alltså nekats helt, som när försäkringsbolaget har beviljat en försäkring, men mot villkor som avviker från de normala.²⁵

I kapitel 3 ovan har vi redovisat vilka möjligheter som finns för den försäkringssökande som vill föra talan i domstol mot ett försäkringsbolag i en tvist rörande kontraheringsplikten. Som framgår där kan talan om rätten att teckna en personförsäkring föras av den enskilde försäkringssökanden för egen räkning, och handläggs då av allmän domstol enligt rättegångsbalkens regler för rättegång i tvistemål. Ett annat alternativ är att konsumenten tar initiativ till en grupptalan enligt lagen (2002:599) om grupprättegång, förutsatt att kontraheringsproblemet delas av andra. Den försäkringssökande kan också vända sig till Konsumentombudsmannen och ansöka om att denne ska biträda honom eller henne som ombud vid allmän domstol, s.k. KO-biträde²⁶, eller att Konsumentombudsmannen ska föra talan för en grupp konsumenters räkning genom en grupp-talan²⁷. Om en försäkringssökande anser sig vara utsatt för diskriminering genom att ha vägrats försäkring, har denne också en möjlighet att vända sig till Diskrimineringsombudsmannen som, för den försäkringssökandes räkning kan väcka talan i mål om diskriminering.

Någon tvist rörande kontraheringsplikt vid personförsäkring har, så vitt utredningen känner till, hittills inte prövats av domstol.²⁸ Som vi har redogjort för i avsnitt 3.4.2 ovan, har ett fall tagits till domstol av Konsumentombudsmannen. Målet rörde frågan om rätten för en för tidigt född flicka att teckna en barnförsäkring. I det målet medgav försäkringsbolaget flickans talan, så det blev aldrig fråga om någon prövning i sak. Som också har nämnts i avsnitt 3.4.3 ovan har några mål rörande tecknande av personförsäkring också drivits av Diskrimineringsombudsmannen, men dessa har inte rört kontraheringsplikten, utan frågan om diskriminering.

²⁵ Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 521 och *Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, 2009, *Personförsäkring och kontraheringsplikten*, Eva Lindell-Frantz, s. 95.

²⁶ Se lag (2011:1211) om Konsumentombudsmannens medverkan i vissa tvister.

²⁷ Se lag (2002:599) om grupprättegång.

²⁸ Ett mål rörande kontraheringsplikten är däremot förnärvarande under handläggning vid Stockholms tingsrätt.

Att tvister angående kontraheringsplikten inte i större utsträckning har nått domstolarna kan ha flera förklaringar. Här ska nämnas några faktorer som sannolikt har bidragit.

Till att börja med är det tidskrävande för de inblandade parterna att processa i domstol. I värsta fall kan det ta upp till några år innan en tvist slutligt kan avgöras. Om en process angående kontraheringsplikten skulle föras av den försäkringssökande privat (dvs. utan biträde från Konsumentombudsmannen eller Diskrimineringsombudsmannen) skulle denne dessutom, med tanke på frågans komplexitet, sannolikt behöva anlita ett juridiskt ombud. Enligt huvudregeln ska en part som förlorar en tvist i domstol stå för både sina egna och motpartens rättegångskostnader. Den försäkringssökande skulle därmed riskera att behöva stå för stora rättegångskostnader i form av bl.a. sina egna och försäkringsbolagets ombudsarvoden.²⁹ En domstolstvist angående kontraheringsplikten skulle också normalt röra ytterst komplexa frågor om försäkringstekniska beräkningar och riskbedömningar. Även om det, i en tvist rörande kontraheringsplikten, skulle vara försäkringsbolagets ansvar att bevisa att plikten har uppfyllts, kan det antas att konsumenten skulle ha svårigheter att bemöta bolagets påståenden.

Av bl.a. ovan angivna anledningar kan det antas att det för den som är missnöjd med ett försäkringsbolags beslut att neka försäkring i stället ligger närmast till hand att försöka lösa problemet med bolaget i fråga, alternativt vända sig till ett annat försäkringsbolag. I utredningens intervjuer med försäkringsbolagen har det också framgått att försäkringsbolagen hanterar de allra flesta klagomål rörande riskbedömning internt. Alla försäkringsbolag har också väl utarbetade processer för att hantera sådana klagomål.

Ytterligare ett skäl till att någon rättspraxis inte har utvecklats på området är troligen att försäkringsbolagen har ett stort affärsmässigt intresse av att uppnå samförståndslösningar i de fall en tvist faktiskt uppstår. Att så är fallet har också bekräftats av bolagen. Bolagen är hårt konkurrensutsatta och är, bl.a. av den anledningen,

²⁹ Om den som önskar personförsäkring har en försäkring med rättsskyddsmoment – något som är vanligt i hemförsäkringen och villaförsäkringen – kan detta tas i anspråk för att finansiera en rättegång (dock utgår en självrisk på normalt 20 procent, och dessutom finns ett tak för den ersättning som kan utgå, för närvarande ofta cirka 100 000–200 000 kronor). Den som saknar en sådan försäkring kan eventuellt ha möjlighet att betala rättegångskostnaderna genom den statliga rättshjälpen enligt rättshjälpslagen (1996:1619). En förutsättning är i princip att han eller hon inte har inkomster som överstiger 260 000 kronor.

känsliga för mediebevakning och dålig publicitet, vilket kan bli följden av en offentlig domstolsprocess.

I det här sammanhanget är det också värt att notera att en domstol har en skyldighet att verka för att parterna i en tvist gör upp i godo, om det inte är olämpligt. Man kan mot den här bakgrunden tänka sig att även tvister som eventuellt kan ha förts av privatpersoner till domstolarna, har avslutats genom förlikningar innan det blivit fråga om någon rättslig prövning (det enda mål angående kontraheringsplikten som Konsumentombudsmannen har drivit löstes som nämnts genom en förlikning).

Någon möjlighet till tvistlösning utanför domstol med avseende på frågor rörande kontraheringsplikten för personförsäkringar finns för närvarande inte.³⁰

Behovet av reformer

Utredningen anser, liksom lagstiftaren vid kontraheringspliktens tillkomst, att det är väsentligt att den som är missnöjd med försäkringsbolagets beslut att inte bevilja en personförsäkring har möjlighet att få en objektiv prövning av beslutet. En sådan möjlighet är också viktig för att försäkringsbolagens tillämpning av plikten ska kunna kontrolleras. Om det utvecklades en praxis genom någon form av prövningar på området, skulle även eventuella oklarheter angående pliktens tillämpning kunna klaras upp. Att det finns goda möjligheter till prövning bör dessutom, som regeringen påpekade redan vid pliktens införande, vara ett viktigt incitament för försäkringsbolagen att se till att den försäkringssökande får en tydlig motivering i de fall försäkring nekas.

Som framgår ovan, finns det flera faktorer som sannolikt har bidragit till att tvister gällande kontraheringsplikten inte (så vitt vi vet) har prövats rättsligt.

Mot den nu angivna bakgrunden anser vi att det skulle vara positivt om det blev enklare för den som har nekats en personförsäkring, att få en objektiv bedömning av försäkringsbolagets beslut. I det följande överväger vi hur en sådan förenkling bäst skulle kunna uppnås.

³⁰ Sådana tvister prövas inte av någon av Svensk Försäkrings nämnder. Tvisterna faller också utanför Allmänna reklamationsnämndens kompetensområde (se 3 § förordning (2015:739) med instruktion för Allmänna reklamationsnämnden).

Ingen förändring behövs när det gäller möjlighet till domstolsprövning

Även om det hittills inte har utvecklats någon rättspraxis på området, är det viktigt att möjligheten för den försäkringssökande att ytterst få en domstolsprövning av ett beslut att neka en personförsäkring kvarstår. Det är bara genom en domstolsprövning som sökanden kan få ett för bolaget bindande beslut om att försäkringstiden, och därmed försäkringsskyddet, ska räknas från den tidpunkt som skulle ha gällt om försäkringsbolaget skulle ha bifallit ansökan (16 kap. 7 § tredje stycket).

Vad gäller förutsättningarna för den försäkringssökande att påkalla en domstolsprövning gör utredningen följande överväganden.

Redan i dag finns det, som nämnts, möjligheter för den som har nekats en personförsäkring att, under vissa omständigheter, få bistånd av Konsumentombudsmannen eller Diskrimineringsombudsmannen att föra talan i domstol. Den som vill väcka talan i domstol mot ett försäkringsbolag kan också i vissa fall delvis få ersättning för kostnaderna för en domstolsprocess genom det rättsskyddsmoment som är vanligt i hem- och villaförsäkringen. Den som saknar en sådan försäkring kan eventuellt ha möjlighet att betala rättegångskostnaderna genom att ansöka om statlig rättshjälp enligt rättshjälplagen (1996:1619) (en förutsättning för att få rättshjälp är i princip att man inte har inkomster som överstiger 260 000 kronor).

För den som önskar föra talan mot ett försäkringsbolag avseende rätten till en personförsäkring finns det alltså redan ett flertal möjligheter att få praktiskt och ekonomiskt bistånd med detta.

I det här sammanhanget ska det också nämnas att det kan finnas situationer där ett försäkringsbolag ska anses ha nekat en sökt personförsäkring, även om bolaget inte har lämnat något skriftligt avslagsbeslut eller det bara framgår indirekt av meddelanden från bolaget att försäkring nekats. Även i dessa fall är det viktigt att sökanden kan få rätten att teckna försäkringen prövad. Av lagstiftningsmotiven framgår exempelvis att om ett försäkringsbolag skulle ställa omotiverade krav på utredning angående hälsotillståndet hos den försäkringssökande, som närmast kan antas ha till syfte att avskräcka denne från att fullfölja ansökan, kan detta anses jämförbart med en vägran att meddela försäkring (se prop. 2003/04:150 s. 498). Eftersom FAL inte ställer upp något skriftlighetskrav eller annat formkrav för ett beslut att neka försäkring, bör den som har ansökt

om en personförsäkring, också i en sådan situation kunna vända sig till domstol för att få rätten till en personförsäkring prövad, alltså även om försäkringsbolaget inte har lämnat något skriftligt avslagsbeslut.³¹

Utredningen anser mot nu angiven bakgrund att förutsättningarna för den försäkringssökande att väcka talan i allmän domstol i fråga om rätten att teckna en personförsäkring, redan är så goda som är möjligt. Någon ändring behövs därför inte i det avseendet. Med tanke på att steget för en konsument att väcka talan i domstol ändå är stort, skulle det samtidigt vara positivt om möjligheten till domstolsprövning kompletterades genom tillgång till effektiv, objektiv och rättssäker prövning av tvister rörande kontraheringsplikten utanför domstol. Utredningen bedömer att detta skulle kunna uppnås genom att en av Svensk Försäkrings tvistlösningsnämnder, *Personförsäkringsnämnden*, gavs i uppdrag att även pröva tvister angående rätten till en personförsäkring.

Allmänt om Personförsäkringsnämnden

Huvudman för Personförsäkringsnämnden är försäkringsbolagens branschorganisation, Svensk Försäkring. Kostnaderna för nämndens verksamhet fördelas mellan de försäkringsbolag som deltar i verksamheten i förhållande till antalet inkomna ärenden från respektive bolag. Nämndens prövning är skriftlig och kostnadsfri för konsumenter. Prövningen baseras på de handlingar som parterna ger in och båda parter ges tillfälle att yttra sig över det som motparten ger in. Den genomsnittliga handläggningstiden vid nämnden är cirka fyra månader.

Personförsäkringsnämndens verksamhet styrs av stadgar. Ändring av stadgarna beslutas av Svensk Försäkrings styrelse.

Nämnden prövar, på anmälan av konsumenter, tvister mellan enskilda konsumenter och deras försäkringsbolag som rör liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring i de fall som kräver medicinska bedöm-

³¹ En annan sak är att talfristen enligt 16 kap. 7 § andra stycket FAL inte börjar löpa förrän försäkringsbolaget till den försäkringssökande har avsänt meddelande om sitt beslut, uppgift om skälen för detta och upplysning om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat. Vill bolaget säkerställa att den talfristen startar, måste alltså bolaget skicka ett sådant skriftligt meddelande.

ningar. Tvister som prövas av Personförsäkringsnämnden är undantagna från Allmänna reklamationsnämndens kompetensområde.³²

Nämndens prövning baseras på lagar och gällande försäkringsvillkor och verksamheten styrs av stadgar. Personförsäkringsnämnden prövar bara tvister mellan konsumenter och försäkringsbolag som är anslutna till nämnden. Medlemmar i Svensk Försäkring kan ansluta sig till nämnden genom anmälan till Svensk Försäkrings styrelse. Personförsäkringsnämnden kan pröva ärenden även mot bolag som inte är anslutna till nämnden, om bolaget anmäler om att få ansluta sig. Beslutet tas av Svensk Försäkrings styrelse. Styrelsen får även medge utländska och andra försäkringsbolag som inte är medlemmar i Svensk Försäkring anslutning till nämnden.³³

Vid beslut ska nämnden bestå av en ordförande och fyra ledamöter. Ordföranden ska vara jurist med stor domarerfarenhet och sakkunnig i de frågor som faller inom nämndens verksamhet. Två av ledamöterna ska representera konsumentintresset. De övriga två ledamöterna ska ha erfarenhet av de för nämnden aktuella försäkringsfrågorna. Nämndens konsumentrepresentanter utses av Konsumentvägledarnas förening. Nämndens övriga ledamöter utses av Svensk Försäkrings styrelse. Till nämndens förfogande finns också ett antal rådgivande läkare som är särskilt lämpade att bedöma försäkringsmedicinska frågor. De rådgivande läkarna utses av Svensk Försäkrings styrelse.

Nämndens yttranden är endast rådgivande för bolagen och det finns inga sanktionsmöjligheter kopplade till utslagen. Om ett försäkringsbolag avviker från nämndens yttrande ska bolaget däremot snarast skriftligen meddela nämnden detta och ange skälen för avvikelserna. Enligt uppgift från Svensk Försäkring följs nämndens yttranden i mycket hög utsträckning.

Det finns ingen tidsfrist eller preskriptionstid inom vilken ett ärende ska ha väckts i nämnden för att tas upp till prövning, utöver allmänna preskriptionsregler för anspråket som sådant.

³² Se 6 § förordning (2015:739) med instruktion för Allmänna reklamationsnämnden (Personförsäkringsnämnden är en sådan tvistlösningsnämnd som har godkänts enligt lagen (2015:671) om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden).

³³ Utredningen konstaterar att de allra flesta försäkringsbolag som tillhandahåller individuell personförsäkring är medlemmar i Svensk Försäkring, och anslutna till Personförsäkringsnämnden.

Kostnaderna för Personförsäkringsnämndens verksamhet fördelas mellan de till nämnden anslutna försäkringsbolagen i förhållande till antalet ärenden från respektive bolag.

Under 2015 avgjorde Personförsäkringsnämnden 968 ärenden i sak. Samma år inkom 1 175 ärenden till nämnden. Alla ärenden som uppfyller de formella kraven tas upp till prövning. Nämnden förordade en ändring av bolagets beslut i 130 av de 968 ärenden som nämnden prövade i sak.

Personförsäkringsnämnden godkändes i början av 2016 som en sådan särskild *nämnd för alternativ tvistlösning* som omfattas av den lag (2015:671) om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden som trädde i kraft den 1 januari 2016.³⁴ Förfarandet vid nämnden lever därmed upp till de höga krav på objektivitet och opartiskhet som krävs för godkännande enligt den lagen.

Det är önskvärt att Personförsäkringsnämnden öppnas för tvister rörande kontraheringsplikten

Utredningen anser att Personförsäkringsnämnden, med vissa eventuella anpassningar av verksamheten, skulle vara väl lämpad att pröva tvister rörande kontraheringsplikten för personförsäkring.

Nämnden har god erfarenhet av, och kompetens för, att pröva frågor rörande försäkringsmedicinska bedömningar, vilket är en förutsättning för att kunna avgöra tvister angående rätten till en personförsäkring.

Nämndens sammansättning – med en objektiv ordförande med stor juridisk kompetens, två ledamöter som representerar konsumentintresset och två ledamöter med erfarenhet av försäkringsfrågor – säkerställer också nämndens objektivitet och opartiskhet. Att nämnden har blivit godkänd enligt den ovan nämnda nya lagen om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden, är dessutom en ytterligare garanti för att förfarandet vid nämnden utgör en rätts-säker prövning av hög kvalitet.

Förfarandet i Personförsäkringsnämnden är vidare skriftligt och betydligt enklare än en domstolsprocess. Nämndförfarandet är inte

³⁴ Lagen genomför Europaparlamentets och rådets direktiv 2013/11/EU av den 21 maj 2013 om alternativ tvistlösning vid konsumenttvister och om ändring av förordning (EG) nr 2006/2004 och direktiv 2009/22/EG.

heller förenat med några kostnader för konsumenten. Tanken är att processen i nämnden ska vara så pass enkel att konsumenten inte ska behöva anlita något juridiskt ombud. Handläggningstiderna är därmed också betydligt kortare än i domstol.

Att förfarandet i Personförsäkringsnämnden enbart är skriftligt och är betydligt enklare än en domstolsprocess innebär givetvis att prövningen skulle bli mer summarisk än om saken hade prövats i domstol. Med hänsyn till den försäkringstekniska och medicinska kompetens som finns inom Personförsäkringsnämnden bör ändå den försäkringssökande genom nämndens yttrande få en viktig indikation angående vad en eventuell domstolstalan skulle kunna tänkas resultera i. Även i de fall nämnden inte beslutar till den försäkringssökandes fördel, kan denne därigenom dra nytta av förfarandet.

Nämndens yttranden är inte rättsligt bindande för försäkringsbolagen, men följs ändå i mycket hög utsträckning av bolagen. En prövning av nämnden innebär samtidigt inte heller någon rättsförlust för den försäkringssökande, eftersom denne är helt oförhindrad att efter nämndens prövning vända sig till domstol för att få saken prövad där (se nedan angående förlängning av fristen för att väcka talan i domstol efter en nämndprövning).

Vår bedömning, vilken även har bekräftats av Svensk Försäkring, är att en möjlighet för en försäkringssökande att få sin sak prövad genom en objektiv bedömning i Personförsäkringsnämnden skulle vara positivt också för försäkringsbolagen, eftersom även branschen har ett intresse av att frågor kring kontraheringspliktens praktiska tillämpning klargörs. Det kan också vara fördelaktigt för försäkringsbolagen att i dialogen med en missnöjd försäkringssökande kunna hänvisa till möjligheten att anmäla en tvist till nämnden.

Utredningen bedömer sammanfattningsvis att Personförsäkringsnämnden har den grundläggande kompetens och sammansättning som behövs för att opartiskt och objektivt pröva frågor rörande kontraheringsplikten, och att ett sådant uppdrag till nämnden skulle vara av stor nytta för såväl konsumenter som för försäkringsbolagen.

Mot den bakgrunden, menar vi att det är önskvärt att Svensk Försäkring ger Personförsäkringsnämnden i uppdrag att, på anmälan av konsumenter, pröva tvister mellan enskilda konsumenter och ett försäkringsbolag rörande frågor om rätten till en personförsäkring. Svensk Försäkring har också ställt sig positivt till utredning-

ens förslag om att öppna Personförsäkringsnämnden för tvister rörande kontraheringsplikten. Det får bli upp till Svensk Försäkring att fastställa de närmare formerna och förutsättningarna för Personförsäkringsnämndens prövning genom ändring i nämndens stadgar.

Utredningen utesluter inte heller att frågor rörande kontraheringsplikten för personförsäkring i framtiden skulle kunna prövas av något annat tvistlösningsorgan utanför domstol, om det skulle inrättas något sådant organ som motsvarar Personförsäkringsnämnden.

Nedan föreslår utredningen de lagstiftningsåtgärder som behövs för att säkerställa att konsumenter har goda förutsättningar att dra nytta av en eventuell möjlighet till prövning utanför domstol av tvister rörande kontraheringsplikten (se närmast nedan angående förlängd frist för att väcka talan i domstol efter en nämndprövning, men även avsnitt 16.6.8 nedan angående skyldighet för försäkringsbolagen att upplysa om olika prövningsmöjligheter).

Förlängd talefrist efter tvistlösning utanför domstol

Som redan har framgått, måste en talan om rätten till en personförsäkring enligt 16 kap. 7 § andra stycket FAL väckas *inom sex månader* från det att försäkringsbolaget har skickat den försäkrings sökande ett meddelande om sitt beslut, uppgift om skälen för detta och upplysning om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat. Väcks inte talan inom den tiden, följer det av bestämmelsen att rätten att föra talan förfaller.

En specialregel finns i 16 kap. 6 § FAL, angående den situationen att den försäkringssökande gör gällande att bolagets meddelande inte har kommit fram. Av den paragrafen följer att om sökanden gör sannolikt *dels* att meddelandet från försäkringsbolaget har försenats eller inte kommit fram, *dels* att detta beror på andra omständigheter än sådana som han eller hon har kunnat råda över, får meddelandet verkan tidigast en vecka efter den dag då det kom fram.

Om Personförsäkringsnämnden, eller motsvarande tvistlösningsorgan, öppnas för tvister rörande rätten till en personförsäkring, måste det säkerställas att den försäkringssökande inte efter en sådan prövning hindras från att väcka talan i domstol på grund av att talefristen har löpt ut under nämndprövningen.

Bestämmelser om hur olika former av tvistlösning utanför domstol inverkar på bl.a. frister för att väcka talan, finns i två lagar på privaträttens område. En sådan bestämmelse finns i 14 § i den ovan nämnda nya lagen om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden. Den bestämmelsen är utformad efter mönster av 6 § lagen (2011:860) om medling i vissa privaträttsliga tvister (se prop. 2014/15:128 s. 49 och prop. 2010/11:128. s. 62 ff.).³⁵ Båda dessa lagar har tillkommit för att genomföra olika EU-direktiv i svensk rätt.³⁶ I de aktuella bestämmelserna föreskrivs att en talefrist eller en preskriptionstid som löper vid den tidpunkt då förfarandet inleds, och som gäller för den sak som förfarandet avser, löper ut tidigast en månad efter avslutat förfarande.

Ingen av de ovan nämnda lagarna skulle vara tillämpliga vid prövning av tvister rörande kontraheringsplikten i Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan. Någon medling är det inte fråga om, och tillämpningsområdet för lagen om tvistlösning utanför domstol i konsumentförhållanden är begränsat till *avtal om köp av vara eller tjänst* (1 §). Eftersom en tvist angående rätten till en personförsäkring rör situationen innan något avtal träffas, kommer den lagen om tvistlösning utanför domstol inte att vara tillämplig på sådana tvister (även om Personförsäkringsnämnden, som nämnts, har godkänts som en sådan särskild tvistlösningsnämnd som omfattas av lagen).

Mot ovan angiven bakgrund, behövs det någon lagstiftande åtgärd för att säkerställa att försäkringssökande som i framtiden kan komma att vända sig till Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsnämnd för prövning av frågor rörande kontraheringsplikten för personförsäkring, inte riskerar att gå miste om möjligheten att därefter väcka talan i domstol. Den tydligaste lösningen för att uppnå detta är genom ett tillägg till 16 kap. 7 § FAL. I det följande diskuterar vi hur ett sådant tillägg bör utformas.

³⁵ Lagen om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden reglerar prövningen av avtalsrättsliga tvister mellan konsumenter och näringsidkare vid sådana tvistlösningsnämnder som har godkänts enligt ett särskilt förfarande som föreskrivs i lagen. Lagen om medling i vissa privaträttsliga tvister gäller medling i privaträttsliga tvister där förlikning om saken är tillåten.

³⁶ Lagen (2011:860) om medling i vissa privaträttsliga tvister genomför Europaparlamentets och rådets direktiv 2008/52/EG av den 21 maj 2008 om vissa aspekter på medling på privaträttens område.

En ny sexmånadersfrist efter tvistlösning utanför domstol

Regeringens överväganden angående talefrister och preskriptionstider vid tvistlösning utanför domstol finns främst i förarbetena till lagen om medling i vissa privaträttsliga tvister. Där behandlade regeringen olika alternativa lagtekniska lösningar för att säkerställa att den som väljer att lösa en tvist genom medling inte därigenom skulle gå miste om möjligheten att väcka talan i domstol för att en talefrist eller en preskriptionstid löpt ut under prövningen. Regeringen kom då fram till att den lämpligaste lösningen var att föreskriva att en talefrist eller en preskriptionstid som löpte när ett medlingsförfarande inleddes skulle löpa ut tidigast en viss tid efter det att medlingsförfarandet avslutats. När det särskild gällde talefrister, betonade regeringen i det sammanhanget att sådana frister syftar till att sätta en gräns för ovissheten om ett rättsförhållande. Som exempel nämndes att en säljare av en fastighet efter en viss tid måste kunna veta att köparen inte kan häva köpet. Enligt regeringen manade syftet med talefrister till försiktighet när det gäller att förlänga dessa. Mot den bakgrunden, angav regeringen att det var tillräckligt att förlänga fristen med en månad efter avslutat medlingsförfarande. Enligt regeringen borde parterna en månad efter förfarandet vara väl insatta i frågan, och rimligen anses ha en viss beredskap för att föra tvisten vidare till domstol (se prop. 2010/11:128. s. 62 f.).

I likhet med vad som gäller enligt de ovan nämnda bestämmelserna om medling och tvistlösning i konsumentförhållanden, bör den nya regleringen i FAL föreskriva att fristen för att väcka talan i domstol *förlängs en viss tid* efter prövning vid Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan, *om* den sexmånadersfrist som ställs upp i 16 kap. 7 § andra stycket *löper* när en ett sådant tvistlösningsförfarande *inleds*. En första förutsättning för att talefristen ska förlängas ska alltså vara att fristen *löper* då tvistlösningen utanför domstol inleds. Har sexmånadersfristen löpt ut redan innan den försäkringssökande anmäler saken till ett sådant tvistlösningsorgan som avses i bestämmelsen, har möjligheten för sökanden att väcka talan i domstol med avseende på den aktuella försäkringsansökan gått förlorad en gång för alla. Någon ny talefrist ska inte börja löpa för att frågan anmäls till ett sådant tvistlösningsorgan

som avses i bestämmelsen.³⁷ Ingenting hindrar i och för sig att den försäkringssökande på nytt ansöker om att få teckna en försäkring hos samma försäkringsbolag. I sådant fall startar en ny talfrist enligt 16 kap. 7 § andra stycket FAL från det att bolaget i det nya ansökningsärendet har avsänt ett sådant meddelande som avses i bestämmelsen. Skulle det bli fråga om en domstolsprövning av försäkringsbolagets beslut i det nya ansökningsärendet, skulle samtidigt domstolen bara kunna bestämma att försäkringstiden ska räknas från tidpunkten för den nya ansökan (se 16 kap. 7 § tredje stycket).

När det gäller *hur lång talfristen ska vara* efter en prövning utanför domstol, gör vi följande överväganden.

Av skäl som kommer att utvecklas närmare i det följande, menar utredningen att det är rimligt att fristen för att väcka talan efter prövning utanför domstol av ett beslut att neka försäkring, ska vara lika lång som efter försäkringsbolagets ursprungliga beslut när sökanden inte initierar någon sådan tvistlösning, dvs. *sex månader*.

Till att börja med ska det beaktas att ett syfte med en prövning utanför domstol är att den som har nekats att teckna en personförsäkring ska kunna få bättre underlag för att bedöma chanserna till framgång i domstol. Eftersom tvister rörande kontraheringsplikten för personförsäkring i regel handlar om medicinska bedömningar, kan det antas att det finns ett extra stort behov av att en utomstående, objektiv instans med försäkringsmedicinsk kompetens uttalar sig, för att den försäkringssökande ska kunna bilda sig en uppfattning angående hur bolagets beslut skulle stå sig vid en domstolsprövning. Även efter ett avslutat förfarande i Personförsäkringsnämnden eller liknande tvistlösningsorgan, är det därför viktigt att den försäkringssökande ges skäligen tid på sig att förbereda en eventuell domstolstalan, vilket i frågor rörande kontraheringsplikten normalt måste antas inkludera att anlita juridiskt ombud alternativt ansöka om KO-biträde. Sex månader har av lagstiftaren bedömt vara skäligen tid för sådana åtgärder, och samma frist bör därför gälla efter en prövning utanför domstol.

Dessutom är det utredningens bedömning att någon större ökning av antalet domstolstvister inte kan förväntas på grund av att tale-

³⁷ Det kan hända att Personförsäkringsnämndens stadgar kommer att utformas så att den försäkringssökande ska anmäla tvisten till nämnden inom den sexmånadersfrist som framgår av 16 kap. 7 § andra stycket. I sådant fall kommer fristen alltid att löpa när en tvist vid nämnden inleds.

fristen förlängs med sex månader efter sådan prövning utanför domstol. Till att börja med kan det konstateras att fristen för att väcka talan i domstol har varit sex månader sedan kontraheringsplikten infördes 2006, och att talan bara har väckts i domstol vid några enstaka tillfällen sedan dess. Eftersom försäkringsbolagen normalt följer Personförsäkringsnämndens yttranden, kan det också antas att den försäkringssökande som får framgång i nämnden i de flesta fall kommer att få teckna försäkringen i fråga, utan att behöva väcka talan i domstol. Om Personförsäkringsnämndens yttrande inte utfaller till den försäkringssökandes fördel, kommer denne inte heller ha ett större incitament att väcka talan i domstol, än om nämndprövningen inte hade ägt rum. Att fristen för att väcka talan i domstol förlängs med sex månader efter avslutat tvistlösningsförfarande, bör mot den bakgrunden i praktiken inte innebära någon större osäkerhet för försäkringsbolagens del.

Av de skäl som har angetts ovan, menar vi alltså att fristen för att väcka en domstolstalan efter en prövning i Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan, ska vara *sex månader*. I detta avseende kommer därmed regleringen i FAL att avvika något från de ovan nämnda bestämmelserna om medling och tvistlösning i konsumentförhållanden.

Till skillnad från de nämnda bestämmelserna angående medling och tvistlösning i konsumentförhållanden, är det vidare inte nödvändigt att föreskriva i FAL att fristen för att väcka talan i en tvist rörande kontraheringsplikten, ska löpa ut *tidigast* en viss tid efter ett tvistlösningsförfarande utanför domstol. En sådan reglering behövs i lagarna om medling och tvistlösning i konsumentförhållanden, eftersom tvister som omfattas av dessa lagar kan aktualisera olika typer av talefrister, och framför allt preskriptionstider som kan löpa på många år (den allmänna preskriptionstiden för fordringar är exempelvis tio år). Vad gäller kontraheringsplikten, är det däremot bara fråga om en enda talefrist som kan bli aktuell – sexmånadersfristen från meddelandet om bolagets beslut enligt 16 kap. 7 § andra stycket FAL. Fristen för att väcka talan i domstol efter ett nämndförfarande kan därför bestämmas till *sex månader*.

Även när det gäller *tidpunkten från vilken den nya sexmånadersfristen ska räknas*, anser vi att det finns skäl att utforma regleringen avseende talefristen för tvister rörande kontraheringsplikten på ett sätt som avviker något från vad som gäller enligt lagen om medling

och lagen om tvistlösning i konsumentförhållanden. Enligt dessa två lagar löper, som framgått, en ny talefrist från det att medlingen eller tvistlösningsförfarandet *avslutas*.

Även om försäkringsbolagen i de allra flesta fall kan förväntas följa Personförsäkringsnämndens yttrande, om detta är till förmån för den försäkringssökande, kan det antas att det kommer att finnas undantagsfall där något bolag väljer att helt eller delvis gå emot nämndens rekommendation. I sådana fall är det rimligt att fristen att väcka talan i domstol inte ska börja löpa förrän försäkringsbolaget har underrättat den försäkringssökande om att bolaget inte avser att följa nämndens yttrande. Risken kan i annat fall finnas att den försäkringssökande felaktigt utgår ifrån att bolaget kommer att följa Personförsäkringsnämndens yttrande under så pass lång tid att talefristen går ut eller löper så länge att det blir praktiskt omöjligt att hinna väcka en domstolstalan.

Enligt uppgift till utredningen är det också normal praxis inom försäkringsbranschen att lämna skriftliga besked till konsumenten efter en prövning i Personförsäkringsnämnden.

Utredningen menar mot den nu angivna bakgrunden att en ny talefrist i fråga om rätten till en sökt personförsäkring, bör löpa från det att försäkringsbolaget, efter det att tvistlösningsförfarandet avslutats, har *meddelat den försäkringssökande om försäkringen nu får tecknas*, dvs. om bolaget står fast vid sitt ursprungliga beslut eller om den försäkringsansökan som tvisten har handlat om nu beviljas helt eller delvis. På samma sätt som när det gäller talefristen efter försäkringsbolagets ursprungliga beslut, ska tidpunkten för den förlängda talefristen efter en prövning utanför domstol, knytas till att bolaget *avsänder ett skriftligt meddelande* om detta till sökanden (se prop. 2003/04:150 s. 204 f. och 311 samt s. 451 och 574).³⁸

För att en ny talefrist ska börja löpa efter prövningen utanför domstol, ska det också krävas att bolaget i det skriftliga meddelandet angående om försäkringen nu beviljas eller inte, har angett *skälen* för sitt ställningstagande i den frågan. Om tvistlösningsorganet har kommit fram till att försäkringsbolagets ursprungliga beslut att helt eller delvis neka försäkring har varit korrekt, och bolaget avser att stå fast vid detta, bör det räcka med att bolaget hänvisar till organets yttrande och de skäl som har uppgetts i det

³⁸ Se även Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, s. 175 f. och 337.

ursprungliga beslutet. Ifall tvistlösningsorganet har rekommenderat att försäkringsbolaget frångår sitt ursprungliga beslut och beviljar försäkringsansökan helt eller delvis, och bolaget avser att följa rekommendationen, är det på motsvarande sätt tillräckligt att bolaget uppger detta och hänvisar till tvistlösningsorganets yttrande. Om däremot försäkringsbolaget väljer att, helt eller i någon mån, gå emot tvistlösningsorganets yttrande i ett sådant fall, krävs en mer utförlig motivering.

Sammanfattningsvis bör det genom ett tillägg till 16 kap. 7 § FAL föreskrivas att om ett tvistlösningsförfarande *inleds* vid Personförsäkringsnämnden eller liknande tvistlösningsorgan *inom den frist* för väckande av talan som anges i 16 kap. 7 § andra stycket, löper fristen ut först *sex månader* efter det att försäkringsbolaget, sedan tvistlösningsförfarandet avslutats, till den försäkringssökande har *avsänt ett meddelande* angående om *försäkring får tecknas* och uppgift om *skälen* för det ställningstagandet.

Vid tillämpningen av den nya bestämmelsen ska tvistlösningsförfarandet anses *inlett* när den försäkringssökandes skriftliga anmälan har kommit in till tvistlösningsorganet.

Om den försäkringssökande har inlett en tvist vid Personförsäkringsnämnden eller liknande tvistlösningsorgan inom den ursprungliga talefristen, krävs alltså att bolaget, efter det att förfarandet har avslutats, avsänder ett sådant skriftligt meddelande som angetts ovan, för att en ny talefrist om sex månader ska börja löpa. Detta ska gälla även om tvistlösningsorganet av någon anledning avslutar förfarandet utan att pröva tvisten i sak, exempelvis genom avvisning eller avskrivning.³⁹ En försäkringssökande som väljer att inleda ett tvistlösningsförfarande utanför domstol, riskerar därmed inte att därigenom gå miste om möjligheten till domstolsprövning på grund av att talefristen löper ut under handläggningen där, även om det visar sig att tvisten av ett eller annat skäl inte kan prövas av tvistlösningsorganet i fråga.⁴⁰

³⁹ Det får ankomma på Svensk Försäkring att säkerställa att förfarandet vid Personförsäkringsnämnden utformas så att försäkringsbolagen underrättas om anmälningar till nämnden även i de fall anmälan avvisas eller avskrivs.

⁴⁰ Risken för att den försäkringssökande av okynne ska anmäla tvister till Personförsäkringsnämnden bara för att förlänga talefristen måste betraktas som liten. Någon som har nekats en personförsäkring kan i regel antas sakna intresse av att i onödan dra ut på ärendet om utsikterna till framgång ändå framstår som små. Intresset bör då normalt vara högre av att

16.6.8 Skyldighet för försäkringsbolaget att upplysa om prövningsmöjligheter

Förslag: I 11 kap. 1 § FAL införs en skyldighet för försäkringsbolaget att, i samband med ett beslut att neka försäkring, upplysa den försäkringssökande om vad denne ska göra för att få beslutet prövat. Härmed avses möjlighet till prövning i domstol och, om sådan möjlighet finns, av *Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol* samt möjligheter till *omprövning av beslutet internt inom det aktuella försäkringsbolaget*.

Gällande rätt

En skyldighet för försäkringsbolaget att informera den försäkringssökande om möjligheten till en domstolsprövning, och vad som krävs för en sådan prövning, får för närvarande anses framgå genom att fristen för sökanden att väcka en sådan talan, enligt 16 kap. 7 § andra stycket FAL, inte börjar löpa förrän bolaget har lämnat sådana upplysningar. Någon skyldighet för försäkringsbolaget att upplysa om möjligheten till domstolsprövning *i samband med ett beslut att neka personförsäkring*, finns däremot inte.

I dag finns det vidare ingen skyldighet alls för försäkringsbolaget att i förekommande fall informera om möjlighet till tvistlösning utanför domstol⁴¹, eller om de möjligheter som kan finnas till omprövning av beslutet inom det aktuella bolaget.⁴²

försöka få ett försäkringsskydd genom att ansöka om en individuell personförsäkring hos ett annat försäkringsbolag, alternativt genom att om möjligt teckna en gruppförsäkring.

⁴¹ Skyldighet att lämna sådan information föreskrivs visserligen i den lag (2015:671) om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden som trädde i kraft den 1 januari 2016. Men eftersom den lagens tillämpningsområde är begränsat till *avtal om köp av vara eller tjänst* (1 §), och en tvist om rätten till en personförsäkring rör situationen innan något avtal träffas, omfattar inte lagen tvister rörande kontraheringsplikten.

⁴² Jämför artikel av Eva Lindell Frantz i *Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, 2009, s. 96.

Behovet av åtgärder

För att den som har nekats en personförsäkring effektivt ska kunna utnyttja de olika möjligheter till prövning som kan finnas, är det angeläget att upplysning om dessa lämnas i anslutning till att sökanden får del av bolagets beslut. Även de flesta försäkringsbolag i dag lämnar uppgifter om olika prövningsmöjligheter på frivillig basis, menar vi att det bör införas en skyldighet för ett försäkringsbolag som helt eller delvis nekar någon en sökt personförsäkring att, i samband med beslutet, upplysa om vart den försäkringssökande kan vända sig vid missnöje med beslutet. Givetvis ska information om möjligheten att få beslutet prövat av *domstol* ingå i de upplysningarna. Om Personförsäkringsnämnden öppnas för prövning av tvister rörande kontraheringsplikten, bör bolaget dessutom ha en skyldighet att upplysa om att den försäkringssökande kan vända sig till nämnden för att få beslutet prövat. Ifall det i framtiden skulle inrättas något annat motsvarande privat eller statligt tvistlösningsorgan för prövning av tvister rörande kontraheringsplikten, bör det finnas en skyldighet för försäkringsbolaget att upplysa även om detta. Försäkringsbolaget ska också vara skyldigt att, i samband med beslutet att neka försäkring, upplysa om vilka möjligheter den försäkringssökande har att få beslutet prövat på nytt inom bolaget. Vilka sådana möjligheter till omprövning som finns varierar mellan försäkringsbolagen. Även formerna för prövningen skiljer sig åt. Det kan exempelvis handla om att beslutet prövas på nytt av försäkringsbolagets riskbedömare i särskild sammansättning eller att ett beslut kan omprövas i en intern prövningsnämnd eller av en kundombudsman. Försäkringsbolaget bör vara skyldigt att upplysa om samtliga sådana omprövningsmöjligheter.

Utredningen föreslår alltså att det i 11 kap. 1 § FAL införs en skyldighet för bolaget att, *i samband med ett beslut att neka försäkring, upplysa om vad den försäkringssökande ska göra för att få beslutet prövat*. Skyldigheten omfattar information om

- eventuella möjligheter till intern omprövning inom bolaget
- möjlighet till prövning i Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol (om sådan prövningsmöjlighet finns)
- möjlighet till prövning i domstol.

Det ligger i sakens natur att försäkringsbolaget även måste upplysa den försäkringssökande om hur dessa olika prövningsmöjligheter förhåller sig till varandra, dvs. i vilken ordning de lämpligen kan utnyttjas.

Liksom när det gäller skyldigheten att motivera ett beslut att neka en personförsäkring (se avsnitt 16.6.5 ovan), uppstår skyldigheten att upplysa om prövningsmöjligheter när försäkringsbolaget skiljer ett ansökningsärende ifrån sig i förhållande till den försäkringssökande. Det innebär att skyldigheten kan uppstå mer än en gång i ett och samma ansökningsärende. Så blir fallet om försäkringsbolaget efter sitt första beslut att neka försäkring väljer att ta upp ärendet till förnyad prövning. Då ska bolaget enligt den föreslagna regleringen även vid det nya beslutet efter omprövningen upplysa om vilka möjligheter som sökanden har att få saken prövad.

16.6.9 Inget behov av utökade tillsynsuppdrag

Bedömningar: Med stöd av bestämmelsen om god försäkringsstandard i 4 kap. 3 § FRL kan Finansinspektionen redan nu utöva tillsyn över försäkringsbolagens tillämpning av kontraheeringsplikten för personförsäkring. Finansinspektionen bör kunna använda de tillsyns- och sanktionsmöjligheter som redan finns för att bedriva en effektiv tillsyn.

Det behövs inte heller bör något utökat tillsynsuppdrag till Konsumentverket med avseende på tillämpningen av kontraheeringsplikten.

Inledning

Som har nämnts i kapitel 5, utövas tillsyn över försäkringsverksamheten av både Finansinspektionen och Konsumentverket. Finansinspektionens tillsyn är främst näringsrättslig, medan den tillsyn som utövas av Konsumentverket framför allt är marknadsrättslig.

I det följande redovisar vi vilka tillsynsbefogenheter som Finansinspektionen respektive Konsumentverket har i dag och hur dessa används. Sedan diskuterar vi om det, för att kontraheeringsplikten ska få avsedd effekt, kan behövas något utökat tillsynsuppdrag för någon av myndigheterna.

Allmänt om Finansinspektionens tillsyn

Finansinspektionen är central förvaltningsmyndighet för tillsynen, regelgivningen och tillståndsprovningen som rör finansiella marknader och finansiella företag, inklusive det enskilda försäkringsväsendet. De övergripande målen för Finansinspektionens verksamhet är att bidra till det finansiella systemets stabilitet och effektivitet samt att verka för ett gott konsumentskydd (se 14 kap. 2 § FRL och förordning (2009:93) med instruktion för Finansinspektionen). I Finansinspektionens uppdrag ingår också att meddela regler i form av föreskrifter och allmänna råd som ska komplettera gällande lagstiftning.

Finansinspektionens tillsyn över försäkringsbolagen utförs med stöd av främst FRL och har som nämnts i första hand ett näringsrättsligt perspektiv.

FRL innehåller bl.a. grundläggande krav på hur försäkringsrörelse ska bedrivas. Bestämmelserna har utformats som handlingsregler för försäkringsbolagen och har till syfte att skydda försäkringstagarna som kollektiv (se prop. 2009/10:246 s. 444 med hänvisning till prop. 1998/99:87 s. 391 f.). Enligt FRL ska försäkringsrörelse bedrivas med en tillfredsställande soliditet, likviditet och kontroll över försäkringsrisker, placeringsrisker och rörelserisker. Syftet är att säkerställa att åtagandena mot exempelvis försäkringstagarna kan fullgöras (4 kap. 1 § FRL).

Enligt 4 kap. 3 § FRL ska ett försäkringsbolags rörelse också drivas enligt *god försäkringsstandard*. Bestämmelsen om god försäkringsstandard infördes år 2000. Enligt förarbetena avses med god försäkringsstandard att verksamheten ska stämma överens med en kvalitativt tillfredsställande standard hos en representativ krets av försäkringsgivare (se prop. 1998/99:87 s. 393).⁴³ Kravet på god försäkringsstandard är inte begränsat till själva försäkringsrörelsen utan gäller bolagets verksamhet i dess helhet. I motiven anges att standarden i första hand ska gälla för bedömningen av om *anskaffningen av försäkringar, förvaltningen och skaderegleringen* är tillfredsställande ordnad. Kravet på god försäkringsstandard syftar främst till att skydda konsumenter och mindre företag (se prop. 1998/99:87 s. 182 f.).

⁴³ Den representativa kretsen behöver inte bestå av t.ex. alla försäkringsbolag på marknaden, utan kan vara en minoritet av bolagen numerärt sett. Om ett försäkringsbolag, till konsumentens nackdel, avviker från vad den representativa kretsen gör, kan bolaget bedömas bryta mot god försäkringsstandard.

Om verksamheten i ett försäkringsbolag inte drivs i enlighet med de krav som ställs i FRL, såsom exempelvis kravet på god försäkringsstandard, har Finansinspektionen möjlighet att ingripa. Inspektionen kan då meddela anmärkning eller varning och besluta om straffavgifter eller förelägganden. Finansinspektionen kan även återkalla tillstånd att bedriva verksamhet. Finansinspektionen ingriper däremot aldrig i enskilda konsumenters mellanhavanden med enskilda försäkringsbolag.

Ett försäkringsbolag ska lämna Finansinspektionen de upplysningar om sin verksamhet som inspektionen begär (14 kap. 5 § FRL). Det finns även ett föreskriftsbemyndigande kopplat till den bestämmelsen, vilket innebär att Finansinspektionen kan både särskilt begära rapportering och föreskriva om periodisk rapportering.⁴⁴

Behövs ett utökat tillsynsuppdrag till Finansinspektionen?

Genom att kravet på god försäkringsstandard i 4 kap. 3 § FRL tar sikte på bl.a. *anskaffning av försäkringar*, kan Finansinspektionen med stöd av bestämmelsen redan enligt nuvarande ordning utöva tillsyn över försäkringsbolagens ingående av försäkringsavtal.⁴⁵ Bolagens tillämpning av kontraheringsplikten för personförsäkringar ligger alltså redan inom området för Finansinspektionens tillsyn.

Enligt uppgift från Finansinspektionen, har tillsynen med stöd av bestämmelsen om god försäkringsstandard fram till nu främst avsett försäkringsbolagens skadereglering. I första hand har det handlat om bolagens kundbemötande och effektivitet i att avgöra skadeärenden (där har inspektionen har granskat bl.a. bolagens klagomålshantering och handläggningstider). Enligt Finansinspektionen har någon närmare tillsyn av försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten hittills inte utförts, eftersom det har funnits färre indikationer på problem inom det området än när det gäller de områden där tillsynen har koncentrerats.⁴⁶

Någonting som utredningen har övervägt är om Finansinspektionen borde ges i uppdrag att inhämta periodisk rapportering från

⁴⁴ Se 7 kap. 2 § försäkringsrörelseförordning (2011:257).

⁴⁵ Se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan, 2015, s. 39.

⁴⁶ Liksom andra tillsynsmyndigheter gör Finansinspektionen kontinuerligt en bedömning av vilka frågor som behöver prioriteras inom de områden där myndigheten har tillsynsansvar.

försäkringsbolagen med kvantitativa och/eller kvalitativa uppgifter om bl.a. ansökningar om individuell personförsäkring, samt beslut om beviljade ansökningar, avslag och särskilda villkor med avseende på dessa försäkringar. Utredningen har kommit fram till att det inte är nödvändigt att ge Finansinspektionen något sådant uppdrag. Vi menar att det bör räcka med att Finansinspektionen, enligt nuvarande ordning, vid eventuella signaler om att något försäkringsbolag har en avvikande hantering, har möjlighet att begära in och granska uppgifter från det aktuella försäkringsbolaget. Sådana signaler bör komma till Finansinspektionens kännedom dels från andra myndigheter, såsom Konsumentverket och Diskrimineringsombudsmannen, eller från olika intresseorganisationer och liknande. Finansinspektionen får bl.a. regelbundet information från Konsumenternas Försäkringsbyrå angående klagomål från konsumenter när det gäller försäkringsbolagens agerande i olika avseenden. På basis av sådana uppgifter, bör Finansinspektionen kunna identifiera försäkringsbolag som eventuellt avviker på något väsentligt sätt när det gäller riskbedömning avseende personförsäkring och uppmärksamma större förändringar i bolagens praxis.

Utredningen konstaterar att det sannolikt går utöver vad Finansinspektionen vanligen gör inom ramen för sin tillsynsverksamhet, att granska försäkringsbolagens beslut eller beslutsmotiveringar i enskilda fall, eller att överpröva de försäkringsmedicinska bedömningar som görs inom ramen för bolagens riskprövning. Vi menar att Finansinspektionen vid behov ändå bör kunna bedriva en effektiv tillsyn över bolagens tillämpning av kontraheringsplikten. Indikationer på brister hos enskilda försäkringsbolag bör beaktas som ett skäl att undersöka de bolagens operativa processer och företagsstyrning i relevanta delar. Tillsynen bör därmed kunna fokuseras på att identifiera, och med generella åtgärder motverka, eventuella systematiska brister i försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten för personförsäkring. En sådan tillsyn bör kunna leda till att inspektionen kan identifiera försäkringsbolag som konsekvent underlåter att vidta åtgärder för att leva upp till plikten. Ett sådant bolag kan bli föremål för ingripande av inspektionen genom beslut om någon av de näringsrättsliga sanktioner som inspektionen har till sitt förfogande (anmärkning eller varning, straffavgifter eller förelägganden).

Allmänt om Konsumentverkets tillsyn

Konsumentverket är förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har bland annat ansvar för att de konsumentskyddande regler som ligger inom myndighetens tillsynsansvar följs. Den tillsyn som utövas av Konsumentverket är som nämnts marknadsrättslig och har sin grund i framför allt marknadsföringslagen (2008:486) och lag (1994:1512) om avtalsvillkor i konsumentförhållanden. Vad gäller försäkringsområdet bedriver Konsumentverket tillsyn över bestämmelserna om information i 2 respektive 10 kap. FAL, samt över informationsbestämmelserna i 6 kap. lag om försäkringsförmedling (2005:405). Därutöver bevakar Konsumentverket att marknadsföringen av försäkringsprodukter i övrigt inte är otillbörlig och att försäkringsbolag inte tillämpar oskäligen avtalsvillkor.

Den som har nekats en personförsäkring kan också, som redan har nämnts ovan, ansöka om att Konsumentombudsmannen ska biträda honom eller henne som ombud vid allmän domstol, s.k. KO-biträde⁴⁷, eller att Konsumentombudsmannen ska föra talan för en grupp konsumenters räkning genom en grupptalan⁴⁸.

Behövs ett utökat tillsynsuppdrag till Konsumentverket?

Utredningen konstaterar att Konsumentverket fyller en viktig funktion när det gäller den marknadsrättsliga tillsynen över försäkringsbolagen, och genom Konsumentombudsmannens möjligheter att företräda konsumenter i domstol. Vi konstaterar däremot att frågor rörande den praktiska tillämpningen av kontraheringsplikten för personförsäkringar innefattar komplicerade försäkringstekniska överväganden och fordrar god insyn i förutsättningarna för försäkringsverksamhet i stort. Med hänsyn till detta, anser vi att den myndighet som har bäst förutsättningar att bedriva en effektiv tillsyn över försäkringsbolagens praktiska tillämpning av kontraheringsplikten är Finansinspektionen. Vi konstaterar också att någon skyldighet för privata företag att rapportera in allmänna uppgifter angående sin verksamhet inte heller förekommer på det marknadsrättsliga området. Det är alltså svårt att tänka sig att försäkrings-

⁴⁷ Se lag (2011:1211) om Konsumentombudsmannens medverkan i vissa tvister.

⁴⁸ Se lag (2002:599) om grupprättegång.

bolagen skulle kunna föreskrivas någon sådan skyldighet att rapportera kvantitativa eller kvalitativa uppgifter om sin hantering av försäkringsansökningar till Konsumentverket.

Mot den bakgrunden, och med hänsyn till att tillfredsställande tillsyn bör kunna bedrivas inom ramen för Finansinspektionens verksamhet, bör inte heller Konsumentverket ges något utökat tillsynsuppdrag.

16.6.10 Inga reformer behövs avseende användning av inhämtad hälsoinformation

Bedömning: På det underlag som utredningen har kunnat få fram, har utredningen inte ansett att det finns någon anledning att befara att det skulle finnas en allmän tendens hos försäkringsbolagen att över- eller misstolka inhämtad hälsoinformation, vare sig när det gäller uppgifter som bolagen hämtar in från hälso- och sjukvården, eller med avseende på sådana uppgifter som i undantagsfall hämtas in från barnhälsovården och elevhälsan. Det finns därför inget behov av reformer vad gäller försäkringsbolagens användning av inhämtad hälsoinformation.

I vårt uppdrag har det ingått att bedöma om det finns anledning att befara att försäkringsbolagen över- eller misstolkar hälsoinformation när en försäkringsansökan prövas, och särskilt hur uppgifter från barnhälsovården och elevhälsan behandlas i detta sammanhang. Utredningens överväganden i detta avseende finns i kapitel 15 ovan. Som framgår där har utredningen bedömt att försäkringsbolagen uppvisar en försiktig och restriktiv inställning till inhämtande och användning av uppgifter från hälso- och sjukvården, särskilt när det gäller information från barnhälsovården och elevhälsan. Mot den bakgrunden, och på det underlag som utredningen har kunnat få fram, har vi inte ansett att det finns någon anledning att befara att det skulle finnas en allmän tendens hos bolagen att över- eller misstolka sådan inhämtad hälsoinformation. Utredningen har därför bedömt att det inte behövs några lagstiftande eller andra åtgärder när det gäller försäkringsbolagens användning av inhämtade hälsouppgifter.

16.6.11 Önskvärda åtgärder från branschen för att främja ansökningar

Bedömningar: Utredningen anser att det skulle vara positivt om branschen vidtog självreglerande åtgärder för att främja att så många som möjligt av dem som känner ett behov av en personförsäkring, också ansöker om att få teckna en sådan.

Det skulle vara önskvärt om branschorganisationen Svensk Försäkring i detta syfte meddelade rekommendationer angående försäkringsbolagens bemötande av personer som kontaktar bolagen angående en eventuell eller påbörjad försäkringsansökan. Rekommendationerna bör lämpligen innebära bl.a. att försäkringsbolagen bara ska bedöma eller ge besked angående en persons möjlighet att teckna en personförsäkring, i samband med prövningen av en försäkringsansökan.

Det skulle också vara önskvärt med rekommendationer från Svensk Försäkring angående ökad tillgänglighet i försäkringsbolagens ansökningsförfaranden.

Förutsatt att sådana självregleringsåtgärder vidtas anser utredningen inte att det behövs några lagstiftningsåtgärder för att främja ansökningar om personförsäkring.

Behovet av åtgärder

Som har beskrivits närmare i avsnitt 11.6 ovan, har utredningen, tillsammans med Handikappförbunden m.fl., genomfört en enkätundersökning riktad till konsumenter. Målgruppen för undersökningen har varit konsumenter som på något sätt har anknytning till förbundens medlemsorganisationer eller är intresserade av de frågor som förbunden driver. Undersökningen har innehållit frågor om försäkringsskydd och konsumenternas upplevelser angående att ansöka om individuell personförsäkring. Enkätundersökningen finns bifogad till detta betänkande som Bilaga 5.

Som redan har nämnts ovan, anser vi att enkätundersökningen till konsumenter har indikerat vissa förhållanden, som har betydelse för kontraheringspliktens genomslag. Det handlar om att undersökningen tyder på att det förekommer att personer som önskar teckna en personförsäkring aldrig ens kommer i den situationen att

de kan åberopa kontraheringsplikten. Enligt vissa uppgifter som har lämnats i undersökningen, kan ett skäl till det vara att man vid inledande kontakter med försäkringsbolaget får uppfattningen att en försäkringsansökan ändå skulle vara utsiktslös, och därför aldrig in en ansökan. Det är särskilt föräldrar till för tidigt födda barn som i undersökningen har lämnat kommentarer av den innebörden, och även personer med neuropsykiatriska diagnoser samt föräldrar till barn med sådana diagnoser. Av uppgifterna i enkätundersökningen går det visserligen inte att avgöra vilka slags frågor som har ställts till försäkringsbolagen, eller exakt vilken information som bolagen har lämnat. Det går alltså inte att avgöra i vilken omfattning som det faktiskt förekommer att personer avråds från att ens ansöka om en personförsäkring. För att kontraheringsplikten ska få avsedd effekt är det ändå väsentligt att främja att så många som möjligt som känner ett behov av en individuell personförsäkring faktiskt ansöker om att få teckna en sådan. En viktig utgångspunkt bör då vara att försäkringsbolagen inte ska bedöma eller ge besked angående någons möjlighet att teckna en personförsäkring, förutom i samband med prövningen av en försäkringsansökan.

Svar som lämnats i undersökningen tyder också på att det för vissa grupper kan vara särskilt svårt att fullfölja en ansökan om en personförsäkring, även om en sådan påbörjas. Av undersökningen kan vi inte dra några säkra slutsatser när det gäller hur vanligt det är att en ansökan om personförsäkring avbryts innan bolagets prövning, eller vad det i förekommande fall beror på. Däremot finns det svar i undersökningen som indikerar att det av vissa kan upplevas som komplicerat att ta sig igenom ansökningsförfarandet. Enligt utredningens expert från Riksförbundet Attention (en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar), kan sådana svårigheter inte sällan upplevas av personer med neuropsykiatriska diagnoser, eftersom det kan vara problematiskt för dem att ta in det typen av information. Mot den här bakgrunden anser vi att det är viktigt att försäkringsbolagen arbetar med tillgängligheten i ansökningsförfarandena.

Lämpligt med självregleringsåtgärder

Utredningen anser att frågor om försäkringsbolagens bemötande av presumtiva kunder och tillgänglighet i ansökningsförfaranden, lämpar sig väl för självreglerande åtgärder från branschens sida.

Såsom Svensk Försäkring har påtalat, har även branschen ett stort intresse av att så många som möjligt ansöker om att få teckna en personförsäkring, och att så många som möjligt av dem som ger in en ansökan fullföljer denna. I dessa avseenden anser vi också att det behövs sådana riktade åtgärder och detaljerade handlingsdirektiv som bäst uppnås genom självreglering.

Svensk Försäkring har uttryckt sig positivt till att arbeta för att branschen enas kring gemensamma rekommendationer kring bl.a. bemötande av personer som kontaktar bolagen angående att eventuellt ansöka om en personförsäkring och tillgänglighet i ansökningsförfaranden. Utredningen anser att följande utgångspunkter lämpligen bör vara vägledande i branschens arbete med sådana rekommendationer.

För att främja att så många som möjligt ansöker om en individuell personförsäkring, är det önskvärt med branschrekommendationer som bl.a. innebär att försäkringsbolagen inte ska bedöma eller ge besked angående någons möjlighet att teckna en personförsäkring, förutom i samband med prövningen av en försäkringsansökan.

När det sedan gäller att skapa förutsättningar för att så många som möjligt också ska fullfölja en påbörjad ansökan, finnas det anledning för branschen att se över den allmänna tillgängligheten i ansökningsförfarandena. Enligt uppgifter från försäkringsbolagen, pågår det redan på flera håll ett sådant internt arbete inom bolagen. Svensk Försäkring har också uppgett att det i deras verksamhetsplanering finns förslag på att arbeta fram rekommendationer gällande bl.a. tillgänglighet på försäkringsbolagens webbplatser, inklusive webbaserade ansökningar. Utredningen anser att det är positivt om Svensk Försäkring genomför detta planerade arbete och att det skulle vara önskvärt om de tänkta rekommendationerna även omfattade tillgänglighet i pappersbaserade förfaranden. Fokus bör lämpligen ligga på att underlätta för personer med olika typer av funktionsnedsättningar att ansöka om en personförsäkring.

Förutsatt att lämpliga självregleringsåtgärder vidtas i nu nämnda avseenden, anser vi inte att några lagstiftningsåtgärder är nödvändiga för att främja ansökningar om personförsäkring.

16.7 Förnyelse av personförsäkring

Bedömning och förslag: De synpunkter och förslag som utredningen har angett ovan angående kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL vid ansökan om nyteckning av en personförsäkring, ska ha samma bäring vid tillämpningen av 11 kap. 3 och 4 §§ FAL när det gäller rätten att *förnya* en redan tecknad personförsäkring. För att relevanta delar av 11 kap. 1 § ska bli tillämpliga i förnyelsefallen krävs en ändring i 11 kap. 3 §.

På motsvarande sätt som vid ansökan om nyteckning enligt 11 kap. 1 § FAL, införs också i 11 kap. 3 och 4 §§ FAL en skyldighet för ett försäkringsbolag som nekar någon att *förnya* en personförsäkring att, *i samband* med ett sådant beslut, ange *skälen* för detta och upplysa om *vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat*.

16.7.1 Inledning

Bestämmelserna i 11 kap. 3 och 4 §§ FAL behandlar uppsägning och förnyelse av personförsäkring. Tillämpningen av dessa bestämmelser är delvis beroende av 11 kap. 1 § FAL genom hänvisningar till den paragrafen.

Nedan redogör vi för innebörden av bestämmelserna i 11 kap. 3 och 4 §§ FAL. Vi redovisar också vilken betydelse som de förslag som vi hittills redovisat har med avseende på de paragraferna och vilka lagstiftningsåtgärder som behövs med avseende på dessa.

16.7.2 Uppsägning av en tidsbegränsad personförsäkring

I 11 kap. 3 § FAL regleras parternas rätt att säga upp tidsbegränsade försäkringar till försäkringstidens utgång. Bestämmelsen gäller bara tidsbegränsad försäkring – alltså inte försäkringar på livstid utan sådana som gäller för viss tid eller tills den försäkrade uppnår

viss ålder (jfr 11 kap. 2 § FAL). Sjuk- och olycksfallsförsäkringar är normalt tidsbegränsade och faller då under paragrafen.

Enligt 11 kap. 3 § första stycket har *försäkringstagaren* alltid rätt att säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång. Bestämmelsens andra stycke reglerar möjligheten för *försäkringsbolaget* att säga upp försäkringsavtalet. Uppsägning från bolagets sida ska enligt bestämmelsen ske skriftligen. Den ska också innehålla en förfrågan om försäkringstagaren vill ha försäkringen förnyad. Försäkringsbolaget ska skicka uppsägningen senast en månad innan försäkringstiden går ut, men tidigast sex månader dessförinnan. Skickas uppsägningen för sent, förlängs försäkringstiden till en månad från dagen för avsändandet. En för tidig uppsägning saknar rättsverkan (se prop. 2003/04:150 s. 505).⁴⁹

Om försäkringstagaren begär att försäkringen förnyas, gäller uppsägningen bara om det finns *särskilda skäl* att vägra försäkring med hänsyn till sådana omständigheter som anges i 11 kap. 1 § FAL. Försäkringstagaren har alltså en principiell rätt att få försäkringen förnyad efter försäkringstidens utgång, om det inte finns särskilda skäl för försäkringsbolaget att vägra förnyelse. Försäkringsbolaget har i det läget rätt att begära nya upplysningar av försäkringstagaren (se 12 kap. 1 § FAL), exempelvis angående hälsoförändringar. När det gäller den försäkrades hälsotillstånd är den tidpunkt när begäran om förnyelse framställdes avgörande för rätten till en förnyad försäkring.

Försäkringstagaren har liksom vid nyteckning bara rätt till sådan personförsäkring som bolaget *normalt tillhandahåller allmänheten*. Om försäkringsbolaget har ändrat sina normalvillkor eller sin normala premiesättning för den aktuella försäkringen får bolaget därmed anpassa försäkringsvillkoren efter detta (se prop. 2003/04:150 s. 506).

⁴⁹ Se även Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan 2015, s. 431.

16.7.3 Förnyelse av försäkring och villkorsändring

I 11 kap. 4 § FAL föreskrivs att en tidsbegränsad personförsäkring förnyas automatiskt om den inte har sagts upp enligt 11 kap. 3 §, eller när den uppsägning som skett inte är giltig enligt den paragrafen. Försäkringen förnyas på ett år, om inte annat har avtalats. Om parterna från början har avtalat att någon förnyelse inte ska ske, gäller detta. Enligt paragrafens andra mening får, om försäkringen förlängs, försäkringsvillkoren ändras i den utsträckning som är tillåten enligt 11 kap. 1 och 3 §§. Premie och andra villkor kan alltså även i det fallet anpassas efter den försäkrades aktuella hälsotillstånd eller ändras så att de stämmer med vad som normalt gäller vid försäkring av den aktuella typen. Däremot får bolaget inte avvika från normalvillkoren utan att det finns sådana särskilda skäl som anges i 11 kap. 1 §.

16.7.4 Beslut att neka förnyelse kan prövas av domstol

Är försäkringstagaren inte nöjd med bolagets beslut att vägra förnyelse av ett försäkringsavtal (11 kap. 3 §) eller ett beslut från bolaget om att ändra försäkringsvillkoren vid automatisk förnyelse (11 kap. 4 §), kan denne enligt 16 kap. 7 § första stycket FAL påkalla en domstolsprövning.⁵⁰ Av andra stycket i samma paragraf följer att en sådan talan måste väckas inom sex månader från det att bolaget har skickat den försäkrade ett meddelande om sitt beslut, inklusive uppgift om skälen för detta och upplysning om vad den försäkrade ska göra för att få beslutet prövat.

Liksom vid nekad nyteckning, måste alltså bolaget motivera beslutet om vägrad förnyelse och upplysa den försäkrade om möjlighet till prövning i domstol, för att talefristen ska börja löpa. Precis som vid beslut från försäkringsbolaget att neka någon att nyteckna en personförsäkring, har bolaget däremot i dag ingen skyldighet att lämna sådana upplysningar *i samband med beslutet* att vägra förnyelse (se avsnitt 16.6.5 och 16.6.8 ovan).

⁵⁰ Trots att bara 11 kap. 1 och 3 §§, och inte 11 kap. 4 §, nämns i 16 kap. 7 § första stycket, omfattar möjligheten till domstolsprövning enligt den bestämmelsen även sådana fall som avses i 11 kap. 4 §, dvs. då försäkringsbolaget vill ändra villkoren i en personförsäkring utan föregående uppsägning (se Bertil Bengtsson, *Försäkringsavtalsrätt*, tredje upplagan s. 433). Även i dessa fall vägrar bolaget att förnya försäkringen på de villkor som försäkringstagaren önskar, och då ska 11 kap. 1 och 3 §§ tillämpas.

16.7.5 Särskilda skäl att vägra förnyelse

Enligt 11 kap. 3 och 4 §§ får alltså ett försäkringsbolag bara säga upp eller ändra en tidsbestämd personförsäkring om bolaget kan visa att det finns sådana *särskilda skäl* som avses i 11 kap. 1 §. I förarbetena till bestämmelserna i 11 kap. 3 och 4 §§ angavs ingenting särskilt om hur bedömningen av särskilda skäl skulle göras i förnyelsefallen. Enligt regeringen borde försäkringstagarens ställning vara i princip densamma när det är fråga om förlängning som när det gäller nyteckning – försäkringsbolaget borde inte kunna vägra förnyelse av en försäkring, som bolaget inte hade kunnat vägra försäkringstagaren att nyteckna (se prop. 2003/04:150 s. 254).

Utredningen konstaterar att förhållandena i förnyelsefallen delvis avviker från nyteckningssituationen. Vid uppsägning respektive villkorsändring riskerar den försäkrade att gå miste om sitt tidigare försäkringsskydd på grund av ett försämrat hälsotillstånd, och kan då behöva ansöka om att få teckna en motsvarande personförsäkring hos ett annat bolag, trots försämringen. Mot den bakgrunden är det viktigt att här framhålla att kontraheringsplikten inte ska ges en svagare innebörd i förnyelsefallen än när det gäller nyteckning. De synpunkter och förslag som utredningen har angett ovan angående innebörden av kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL vid nyteckning av en personförsäkring, ska alltså ha samma bäring vid tillämpningen av 11 kap. 3 och 4 §§ FAL när det gäller försäkringsbolagets beslut att neka någon att förnya en redan tecknad personförsäkring. Av lagstiftningstekniska skäl kommer en ändring behöva göras i 11 kap. 3 § för att alla relevanta delar av 11 kap. 1 § ska bli tillämpliga i förnyelsefallen (se kapitel 18, kommentaren till 11 kap. 3 §).

16.7.6 En ny skyldighet för försäkringsbolagen att motivera beslut och upplysa om prövning vid nekad förnyelse

I avsnitt 16.6.5 och 16.6.8 ovan, har vi föreslagit att det i 11 kap. 1 § FAL ska införas en skyldighet för försäkringsbolaget att, *i samband* med ett beslut att neka någon att teckna en personförsäkring, ange *skälen för beslutet* och upplysa den försäkringssökande om *vad denne ska göra för att få beslutet prövat*. De prövningsmöjligheter som bolaget ska upplysa om är möjligheten att få beslutet prövat av

domstol och, om ett sådant alternativt finns, av *Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol*, samt möjligheter till *omprövning av beslutet internt inom bolaget*. Motsvarande skyldighet bör föreskrivas för försäkringsbolaget även vid beslut om att neka förnyelse av en redan tecknad personförsäkring enligt 11 kap. 3 eller 4 §§ FAL. Detta bör framgå genom tillägg till dessa paragrafer.

16.8 Kontraheringsplikten för konsumentförsäkringar

FAL innehåller även bestämmelser om kontraheringsplikt för konsumentförsäkring. Bestämmelserna finns i 3 kap. 1, 3 och 4 §§ samt 7 kap. 6 §, och motsvarar till stora delar regleringen avseende personförsäkringar i 11 kap. 1, 3 och 4 §§ samt 16 kap. 7 §. Vissa specialregleringar har införts avseende personförsäkringar, närmast beroende på den särskilda karaktären hos dessa försäkringar. De ändringar som vi har föreslagit ovan med avseende på personförsäkring, medför att den regleringen ytterligare kommer att avvika från motsvarande bestämmelser angående konsumentförsäkring.

Utredningens uppdrag har varit begränsat till att avse frågan om rätten till en personförsäkring. Det har inte ingått i uppdraget att närmare överväga tillämpningen av kontraheringsplikten vid konsumentförsäkring. Vi konstaterar också att andra synpunkter till stor del gör sig gällande avseende konsumentförsäkring än när det är fråga om personförsäkring, och att den försäkringssökandes intresse av att få teckna en konsumentförsäkring är betydligt svagare än vid personförsäkring. Våra förslag och synpunkter när det gäller kontraheringsplikten vid personförsäkring bör mot den bakgrunden inte utan närmare utredning påverka tillämpningen av bestämmelserna angående konsumentförsäkring.

Möjligen skulle det i den fortsatta lagstiftningsprocessen kunna övervägas att ändra bestämmelserna om kontraheringsplikt för konsumentförsäkring på motsvarande sätt som reglerna gällande personförsäkring, i de delar det handlar om ändringar som enbart är redaktionella och språkliga. De aktuella paragraferna skulle då kunna ges följande lydelse (några ändringar i 3 kap. 4 § FAL aktualiseras inte).

3 kap. 1 §

Ett försäkringsbolag får inte *neka* en konsument att teckna en sådan försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten när det har fått de uppgifter som behövs, om det inte finns särskilda skäl *att neka försäkring* med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den befarade skadans omfattning, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Ett *beslut att neka försäkring* får inte grundas på att ett försäkringsfall har inträffat efter det att en ansökan har avsänts eller lämnats till försäkringsbolaget.

3 kap. 3 §

Försäkringstagaren får när som helst säga upp försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång.

Försäkringsbolaget får säga upp försäkringen att upphöra vid försäkringstidens utgång. Uppsägningen *ska* göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren senast en månad innan försäkringstiden går ut. Den *ska* för att få verkan innehålla en förfrågan om försäkringstagaren vill ha försäkringen förnyad. Begär försäkringstagaren att försäkringen förnyas, gäller uppsägningen bara om det finns särskilda skäl *att neka försäkring* med hänsyn till sådana omständigheter som anges i 1 §.

7 kap. 6 §

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

Talan om förklaring enligt första stycket *ska* 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 *ska* göra för att få beslutet prövat. Väcks inte talan inom denna tid, är rätten att föra talan förlorad.

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

16.9 Sammanfattning av utredningens förslag och bedömningar

16.9.1 Kontraheringsplikten förtydligas

Utredningens bedömning är att lagstiftarens syfte med kontraheringsplikten för personförsäkring, och den nödvändiga avvägningen mellan socialt skyddsbehov och försäkringsmässiga intressen, bör kunna uppnås väl om plikten tillämpas i enlighet med den tolkning som vi har redogjort för ovan och i kapitel 12. Som också har fram-

gått, krävs det samtidigt en till viss del ändrad praxis på marknaden om försäkringsbolagen till fullo ska leva upp till kontraheringsplikens krav. Utredningen anser att de brister som i viss utsträckning förekommer i försäkringsbolagens uppfyllelse av kontraheringsplikten, i vart fall delvis kan förklaras av att det i vissa avseenden har varit oklart hur plikten är avsedd att tillämpas i praktiken. Av den anledningen har vi bedömt att det behövs följande lagstiftande åtgärder för att *förtydliga* kontraheringsplikens innebörd.

- 11 kap. 1 § FAL ändras så att det framgår att kontraheringsplikten gäller när försäkring nekas *helt eller delvis*.
 - Därmed förtydligas att kontraheringsplikten gäller med samma styrka oavsett om en försäkringsansökan avslås helt, eller om försäkring beviljas, men med villkor som avviker från de normala.
- I ett tillägg till 11 kap. 1 § FAL ska det framgå att om en personförsäkring helt eller delvis nekas *på grund av hälsotillståndet* hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en *försäkringsmässig bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet*.
 - Genom tillägget lyfts fram att kontraheringsplikten innebär särskilda krav när försäkring nekas på grund av *hälsotillståndet* hos den som försäkringen ska gälla.
 - Syftet med det uttryckliga kravet på en *försäkringsmässig* bedömning i de fallen är att förtydliga att ett beslut att neka försäkring måste vara försäkringsmässigt nödvändigt, och att bedömningen ska grundas på ett beslutsunderlag av hög kvalitet.
 - Genom att det anges att bedömningen ska grundas omständigheterna *i det enskilda fallet* förtydligas kravet på en individuell bedömning av varje försäkringsansökan och att försäkringsbolaget därmed har ett ansvar att utreda och beakta hälsotillståndet hos den som ska försäkras.

16.9.2 Försäkringsbolagen ska motivera sina beslut

För närvarande finns ingen lagstadgad skyldighet för försäkringsbolagen att motivera beslut att neka en personförsäkring *i samband med beslutet*. Även om det är normal praxis hos försäkringsbolagen att göra det, har utredningen bedömt att det finns ett klart behov av att vidta åtgärder i syfte att säkerställa att försäkringsbolagens beslutsmotiveringar när försäkrings nekas ska bli tydligare för den försäkringssökande.

- I 11 kap. 1 § FAL införs därför en skyldighet för ett försäkringsbolag som nekar någon att teckna en personförsäkring att, *i samband med beslutet*, ange *skälen* för detta.
 - Kravet innebär att bolaget på ett sätt som är tydligt och begripligt för den ordinäre försäkringssökande ska förklara vilka hälsofaktorer som har beaktats vid bolagets riskbedömning och varför den sökta försäkringen inte kan beviljas.

16.9.3 Tvistlösning i och utanför domstol främjas

Utredningen har konstaterat att det är viktigt att möjligheten kvarstår för konsumenter att få beslut att neka personförsäkring prövat i domstol. Med tanke på att steget för en konsument att väcka talan i domstol mot ett försäkringsbolag är stort, skulle det samtidigt vara positivt om möjligheten till domstolsprövning kompletterades genom tillgång till effektiv, objektiv och rättssäker prövning av tvister rörande kontraheringsplikten utanför domstol. Utredningen har bedömt att detta exempelvis skulle kunna uppnås genom att den av Svensk Försäkring drivna *Personförsäkringsnämnden* öppnades för tvister angående rätten till en personförsäkring, och Svensk Försäkring har ställt sig positivt till detta förslag.

För att konsumenten effektivt ska kunna utnyttja olika möjligheter till prövning, är det angeläget att upplysning om dessa lämnas i anslutning till bolagets beslut.

- I 11 kap. 1 § FAL införs därför en skyldighet för bolaget att, *i samband med ett beslut att neka en personförsäkring, upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat*. Skyldigheten omfattar information om
 - eventuella möjligheter till intern omprövning inom bolaget
 - möjlighet till prövning i Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol (om sådan prövningsmöjlighet finns)
 - möjlighet till prövning i domstol.

Lagstiftande åtgärder föreslås också för att säkerställa att en försäkringssökande som väljer att vända sig till Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan, inte går miste om möjligheten att därefter väcka talan i domstol, på grund av att fristen för att väcka en sådan talan löper ut under nämndprövningen.

- I ett tillägg till 16 kap. 7 § FAL ska det föreskrivas att den talfrist om sex månader som framgår av bestämmelsen ska förlängas vid prövning i Personförsäkringsnämnden eller annat motsvarande tvistlösningsorgan. Om ett förfarande vid ett sådant tvistlösningsorgan *inleds* inom sexmånadersfristen, ska fristen löpa ut *först sex månader* efter det att bolaget, sedan tvistlösningsförfarandet avslutats, till sökanden har avsänt ett *meddelande* angående om *försäkring får tecknas* och *uppgift om skälen* för det ställningstagandet.
- En följdändring ska också göras i 16 kap. 6 § FAL så att tidpunkten för talfristens början, efter tvistlösning utanför domstol, under vissa förhållanden kan skjutas upp om meddelandet från bolaget försenas eller inte kommer fram till den försäkringssökande.

16.9.4 Förnyelse av personförsäkring

Genom tillägg till 11 kap. 3 och 4 §§ FAL kommer ändringarna i 11 kap. 1 § och 16 kap. 7 § att äga motsvarande tillämpning i fråga om *förnyelse av en redan tecknad personförsäkring*. Samma krav som vid nyteckning kommer alltså i dessa fall att gälla avseende bolagets riskprövning, och bolaget kommer vid beslut att neka förnyelse av en redan tecknad personförsäkring att ha motsvarande skyldighet att upplysa om skälen för beslutet och om möjligheter till prövning. Även den nya regleringen i 16 kap. 7 § angående förlängning av fristen för att väcka talan i domstol, ifall rätten till en personförsäkring prövas av Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol, kommer att gälla vid nekad förnyelse.

16.9.5 Rekommenderade självregleringsåtgärder för att främja ansökningar om personförsäkring

Resultatet av den enkätundersökning som har riktats till konsumenter, tyder på att även andra faktorer än försäkringsbolagens bedömning av ansökningar om personförsäkring inverkar på kontraheringsplikten genomslag. Ett viktigt förhållande som indikeras av enkätsvaren, är att det förekommer att vissa personer som önskar teckna en personförsäkring eventuellt inte kommer i den situationen att de kan åberopa kontraheringsplikten, antingen för att de upplever att de vid inledande kontakter med försäkringsbolaget avrått från att ansöka, eller för att de inte fullföljer en påbörjad ansökan.

Utredningen anser att åtgärder behövs för att främja att den som känner ett behov av en personförsäkring, också ska ansöka om att få teckna en sådan. I detta avseende är det lämpligt med sådana riktade åtgärder och detaljerade handlingsdirektiv som bäst uppnås genom självreglering från branschen. Svensk Försäkring har också uttryckt sig positivt till att arbeta för att ta fram branschrekommendationer kring bl.a. bemötande av personer som kontaktar bolagen angående att eventuellt ansöka om en personförsäkring och tillgänglighet i ansökningsförfaranden. Sådana rekommendationer bör lämpligen utarbetas av Svensk Försäkring efter samråd med Finansinspektionen och Konsumentverket, samt olika förbund och organisationer som företräder utsatta konsumentgrupper.

16.10 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 juni 2017.

De lagändringar som förtydligar vad som krävs för att ett försäkringsbolag ska kunna neka någon att teckna en personförsäkring, ska tillämpas i fråga om försäkringsansökningar som har getts in efter ikraftträdandet. Samma sak gäller för den nya regleringen avseende skyldighet för försäkringsbolaget att, i samband med ett beslut att neka försäkring, motivera ett beslut att neka försäkring och upplysa om prövningsmöjligheter. I fråga om förnyelse av en redan tecknad personförsäkring, ska ändringarna tillämpas om försäkringsavtalet i fråga har ingåtts eller förnyats efter ikraftträdandet.

Den nya regleringen avseende förlängning av fristen för att väcka talan i domstol ifall ett beslut att neka försäkring prövas av Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan, ska gälla omedelbart vid ikraftträdandet, men blir i praktiken bara tillämplig om det finns något sådant organ.

Ändringarna i FAL föreslås träda i kraft den 1 juni 2017.

De lagändringar som syftar till att förtydliga vad som krävs för att ett försäkringsbolag ska kunna neka någon en sökt personförsäkring, ska tillämpas på försäkringsansökningar som ges in efter ikraftträdandet. Samma sak gäller den nya skyldigheten för försäkringsbolaget att, i samband med ett beslut att helt eller delvis neka någon en sökt personförsäkring, motivera beslutet och lämna upplysningar om möjligheter till prövning av detta. När det är fråga om förnyelse av en redan tecknad försäkring, bör den nya regleringen tillämpas på försäkringsavtal som har ingåtts eller förnyats efter ikraftträdandet.

Möjligheten för den försäkringssökande att få ett beslut om att neka någon en personförsäkring prövat av Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol, är naturligtvis avhängigt av att ett sådant organ inrättas. Den nya regleringen avseende förlängning av fristen för att väcka talan i domstol ifall ett beslut att neka försäkring prövas av Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan, ska gälla omedelbart vid de nya bestämmelsernas ikraftträdande, men blir i praktiken bara tillämplig om det finns något sådant organ. Svensk Försäkring har som framgått ställt sig positivt till förslaget att öppna Personförsäkringsnämnden för tvister rörande kontraheringsplikten.

DEL V

Konsekvenser

17 Konsekvenser

17.1 Konsekvensanalysens innehåll och disposition

I utredningens uppdrag ingår att analysera konsekvenserna av lämnade förslag i enlighet med 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). Eftersom utredningen lämnar författningsförslag ska konsekvensanalysen också göras i enlighet med 6 och 7 §§ förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning (15 a § kommittéförordningen).

Utredningen inleder konsekvensanalysen med en redogörelse för sitt uppdrag och en sammanfattning av den kartläggning som har genomförts beträffande försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten.

Därefter redogör vi i korthet för våra överväganden och förslag till lagändringar. I den delen beskriver vi vad de föreslagna lagstiftningsåtgärderna syftar till att uppnå, och även i vilken mån vi har övervägt alternativa lösningar. Därefter behandlar vi vilka ekonomiska konsekvenser som den föreslagna regleringen för med sig för de företag som berörs. Som kommer att framgå nedan handlar det uteslutande om företaget inom försäkringsbranschen. När det gäller konsekvenser för företagen innehåller analysen de olika delar som följer av 7 § i förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning.

Vi redogör därefter för vilka effekter som förslagen kan förväntas få för konsumenter och om förslagen kommer att medföra några ökade kostnader för det allmänna. Vidare gör vi en analys av de samhällsekonomiska konsekvenserna (14 § kommittéförordningen). Slutligen behandlar vi förslagets förhållande till EU-rätten och om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande (6 § 6 och 7 förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning).

Utredningen bedömer att följande områden inte berörs av förslagen (15 § kommittéförordningen):

- den kommunala självstyrelsen
- brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet
- sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet
- jämställdheten mellan kvinnor och män¹
- möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Försäkringsföretagens branschorganisation Svensk Försäkring har bistått utredningen med uppskattningar av kostnaderna för försäkringsbolagens del, och även andra uppgifter av betydelse för konsekvensanalysen. Kostnadsuppskattningarna och övriga uppgifter bygger på information som Svensk Försäkring, på utredningens uppdrag, har samlat in från en referensgrupp bestående av representanter (bl.a. jurister, riskbedömare och produktansvariga) för de flesta försäkringsbolag som berörs av förslagen (nedan kallas gruppen ”Svensk Försäkrings referensgrupp”). I referensgruppen har såväl större som mindre² försäkringsbolag varit representerade.

¹ Regleringen rörande kontraheringsplikt för personförsäkring, liksom de föreslagna i lagändringarna, ska tillämpas på samma sätt oavsett om den försäkringssökande är en man eller en kvinna. Regleringen innebär att ingen ska nekas en personförsäkring på osakliga grunder, vilket torde gagna såväl kvinnor som män i lika hög utsträckning. När det gäller frågan om jämställdheten mellan kvinnor och män bör det också noteras att det enligt diskrimineringslagen (2008:567) är förbjudet att, genom direkt eller indirekt diskriminering missgynna någon på grund av bl.a. kön. Förbudet mot diskriminering gäller vid yrkesmässigt tillhandahållande av tjänster till allmänheten (2 kap. 12 § 1 diskrimineringslagen), och försäkringar är en form av tjänster som omfattas av förbudets tillämpningsområde (se prop. 2007/08:95, s. 518). Tidigare gällde ett uttryckligt undantag i diskrimineringslagstiftningen som innebar att det var möjligt för försäkringsbolagen att tillämpa olika försäkringspremier och villkor enbart på grund av vilket kön försäkringstagaren hade. Men den 21 december 2012 infördes en ny bestämmelse i diskrimineringslagen (12 kap. 12 a §), som innebär att försäkringsbolagen inte längre får tillämpa differentierade försäkringspremier på individnivå baserat på kön. I utredningens uppdrag har inte ingått att analysera eller föreslå åtgärder med utgångspunkt i diskrimineringslagstiftningen. Vi kan bara konstatera att den gäller i försäkringsbolagens verksamhet, och därmed också vid tillämpning av kontraheringsplikten för personförsäkring.

² Med begreppet ”mindre försäkringsbolag” avses i sammanhanget de minsta bolagen i den grupp av försäkringsbolag som berörs av förslagen.

17.2 Utredningens uppdrag och avgränsningar

17.2.1 Uppdraget

Utredningens uppdrag har bestått av två delar. Den första delen har handlat om att bedöma om lagstiftningens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska tillämpning av kontraheringsplikten för personförsäkring enligt 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen (2005:104) (FAL). I uppdraget har bl.a. ingått att

- *kartlägga* i vilken utsträckning försäkringsbolagen avslår ansökningar om personförsäkring eller meddelar sådana försäkringar med särskilda förbehåll eller förhöjda premier (nedan gemensamt kallat ”särskilda villkor”),
- *identifiera* under vilka omständigheter det är vanligt att ansökningar om personförsäkring avslås eller bara beviljas med särskilda villkor samt
- att *analysera* om försäkringsbolagens beslut när försäkring nekas ger den som har ansökt om försäkringen tillräckligt god förståelse för hur försäkringsbolagen resonerar.

Den andra delen av uppdraget har gått ut på att utredningen, utifrån sin kartläggning och analys, ska *överväga behovet av reformer*. Uppdraget har inneburit att utredningen ska lämna förslag på de författningsändringar eller andra åtgärder som krävs, om utredningen bedömer att det finns ett sådant behov.

17.2.2 Avgränsningar

Utredningens uppdrag omfattar alltså den kontraheringsplikt som gäller för *personförsäkringar*. Till kategorin personförsäkringar hör *individuella sjuk-, olycksfalls- och livförsäkringar* (1 kap. 2 § FAL). Gemensamt för personförsäkringar är att det som försäkras är försäkringstagarens eller någon annans liv eller hälsa.

Vissa personförsäkringar för näringsidkare är undantagna från kontraheringspliktens tillämpningsområde. Plikten gäller inte i fråga om en personförsäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag – dvs. försäkring av nyckelpersoner

i ett företag, eller s.k. kompanjonsförsäkringar (11 kap. 1 § andra stycket FAL).

Kollektiva personförsäkringar, såsom privat gruppförsäkring eller kollektivavtalsgrundad försäkring, omfattas inte heller av kontraheringsplikten.

Enligt våra direktiv, ska utredningens analys huvudsakligen inriktas på individuella sjukförsäkringar och kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna, samt kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för barn och ungdomar (barnförsäkringar). Dessa försäkringsprodukter fyller typiskt sett ett stort socialt skyddsbehov och har dessutom liknande utformning och innehåll. Mot den bakgrunden, och för att kunna göra en kartläggning och analys av hög kvalitet, har utredningen valt att fokusera på de personförsäkringsprodukter som nämns särskilt i direktiven. Utredningens kartläggning och analys avser därför i huvudsak följande individuella personförsäkringar:

- barnförsäkring (kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn och ungdomar)
- kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna
- sjukförsäkring för vuxna.

Utredningens överväganden angående reformbehovet, och våra förslag till lagändringar, grundar sig alltså i första hand på vår kartläggning och analys av försäkringsbolagens praxis vid ovan nämnda personförsäkringar. Liksom nuvarande bestämmelser om kontraheringsplikten, gäller ändå våra förslag för individuell personförsäkring över huvud taget, dvs. även livförsäkring samt andra typer av sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Utöver de sjuk- och olycksfallsförsäkringar som har varit föremål för utredningens kartläggning och analys, omfattas alltså även exempelvis privata sjukvårdsförsäkringar och s.k. diagnosförsäkringar (försäkringar som ger ersättning vid vissa allvarliga diagnoser). Nya typer av personförsäkringar utvecklas också kontinuerligt, och i den mån de tecknas individuellt hos ett försäkringsbolag, gäller kontraheringsplikten.

Vad gäller livförsäkring, ska det noteras att det främst är s.k. dödsfallsförsäkring, dvs. försäkring som innebär utbetalning av ett visst på förhand bestämt belopp vid den försäkrades död, som omfattas av kontraheringsplikten. För sådana livförsäkringar där spar-

momentet dominerar – s.k. kapital- eller ränteförsäkringar, är kontraheringsplikten däremot av mer begränsad betydelse. Dessa försäkringar undantas i regel från pliktens tillämpningsområde på grund av sin art (se 11 kap. 1 § första stycket och prop. 2003/04:150 s. 246 och 500).

Även om olika individuella personförsäkringar som omfattas av kontraheringsplikten skiljer sig åt till utformning och innehåll, gör sig i allt väsentligt samma synpunkter gällande vad gäller pliktens tillämpning. Det har därför saknats anledning för utredningen att i något avseende föreslå avvikande regler för olika slags personförsäkringar eller förordna att de föreslagna reglerna ska tillämpas annorlunda i vissa fall. Utredningens bedömning i det avseendet har bekräftats av Svensk Försäkrings referensgrupp. Även Konsumenternas Försäkringsbyrå har bekräftat att våra bedömningar och förslag angående kontraheringspliktens tillämpning är relevanta och adekvata också vid andra personförsäkringar än de försäkringsprodukter som utredningen har fokuserat på.

17.3 Kontraheringsplikten – gällande reglering

17.3.1 Analys och förslag baseras på utredningens tolkning av kontraheringsplikten enligt gällande rätt

Kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL bygger på en avvägning mellan det allmänna behovet av försäkringsskydd – särskilt för utsatta grupper av individer – och försäkringsmässiga hänsyn. I förarbetena till regleringen rörande kontraheringsplikten har regeringen gjort vissa uttalanden som kan uppfattas som motstridiga när det gäller hur avvägningen mellan dessa delvis motstående intressen ska göras i praktiken. Även i andra avseenden har den praktiska innebörden av kontraheringsplikten, såsom den i dag kommer till uttryck i lagstiftning och motiv, hittills varit delvis oklar. Utredningen har därför inledningsvis analyserat och tolkat innebörden av kontraheringsplikten enligt gällande rätt. Den analys av pliktens tillämpning som utredningen har gjort, samt våra bedömningar och förslag, grundar sig på den tolkningen, som redovisas närmare i kapitel 12. Här redogör vi kort för hur vi uppfattar innebörden av gällande reglering.

17.3.2 Utredningens tolkning av kontraheringsplikten

Enligt 11 kap. 1 § första stycket FAL, får ett försäkringsbolag inte med hänvisning till hälsotillståndet hos den som ansöker om försäkring vägra denne att teckna en *sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten*, om det inte finns *särskilda skäl* för det med hänsyn till *risken för framtida försäkringsfall*.³

Avsikten med kontraheringsplikten var att underlätta för funktionsnedsatta och personer med nedsatt hälsa att kunna teckna försäkring till rimliga villkor. Lagen garanterar inte ett försäkringskydd för samma premie och på samma villkor som andra försäkringssökande, men ska trygga att riskprovningen sker på *individuell grund*, inte schablonmässigt, och att en begärd försäkring nekas bara när det finns särskilda skäl för det, dvs. när bedömningen har klart stöd i en *försäkringsteknisk bedömning*.

För att ett beslut att helt eller delvis neka någon en personförsäkring ska anses ha stöd i en försäkringsteknisk bedömning, ska försäkringsbolaget kunna visa att beslutet har varit *försäkringsmässigt nödvändigt*, dvs. att risken för framtida försäkringsfall är så hög att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget vanligen skulle försäkras till normala villkor eller, vid avslag, skulle försäkras alls. Bolaget ska även kunna visa att beslutet har grundats på ett *beslutsunderlag av hög kvalitet*. Ett rimligt krav i det avseendet är att bedömningen ska ha grundats på *aktuell medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Med *medicinsk vetenskap* avses i det här sammanhanget sådan medicinsk vetenskaplig forskning som det finns viss konsensus kring.⁴ *Medicinsk beprövad erfarenhet* handlar här om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som är allmänt accepterat inom läkarkåren. *Försäkringsmässigt kunnande* är försäkringsbolagens professionella erfarenhet, exempelvis bolagets egen dokumenterade sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering.

³ Enligt bestämmelsen kan försäkring också vägras om det finns särskilda skäl med hänsyn till *försäkringens art* eller *någon annan omständighet*. Men dessa avslagsgrunder är inte aktuella när det handlar om att försäkring nekas på grund av hälsotillståndet hos den som ska försäkras, och behandlas därför inte närmare här.

⁴ Här ska alltså beaktas att en viss tröghet måste accepteras med avseende på när försäkringsbolagen kan förväntas anpassa sin riskbedömning efter nya forskningsrön. Det är inte rimligt att kräva att bolagen ska ändra sina riktlinjer på grund av ny medicinsk forskning, förrän det finns en viss konsensus angående den.

Kravet på en *individuell bedömning* innebär vidare att försäkringsbolaget har ett *utredningsansvar* när det gäller den försäkringssökandes hälsotillstånd, om bolaget överväger att neka försäkring. Till att börja med innebär utredningsansvaret att försäkringsbolaget har en skyldighet att i möjligaste mån *klargöra* eventuella otydliga hälsouppgifter som lämnas av den försäkringssökande. I de tveksamma fallen måste försäkringsbolaget vidare *aktivt ta reda på* de uppgifter om en enskild försäkringssökandes hälsotillstånd som kan ha betydelse för den personens möjlighet att teckna en försäkring. Hur långtgående utredningsansvaret är – dvs. hur mycket information som bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på den enskilda försäkringssökandes situation och den sökta försäkringens innehåll och utformning.⁵ Grundläggande är att försäkringsbolaget ska ha tagit reda på så pass mycket information om den försäkringssökandes hälsa att bolaget kan basera sitt beslut på den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet som finns på området.

Att kontraheringsplikten gäller för sådan *personförsäkring som ett försäkringsbolag tillhandahåller allmänheten*, innebär att det bara kan finnas en rätt att teckna försäkring till sådana *försäkringsvillkor som bolaget brukar tillämpa för försäkringen i fråga liknande fall*. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta enligt utredningen att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för försäkringsprodukten i fråga i liknande fall, för att kunna bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes förutsättningar.

Sammanfattningsvis får ett försäkringsbolag inte neka, begränsa eller fördyra en sökt personförsäkring om det inte är försäkringsmässigt nödvändigt med hänsyn till sökandens individuella hälsotillstånd och bolagets normala utbud av försäkringsvillkor i liknande fall.

⁵ Här kan exempelvis noteras att försäkringsbolagen i regel inte beviljar en personförsäkring till någon vars arbetsförmåga vid ansökningsstillfället är helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfall, om ansökan rör en försäkring som ger ersättning vid nedsatt arbetsförmåga. I sådant fall har försäkringsfall redan inträffat, och utredningsansvaret är därmed uppfyllt genom att försäkringsbolaget har hämtat in uppgifter som visar att arbetsförmågan är nedsatt. Den nedsatta arbetsförmågan kan visa sig genom att personen i fråga är sjukskrivnen, men kan också framgå på annat sätt.

17.3.3 Beslut att neka försäkring kan prövas av domstol

Samtidigt som kontraheringsplikten tillkom, infördes också en möjlighet för den försäkringssökande att vända sig till domstol vid missnöje med försäkringsbolagets beslut. Om ett försäkringsbolag har vägrat någon att teckna en försäkring kan en domstol, enligt 16 kap. 7 § FAL, besluta att den försäkringssökande ändå har rätt till försäkringen. En sådan talan ska enligt bestämmelsen väckas inom *sex månader* från det att försäkringsbolaget har skickat den försäkringssökande ett meddelande om sitt beslut, *uppgift om skälen för detta och upplysning om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat*.

17.4 Utredningens kartläggning och analys

17.4.1 Genomförande av kartläggningen

Utredningens kartläggning av försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten beskrivs främst i kapitel 11. Vår beskrivning av försäkringsbolagens praxis vad gäller beslutsmotiveringar finns i kapitel 14.

Kartläggningen i förhållande till försäkringsbolagen har genomförts i tre steg.

Det första steget har varit en omfattande enkätundersökning riktad till försäkringsbolagen. Enkätundersökningen och resultatet av denna har beskrivits närmare i avsnitt 11.3. Av praktiska skäl har enkätundersökningen avsett förhållandena under 2013. Mot bakgrund av uppgifter från branschen och utredningens experter, samt med hänsyn till att det inte har skett någon betydande förändring av aktuell lagstiftning eller andra relevanta yttre förhållanden sedan 2013, är det rimligt att utgå ifrån att det som kommit fram genom enkätundersökningen även ger en rättvisande bild av försäkringsbolagens hantering av ansökningar från 2013 fram till i dag. Enkätundersökningen finns bifogad till detta betänkande som Bilaga 2. Den tekniska rapport som SCB har upprättat angående utförande av undersökningen finns bifogad till utredningen som Bilaga 3.

Det andra steget har varit att en arbetsgrupp från utredningen har besökt ett antal försäkringsbolag som har omfattats av enkätundersökningen. I avsnitt 11.4 har vi beskrivit syftet med besöken

hos försäkringsbolagen och hur dessa har gått till. Här kan nämnas att utredningen vid besöken tog del av ett antal av utredningen slumpvist utvalda försäkringsärenden, där den sökta personförsäkringen nekades helt eller delvis.

Det tredje steget har varit att utredningen har genomfört djupintervjuer med *dels* de försäkringsbolag som har svarat på enkätundersökningen, *dels* två större återförsäkringsbolag. I avsnitt 11.5 har vi beskrivit hur djupintervjuerna har genomförts. En sammanfattning av försäkringsbolagens och återförsäkringsbolagens svar finns bifogade till betänkandet som Bilaga 4.

Utöver den del av kartläggningen som har tagit sikte på information från försäkringsbolagen, har utredningen genomfört en *enkätundersökning som riktats till konsumenter*. Utredningen har genomfört undersökningen i samarbete med Handikappförbunden, Lika Unika, DHR, Svenska Prematurförbundet samt Barnplantorna, och målgruppen har varit konsumenter som har anknytning till förbundens medlemsorganisationer, eller som är intresserade av de frågor som förbunden driver. Enkätundersökningen finns bifogad till detta betänkande som Bilaga 5. I avsnitt 11.6 har vi redogjort för hur undersökningen till konsumenter har genomförts och vilka slutsatser som vi anser att man kan dra av denna.

17.4.2 Statistik angående avslag och särskilda villkor

Utredningens enkätundersökning till försäkringsbolagen visar bl.a. att totalt 96,8 procent av alla ansökningar om *barnförsäkring* beviljades till normala villkor (dvs. de villkor som vanligen gäller för försäkringen) eller särskilda villkor (dvs. med någon form av inskränkning eller till en förhöjd premie), och att 87 procent av alla ansökningar om barnförsäkring beviljades till normala villkor. När det gäller *sjuk- och olycksfallsförsäkring* för vuxna beviljades totalt 93 procent av alla ansökningar till antingen normala eller särskilda villkor, och 69 procent av alla ansökningar beviljades till normala villkor. Motsvarande siffror gällande *sjukförsäkring* för vuxna var att totalt 95 procent av alla ansökningar beviljades till normala eller särskilda villkor, och att 86 procent av alla ansökningar beviljades till normala villkor.

Andelen ansökningar som avlogs, dvs. nekades helt, var alltså 3,2 procent när det gäller *barnförsäkring*, 7 procent för *sjuk- och olycksfallsförsäkring* för vuxna och 5 procent avseende *sjukförsäkring* för vuxna.

Som framgår av statistiken är det förhållandevis få av dem som ansöker om en personförsäkring som inte beviljas någon försäkring alls. Särskilt vid barnförsäkring beviljas en mycket hög andel av alla ansökningar. Av de som beviljas en försäkring får dessutom en helt övervägande majoritet teckna försäkring till normala villkor.

17.4.3 Statistiken visar inte hela bilden

Även om den statistik som utredningen har fått fram genom enkätundersökningen till försäkringsbolagen, visar att de allra flesta som ansöker om en individuell personförsäkring också får teckna en sådan, ger den statistiken inte hela bilden av hur situationen ter sig för den som önskar teckna en personförsäkring. Andra viktiga indikationer har bl.a. kommit fram genom den enkätundersökning som riktats till konsumenter.

Utredningen har också genom sina besök hos och intervjuer med försäkringsbolagen fått insikt i hur den praktiska hanteringen av ansökningar om personförsäkringar går till, och hur bolagen normalt motiverar beslut att neka försäkring.

Som framgår av våra överväganden i kapitel 13–15, har vi på grund av de iakttagelser som vi har gjort, dragit slutsatsen att bolagen till viss del redan lever upp till de krav som plikten innebär, men att det finns utrymme för förbättringar i flera avseenden. Särskilt gäller detta försäkringsbolagens uppfyllelse av *kravet på en individuell bedömning*, att bolagen ska kunna visa att ett beslut att neka försäkring grundat sig på en *försäkringsmässig bedömning*. Vi har också bedömt att *bolagen behöver bli bättre på att motivera beslut* att neka personförsäkring så att besluten blir tydliga och begripliga för den ordinära försäkringssökande. Vi har också bedömt att vissa lagstiftande åtgärder behöver vidtas för att främja konsumenters tillgång till *tvistlösning i och utanför domstol* när en sökt personförsäkring nekas.

17.5 Den föreslagna regleringen

17.5.1 Kontraheringsplikten förtydligas

Utredningens bedömning är att lagstiftarens syfte med kontraheringsplikten för personförsäkring, och den nödvändiga avvägningen mellan socialt skyddsbehov och försäkringsmässiga intressen, bör kunna uppnås väl om plikten tillämpas i enlighet med den tolkning som vi har redogjort för ovan och i kapitel 12. Som också har framgått, krävs det samtidigt en till viss del ändrad praxis på marknaden om försäkringsbolagen till fullo ska leva upp till kontraheringspliktens krav. Utredningen anser att de brister som i viss utsträckning förekommer i försäkringsbolagens uppfyllelse av kontraheringsplikten, i vart fall delvis kan förklaras av att det i vissa avseenden har varit oklart hur plikten är avsedd att tillämpas i praktiken. Av den anledningen har vi bedömt att det behövs följande lagstiftande åtgärder för att *förtydliga* kontraheringspliktens innebörd.

- 11 kap. 1 § FAL ändras så att det framgår att kontraheringsplikten gäller när försäkring nekas *helt eller delvis*.
 - Därmed förtydligas att kontraheringsplikten gäller med samma styrka oavsett om en försäkringsansökan avslås helt, eller om försäkring beviljas, men med villkor som avviker från de normala.
- I ett tillägg till 11 kap. 1 § FAL ska det framgå att om en personförsäkring helt eller delvis nekas *på grund av hälsotillståndet* hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en *försäkringsmässig bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet*.
 - Genom tillägget lyfts fram att kontraheringsplikten innebär särskilda krav när försäkring nekas på grund av *hälsotillståndet* hos den som försäkringen ska gälla.
 - Syftet med det uttryckliga kravet på en *försäkringsmässig bedömning* i de fallen är att förtydliga att ett beslut att neka försäkring måste vara försäkringsmässigt nödvändigt, och att bedömningen ska grundas på ett beslutsunderlag av hög kvalitet.
 - Genom att det anges att bedömningen ska grundas omständigheterna *i det enskilda fallet* förtydligas kravet på en individuell bedömning av varje försäkringsansökan och att försäkringsbolaget därmed har ett ansvar att utreda och beakta hälsotillståndet hos den som ska försäkras.

17.5.2 Försäkringsbolagen ska motivera sina beslut

För närvarande finns ingen lagstadgad skyldighet för försäkringsbolagen att motivera beslut att neka en personförsäkring *i samband med beslutet*. Även om det är normal praxis hos försäkringsbolagen att göra det, har utredningen bedömt att det finns ett klart behov av att vidta åtgärder i syfte att säkerställa att försäkringsbolagens beslutsmotiveringar när försäkrings nekas ska bli tydligare för den försäkringssökande.

- I 11 kap. 1 § FAL införs därför en skyldighet för ett försäkringsbolag som nekar någon att teckna en personförsäkring att, *i samband med beslutet, ange skälen* för detta.
 - Kravet innebär att bolaget på ett sätt som är tydligt och begripligt för den ordinäre försäkringssökande ska förklara vilka hälsofaktorer som har beaktats vid bolagets riskbedömning och varför den sökta försäkringen inte kan beviljas.

17.5.3 Tvistlösning i och utanför domstol främjas

Utredningen har konstaterat att det är viktigt att möjligheten kvarstår för konsumenter att få beslut att neka personförsäkring prövat i domstol. Med tanke på att steget för en konsument att väcka talan i domstol mot ett försäkringsbolag är stort, skulle det samtidigt vara positivt om möjligheten till domstolsprövning kompletterades genom tillgång till effektiv, objektiv och rättssäker prövning av tvister rörande kontraheringsplikten utanför domstol. Utredningen har bedömt att detta exempelvis skulle kunna uppnås genom att den av Svensk Försäkring drivna *Personförsäkringsnämnden* öppnades för tvister angående rätten till en personförsäkring, och Svensk Försäkring har ställt sig positivt till detta förslag.

För att konsumenten effektivt ska kunna utnyttja olika möjligheter till prövning, är det angeläget att upplysning om dessa lämnas i anslutning till bolagets beslut.

- I 11 kap. 1 § FAL införs därför en skyldighet för bolaget att, *i samband med ett beslut att neka en personförsäkring, upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat*. Skyldigheten omfattar information om
 - eventuella möjligheter till intern omprövning inom bolaget
 - möjlighet till prövning i Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol (om sådan prövningsmöjlighet finns)
 - möjlighet till prövning i domstol.

Lagstiftande åtgärder föreslås också för att säkerställa att en försäkringssökande som väljer att vända sig till Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan, inte går miste om möjligheten att därefter väcka talan i domstol, på grund av att fristen för att väcka en sådan talan löper ut under nämndprövningen.

- I ett tillägg till 16 kap. 7 § FAL ska det föreskrivas att den talefrist om sex månader som framgår av bestämmelsen ska förlängas vid prövning i Personförsäkringsnämnden eller annat motsvarande tvistlösningsorgan. Om ett förfarande vid ett sådant tvistlösningsorgan *inleds* inom sexmånadersfristen, ska fristen löpa ut *först sex månader* efter det att bolaget, sedan tvistlösningsförfarandet avslutats, till sökanden har avsänt ett *meddelande* angående om *försäkring får tecknas* och *uppgift om skälen* för det ställningstagandet.
- En följdändring ska också göras i 16 kap. 6 § FAL så att tidpunkten för talefristens början, efter tvistlösning utanför domstol, under vissa förhållanden ska skjutas upp om meddelandet från bolaget försenas eller inte kommer fram till den försäkringssökande.

17.5.4 Förnyelse av personförsäkring

Genom tillägg till 11 kap. 3 och 4 §§ FAL kommer ändringarna i 11 kap. 1 § och 16 kap. 7 § att äga motsvarande tillämpning i fråga om *förnyelse av en redan tecknad personförsäkring*. Samma krav som vid nyteckning kommer alltså i dessa fall att gälla avseende bolagets

riskprövning, och bolaget kommer vid beslut att neka förnyelse av en redan tecknad personförsäkring att ha motsvarande skyldighet att upplysa om skälen för beslutet och om möjligheter till prövning. Även den nya regleringen i 16 kap. 7 § angående förlängning av fristen för att väcka talan i domstol, ifall rätten till en personförsäkring prövas av Personförsäkringsnämnden eller motsvarande tvistlösningsorgan utanför domstol, kommer att gälla vid nekad förnyelse.

17.5.5 Alternativa tolkningar och regleringar

Kontraheringspliktens tillämpningsområde enligt gällande rätt

Som framgår av utredningens överväganden i avsnitt 12.5, har utredningen särskilt i ett avseende övervägt olika möjliga tolkningar när det gäller innebörden av nu gällande kontraheringsplikt för personförsäkring. Det gäller den begränsningen av pliktens tillämpningsområde som följer av att plikten enligt 11 kap. 1 § första stycket FAL bara gäller för *sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten*.

Vad som ska anses ingå i försäkringsbolagets normala tillhandahållande är avgörande för vad som ska omfattas av plikten i ett enskilt fall där bolaget överväger att neka försäkring helt eller delvis. Ytterst handlar det om vad som i den situationen skulle kunna bli föremål för en domstolsprövning enligt 16 kap. 7 FAL. Enligt den bestämmelsen kan som framgått en domstol, på yrkande av den som har nekat att teckna en personförsäkring, förklara att denne har rätt att teckna försäkringen om bolaget har nekat försäkring i strid mot kontraheringsplikten.

Klart är att ett försäkringsbolag som har nekat någon att teckna en sökt försäkring, alltid måste kunna visa att det har förelegat särskilda skäl mot att ingå försäkringsavtal till normala villkor, dvs. de allmänna försäkringsvillkor som gäller för försäkringen i fråga.

En fråga som utredningen därutöver har ställt sig (se avsnitt 12.5) är om en domstol, på yrkande av en försäkringssökande, skulle kunna bestämma att ett försäkringsbolag ska teckna en personförsäkring mot en förhöjd premie eller med något särskilt undantag, även om bolaget inte brukar använda sig av sådana försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall. Frågan har aktualiserats mot

bakgrund av att regeringen i motiven till regleringen rörande kontraheringsplikten har gjort vissa uttalanden som kan uppfattas som delvis motstridiga angående innebörden av plikten i det avseendet, och även med hänsyn till vad som kommit fram när det gäller praxis på marknaden. Utredningen har vid sin kartläggning kunnat konstatera att det varierar mellan försäkringsbolagen på marknaden vilka slags särskilda försäkringsvillkor, dvs. premieförhöjningar och undantagsklausuler av olika slag, som används. Ett och samma försäkringsbolag tillämpar i regel också olika slags särskilda villkor för olika typer av personförsäkringsprodukter och även för en och samma försäkring, beroende på vilken slags sjukdom eller ohälsa det rör. Genom utredningens kartläggning framgår också att inget försäkringsbolag på marknaden använder sig av premieförhöjningar i individuella avtal om barnförsäkring.

I den allmänna debatten angående barnförsäkring, har den synpunkten framförts att försäkringsbolagen borde kunna bevilja sådan försäkring för fler barn, om bolagen tecknade försäkringsavtal mot förhöjda premier i svårörsäkrade fall. Hur man tolkar kontraheringsplikten när det gäller det normala tillhandahållandet, har därför både principiell och praktisk betydelse för pliktens tillämpning.

Utredningen har bedömt att det finns två tänkbara tolkningar av vad det *normala tillhandahållandet* enligt 11 kap. 1 § FAL ska anses omfatta.

En tolkning skulle kunna vara att ett försäkringsbolag alltid måste kunna visa att det har funnits särskilda skäl att neka försäkring mot en förhöjd premie eller med undantagsklausul i det enskilda fallet, *även om sådana försäkringsvillkor inte ingår i bolagets normala utbud i liknande fall*. En domstol skulle då alltså ytterst kunna bestämma att ett försäkringsbolag ska teckna en personförsäkring mot förhöjd premie eller med undantagsklausul i ett enskilt fall, även om sådana försäkringsvillkor inte vanligen används av bolaget under liknande omständigheter. Som vi har utvecklat närmare i avsnitt 12.5 ovan, anser utredningen inte att kontraheringsplikten kan tolkas så här. Vi menar i stället att förarbetena ger klart stöd för att kontraheringsplikten ska uppfattas så att det är *försäkringsbolagets*

*normala*⁶ utbud av försäkringsvillkor för försäkringen i fråga i liknande fall som sätter ramarna för pliktens tillämpning. Sammantaget med kravet på en individuell och försäkringsmässig bedömning av varje ansökan, innebär detta att försäkringsbolaget ska använda de försäkringsvillkor som brukar tillämpas för försäkringsprodukten i fråga i liknande fall, för att bevilja ett så gott försäkringsskydd som möjligt med hänsyn till den enskilde försäkringssökandes individuella förutsättningar. En domstol kan alltså bara ytterst tvinga ett försäkringsbolag att bevilja försäkring mot en premieförhöjning eller med en undantagsklausul i ett enskilt fall, om sådana försäkringsvillkor brukar tillämpas av bolaget för försäkringsprodukten i fråga i liknande situationer.

Kontraheringsplikten tar alltså sikte på själva *riskbedömningen*, och inte på vilka försäkringsvillkor som försäkringsbolaget använder. Plikten innebär att försäkringsbolaget alltid måste kunna visa att *riskbedömningen* vid ett beslut att neka försäkring bygger på *individuell grund*, att det har varit *försäkringsmässigt nödvändigt* att neka försäkring till normala villkor eller något särskilt villkor som ingår i bolagets utbud i liknande fall, och att den bedömningen har grundats på *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt försäkringsmässigt kunnande*. Oavsett vilka försäkringsvillkor som ingår i ett försäkringsbolags utbud, ska alltså en domstol underkänna ett beslut att neka någon en sökt försäkring om bolaget inte har gjort en tillräckligt individuell bedömning, eller om riskbedömningen avviker från vad som är försäkringsmässigt nödvändigt utifrån den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet och det försäkringsmässiga kunnande som finns på området i fråga.

Utredningens bedömning när det gäller behovet av ny reglering

Utredningen har vidare tagit ställning till om det behövs ny reglering för att ändra kontraheringsplikten så att den kommer att innebära att försäkringsbolagen måste använda sig av premieförhöjningar och undantagsklausuler för alla personförsäkringar. Våra överväganden i det avseendet finns i avsnitt 16.6.6. Som framgår där, har vi

⁶ Försäkringsbolag som i allmänhet inte beviljar försäkring mot förhöjd premie eller med undantagsklausul, kan i undantagsfall besluta att göra det i enskilda fall på grund av affärsmässiga skäl. Sådana undantag reflekterar inte försäkringsbolagets normala utbud.

övervägt dels om en sådan ny reglering skulle medföra någon konsumentnytta, dels vilken inverkan det skulle ha på försäkringsbolagens verksamhetsförutsättningar om en sådan reglering infördes.

Vår bedömning är att det finns många starka skäl mot att införa ett krav i lagstiftningen på att försäkringsbolagen ska använda sig av särskilda försäkringsvillkor. Sammanfattningsvis skulle en sådan reglering innebära en väsentlig inskränkning i bolagens möjligheter att styra över vilka risker som ska försäkras, och skulle därmed strida mot den grundläggande principen om produktfrihet som FAL bygger på. Eftersom varje inskränkning av möjligheten att styra över vilka risker som förs in i försäkringskollektivet, också inverkar på försäkringsprodukternas utformning och innehåll, skulle regleringen dessutom riskera att leda till försämringar både vad gäller utbudet av och innehållet i personförsäkringarna på marknaden. Särskilt vad gäller barnförsäkringarna finns det en klar risk för innehållsmässiga försämringar, och i värsta fall att den försäkringsprodukten i förlängningen helt skulle kunna slås ut.

Utredningens bedömning är alltså att en lagstiftning som ingriper i försäkringsbolagens produktfrihet genom att föreskriva att vissa försäkringsvillkor alltid ska ingå i utbudet för alla personförsäkringar, i slutändan sannolikt skulle drabba konsumenterna negativt.

Eftersom de allra flesta som ansöker om en personförsäkring, särskilt barnförsäkring, redan i dag beviljas en försäkring, finns det dessutom ett begränsat utrymme att öka antalet beviljade personförsäkringar. Att vidta en så ingripande åtgärd som ett krav i lagen på att försäkringsbolagen skulle använda sig av premieförhöjningar och undantagsklausuler, framstår därför som omotiverat med hänsyn till riskerna för negativa konsekvenser.

Mot ovan angiven bakgrund, har utredningen gjort bedömningen att någon reglering som innebär att försäkringsbolagen måste använda sig av särskilda försäkringsvillkor *inte* ska införas. Det är inte möjligt att göra några ekonomiska beräkningar av vilka kostnader som det skulle ha medfört för försäkringsbolagen om utredningen hade föreslagit en sådan reglering. Utredningen kan bara konstatera att det finns en avsevärd risk för negativa ekonomiska konsekvenser för bolagen, som i förlängningen även skulle drabba konsumenterna genom ett försämrat utbud av personförsäkringar.

17.6 Effekter för företagen

17.6.1 Försäkringsbolag som berörs

Försäkringsbolag som tillhandahåller individuell personförsäkring

De företag som berörs av utredningens förslag är samtliga *försäkringsbolag* som omfattas av kontraheringsplikten, dvs. alla försäkringsbolag som tillhandahåller någon slags *individuell tecknad personförsäkring* (11 kap. 1 § FAL). Till kategorin *personförsäkringar* hör som nämnts individuella sjuk-, olycksfalls- och livförsäkringar (1 kap. 2 § FAL).

Återförsäkringsbolag berörs inte direkt av förslagen, eftersom FAL inte är tillämplig i återförsäkringsbolagens verksamhet. Däremot kan de återförsäkringsbolag som tillhandahåller riskbedömnings-tjänster eller försäkringsmedicinska riktlinjer till försäkringsbolag som säljer personförsäkring, i viss begränsad utsträckning beröras indirekt av förslagen på grund av de krav som ställs på verksamheten hos de försäkringsbolag som är återförsäkringsbolagets kunder. Det är framför allt två återförsäkringsbolag som är dominerande på återförsäkringsmarknaden, men därutöver finns även andra aktörer av varierande storlek. Utredningen bedömer att eventuella kostnader för återförsäkringsbolagen till följd av våra förslag kommer att vara så begränsade, att de inte ska beaktas i den här konsekvensanalysen.

Antal försäkringsbolag som berörs och storleken på berörda bolag

Företagsstrukturen på försäkringsmarknaden är komplex. Det finns omkring 400 registrerade försäkringsföretag i Sverige, men de allra flesta av dessa är små lokala skadebolag, och försäkringsmarknaden i stort är koncentrerad till några större bolag och bolagsgrupper. Inom skadeförsäkring (den verksamhetsgren dit sjuk- och olycksfallsförsäkringar räknas i detta sammanhang), har de fem största försäkringsföretagen/koncernerna 84 procent av marknaden. Inom livförsäkring har de fem största försäkringsföretagen/koncernerna 60 procent av marknaden.⁷

⁷ Svensk Försäkrings broschyr, *Försäkringar i Sverige*, statistik 2014, s. 3.

Inom de större bolagsgrupperna på marknaden är många personer vad man brukar kalla tillikaanställda. Det innebär att en person som utför arbete i flera bolag inom en bolagsgrupp, anställs i samtliga bolag. Exempelvis kan en person som är anställd av en bank även vara anställd inom koncernens försäkringsbolag. Syftet är att undvika att bolagen i gruppen ska behöva betala moms på tjänster som köps in mellan koncernbolagen.

Strukturen på *personförsäkringsmarknaden* motsvarar vad som gäller på försäkringsmarknaden i stort. Marknaden för dessa personförsäkringar är koncentrerad till framför allt fem större försäkringsbolag/försäkringsbolagskoncerner. Vissa av de aktuella försäkringsprodukterna (främst sjukförsäkring) tillhandahålls vidare av några av de större bankkoncernerna. Därutöver finns det ett tiotal aktörer av varierande storlek som tillhandahåller individuella personförsäkringar av olika slag, och som inte ingår i de större bank- och försäkringskoncernerna.

Allmänt kan sägas att de större bolag/bolagskoncerner som berörs av förslagen har mellan 1 500 och drygt 2 000 anställda, medan de flesta andra aktörer ligger på mellan 50 och 400 anställda.

I sammanhanget har det också betydelse att de bolag och bolagskoncerner som tillhandahåller sådana personförsäkringar som omfattas av kontraheringsplikten, oftast även har ett brett utbud av andra försäkringar i sitt produktsortiment. De aktuella personförsäkringarna utgör alltså i regel bara en del av verksamheterna hos dessa bolag/bolagsgrupper.

Mot bakgrund av det nu angivna, är det inte möjligt att ange exakt hur många försäkringsbolag som berörs av utredningens förslag, eller hur stora dessa bolag är. Med hjälp av uppgifter och statistik från Svensk Försäkring och Finansinspektionen⁸, och med beaktande av information som utredningen tagit reda på om försäkringsbolagen inför sin enkätundersökning, är emellertid en grov uppskattning att det handlar om ett knappt tiotal större bolagsgrupper och därutöver omkring ett tiotal andra försäkringsbolag av varierande storlek. Det skulle alltså uppskattningsvis handla om cirka 20 bolag/bolagsgrupper som påverkas av förslagen.

⁸ Se bl.a. Svensk Försäkrings broschyrer, *Försäkringar i Sverige*, statistik 2014 samt *Svensk Försäkrings branschstatistik* från 2013–2015. Uppgifter har också inhämtats från Finansinspektionen angående försäkringsföretag som rapporterat in premieintänker i verksamhetsgrenarna sjuk- och olycksfallsförsäkring samt traditionell livförsäkring.

17.6.2 Förslagen kommer att få ekonomiska konsekvenser för berörda försäkringsbolag

Även om de föreslagna lagändringarna inte innebär någon väsentlig ändring av kontraheringsplikten innebär, är *syftet med förslagen* att försäkringsbolagen ska tillämpa plikten på ett delvis annat sätt än vad som görs för närvarande. Förslagen kommer därför i praktiken att få effekt på försäkringsbolagens verksamheter och därmed medföra vissa ekonomiska konsekvenser för de försäkringsbolag som berörs.

Den föreslagna regleringen syftar till att delvis förändra försäkringsbolagens hantering av försäkringsansökningar i främst tre avseenden.

- Ett tydligare *utredningsansvar* för försäkringsbolagen med avseende på den försäkringssökandes hälsotillstånd (bolaget ska klargöra och ta reda på de hälsofaktorer som kan inverka på bedömningen av ansökan).
- Ett tydligare krav på *kvalitetssäkring av beslutsunderlag* (krav på att beslut ska baseras på medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet).
- Ett tydligare krav vad gäller innehållet i och utformningen av *beslutsmotiveringar* i samband med beslut att neka försäkring (det ska genom motiveringen bli begripligt för den ordinära försäkringssökande varför en sökt personförsäkring inte kan beviljas.)

Till följd av den föreslagna regleringen kommer försäkringsbolagen att behöva vidta vissa åtgärder.

För att leva upp till det *utredningsansvar* med avseende på den försäkringssökandes hälsotillstånd som klargörs genom lagändringarna, kommer försäkringsbolagen att behöva se över och eventuellt förändra rutinerna för riskbedömningen. För att säkerställa att de försäkringsmedicinska riktlinjer som används som en viktig del av *beslutsunderlaget* vid riskbedömningen, håller tillräckligt hög kvalitet, kommer det också att bli nödvändigt för bolagen att se över och eventuellt ändra dessa. Kravet på tydliga och begripliga *beslutsmotiveringar* i samband med ett beslut att neka försäkring, kommer också att innebära att försäkringsbolagen i allmänhet måste lägga

ökade resurser på att utforma beslutsmotiveringarna i de fall försäkring nekas.

Om Personförsäkringsnämnden öppnas för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer även detta att kräva vissa åtgärder från försäkringsbolagens sida och innebära ökade utgifter för bolagen.

17.6.3 Kostnader för försäkringsbolagen till följd av förslagen

Administrativa kostnader

Bedömning: De totala administrativa kostnaderna för de försäkringsbolag som berörs kan förväntas öka med som mest 2 000 000 kronor per år till följd av den föreslagna regleringen. Kostnadsökningen kan förväntas bestå i något år efter ikraftträdandet, och därefter successivt minska något.

Försäkringsbolagens branschorganisation Svensk Försäkring, har som nämnts haft en referensgrupp bestående av bl.a. jurister, riskbedömare och produktansvariga från de flesta av de försäkringsbolag/bolagsgrupper som berörs av lagförslagen. Referensgruppen har gjort beräkningar angående vilka administrativa kostnader och andra kostnader som kan uppstå för bolagen till följd av lagförslagen.

Enligt referensgruppens beräkningar kommer de bolag som berörs, i vart fall initialt, behöva lägga i genomsnitt 3 *minuter* längre tid än för närvarande på varje ansökningsärende där försäkring nekas helt eller delvis, för att säkerställa att de krav som nu förtydligas i lagstiftningen uppfylls. Det handlar om åtgärder för att klargöra, reda på och beakta hälsouppgifter samt tidsåtgång för att formulera en tydlig och begriplig beslutsmotivering. Timkostnaden för de nämnda åtgärderna är enligt försäkringsbolagen i genomsnitt 900 kronor. Den genomsnittliga kostnadsökningen för varje ärende där försäkring nekas helt eller delvis blir därmed cirka 45 kronor (0,05 timmar × 900 = 45).

Enligt den statistik som utredningen har tagit fram för 2013 kom det in 97 586 ansökningar om *barnförsäkring*, 38 116 ansökningar om *sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna* och 2 942 ansökningar om *sjukförsäkring för vuxna*. Enligt uppgifter från branschen ligger antalet ansökningar avseende dessa försäkringsprodukter

fortfarande kvar på ungefär samma nivåer. Det innebär att försäkringsbolagen får in knappt 140 000 ansökningar per år avseende dessa försäkringar. Utredningens kartläggning visar att det 2013 var totalt 24 753 ansökningar om sådana personförsäkringar som nekades helt eller delvis. Även andelen försäkringar som nekas helt eller delvis ligger enligt försäkringsbolagen i princip kvar på 2013-års nivå.

Den totala ökningen av bolagens administrativa kostnader med avseende på de försäkringstyper som har ingått i utredningens kartläggning, blir med hänsyn till det ovan angivna initialt drygt 1 000 000 kronor per år ($24\,753 \times 45 = 1\,111\,389$).

Därutöver träffar förslagen också bolagens hantering av andra personförsäkringsprodukter, dvs. även individuella dödsfallsförsäkringar och vissa andra produkter, såsom sjukvårdsförsäkring och s.k. diagnosförsäkring (försäkringar som betalar ut ett engångsbelopp vid vissa allvarliga sjukdomar), av förslagen. Dessa försäkringar har som framgått ovan inte ingått i utredningens kartläggning, och vi har därför inga uppgifter om hur många sådana ansökningar som kommer in till bolagen per år. Inte heller Finansinspektionen eller Svensk Försäkring har sådan statistik. Det beror på att försäkringsbolagen inte har någon skyldighet att rapportera in antalet försäkringsansökningar, eller antal nytecknade försäkringar, till inspektionen. Detta är alltså uppgifter som behöver inhämtas från varje försäkringsbolag, vilket också har gjorts inom ramen för utredningens enkätundersökning angående sjuk- och olycksfallsförsäkringarna. Det skulle innebära ett omfattande insamlingsarbete för utredningen, och vara arbetskrävande för de aktuella försäkringsbolagen att ta fram uppgifter om antalet ansökningar om de försäkringar som inte ingått i enkätundersökningen.

En uppskattning måste därför göras avseende ungefär hur många ansökningar som görs per år avseende de personförsäkringar som träffas av utredningens förslag, men som inte ingått i kartläggningen. Här kan det till att börja med noteras att barnförsäkringen, som ju har omfattats av kartläggningen, är en personförsäkringsprodukt som är mycket populär. Antalet ansökningar om barnförsäkring 2013 var mer än det dubbla jämfört med den kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringen för vuxna, och översteg vida antalet ansökningar om sjukförsäkring för vuxna. Vi vet också att många dödsfallsförsäkringar och sjukvårdsförsäkringar tecknas som grupp-

försäkring, alternativt är kollektivavtalsgrundade, och därför faller utanför kontraheringsplikens tillämpningsområde. De s.k. diagnosförsäkringarna är vidare en relativt ny försäkringsprodukt och har ännu inte sådan spridning på marknaden som övriga personförsäkringar. Mot den bakgrunden uppskattar utredningen att antalet ansökningar per år avseende övriga individuellt tecknade personförsäkringar sannolikt inte överstiger det totala antalet ansökningar gällande de försäkringsprodukter som ingått i utredningens enkätundersökning, dvs. barnförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring för vuxna. Eftersom det vid samtliga personförsäkringar handlar om riskbedömning avseende personers hälsotillstånd, kan vidare antalet ansökningar om övriga individuella personförsäkringar som nekas per år, också antas ungefär motsvara antalet nekade ansökningar totalt för de försäkringar som har ingått i undersökningen.

Med hänsyn till vad som nu har angetts, menar utredningen att de ökade administrativa kostnaderna för de försäkringsbolag som tillhandhåller sådana personförsäkringar som inte ingått i utredningens kartläggning, uppskattningsvis kan antas uppgå till högst den ökning som uppstår vid hanteringen av ansökningar om barnförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring för vuxna. Det skulle då, enlighet med det ovan angivna, vara fråga om en ökning med högst cirka 1 000 000 kronor per år för övriga personförsäkringar.

Den totala ökningen av administrativa kostnader för försäkringsbolagens hantering av individuella personförsäkringar kan alltså uppskattas till omkring 2 000 000 kronor per år till följd av den föreslagna regleringen. Försäkringsbranschen har samtidigt framhållit att ökningen av administrativa kostnader kan antas *minska successivt* efter att lagändringarna har varit i kraft i något år, allteftersom bolagen blir vana vid de delvis nya rutiner som krävs.

Här ska nämnas att antalet fall där ett försäkringsbolag nekar, eller överväger att neka, någon förnyelse av en redan tecknad försäkring (11 kap. 3 och 4 §§) är så få i förhållande till antalet ansökningar om nyteckning, så att dessa får anses omfattas av de kostnadsökningar som beaktas för bolagens hantering av nyansökningar.

Andra kostnader

Bedömning: Den föreslagna regleringen kommer att leda till initiala kostnader om cirka 50 000 kronor per försäkringsbolag/bolagskoncern som berörs – totalt cirka 1 000 000 kronor för de omkring 20 bolag/bolagskoncerner som berörs. Kostnaderna avser främst utbildning av personal och översyn av rutiner och riskbedömningsriktlinjer.

Om Personförsäkringsnämnden öppnas för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer de försäkringsbolag som är anslutna till nämnden också att belastas med vissa kostnader. Det skulle då handla dels om bolagens interna kostnader för att administrera anmälda tvister, dels om kostnader för nämndförfarandet, som finanseras av anslutna försäkringsbolag grundat på antal ärenden som anmäls mot respektive bolag. Eftersom det inte är möjligt att förutse antalet tvister som kan komma att anmälas till Personförsäkringsnämnden, måste eventuella kostnader för bolagen uppskattas. Högt räknat skulle det kunna bli fråga om kostnader för anslutna bolag om totalt cirka 2 000 000 kronor per år för intern administration och totalt cirka 10 200 000 kronor (plus moms) per år för nämndprövningen.

De föreslagna lagändringarna kommer att innebära att försäkringsbolagen måste lägga viss tid på att utbilda personal och allmänt se över de riskbedömningsriktlinjer som används vid prövning av ansökningar om personförsäkring. Ungefärlig tidsåtgång har av Svensk Försäkrings referensgrupp beräknats till 55 timmar per försäkringsbolag/bolagskoncern som berörs, till en timkostnad om 900 kronor. I genomsnitt kommer alltså de totala kostnaderna för sådana åtgärder uppgå till cirka 50 000 kronor per försäkringsbolag/bolagskoncern. Med hänsyn till att det handlar om cirka 20 bolag/bolagskoncerner som berörs, kommer dessa kostnader att uppgå till omkring 1 000 000 kronor totalt för branschen.

Om Personförsäkringsnämnden öppnas för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer de bolag som eventuellt anmäls till nämnden också att belastas med kostnader förfarandet där. Det är inte lagstiftaren som styr över om Personförsäkringsnämnden öppnas för sådana tvister eller inte, utan det är Svensk Försäkring som driver nämnden och som beslutar de stadgar som styr nämndens verksam-

het och kompetensområde. Samtidigt har utredningen rekommenderat att nämnden ska pröva tvister rörande kontraheringsplikten för personförsäkringar. Vi har också föreslagit lagstiftande åtgärder som syftar till att underlätta för konsumenter att i förekommande fall utnyttja en möjlighet till prövning i Personförsäkringsnämnden vid missnöje med ett beslut från ett försäkringsbolag om att neka en sökt personförsäkring. De kostnader som branschen sannolikt kommer att ha för att inrätta en sådan prövningsmöjlighet kan mot den bakgrunden anses vara föranledda av utredningens förslag.

Kostnaderna för Personförsäkringsnämndens verksamhet fördelas som nämnts mellan de till nämnden anslutna försäkringsbolagen, i förhållande till antalet ärenden från respektive bolag (de flesta bolag/bolaggrupper som berörs av utredningens förslag är anslutna till Personförsäkringsnämnden). De bolag som eventuellt anmäls till nämnden i ärenden rörande kontraheringsplikten kommer därför att belastas med kostnader för nämndförfarandet i dessa ärenden. Enligt uppgifter från Svensk Försäkring och ansvarig för verksamheten vid Personförsäkringsnämnden beräknas ett ärende hos Personförsäkringsnämnden kosta det berörda försäkringsbolaget i genomsnitt cirka 8 500 kronor. Eftersom verksamheten vid Personförsäkringsnämnden är momspliktig tillkommer moms på den kostnaden. Även momsen blir en tillkommande kostnad för försäkringsbolagen, eftersom bolagens verksamhet till övervägande del inte är momspliktig. Kostnaderna för nämndverksamheten inkluderar bl.a. administration vid nämndens kansli och arvode till nämndledamöterna.

Ett försäkringsbolag som får ett ärende anmält till Personförsäkringsnämnden kommer därutöver att ha kostnader för den tid som internt går åt för att administrera varje anmälning. Åtgärderna omfattar bl.a. registrering av anmälan, genomgång av ärendet, sammanställning av underlag till nämnden samt registrering och övrig administration när ärendet kommer tillbaka. Enligt uppgifter från branschen skulle en genomsnittlig intern handläggningstid för ett ärende vara cirka 2 timmar. Även i detta fall kan timkostnaden för försäkringsbolagen antas vara cirka 900 kronor (kostnaden skulle alltså uppgå till 1 800 kronor per anmält ärende).

Det är, som redan sagts, inte möjligt att förutse hur många ärenden rörande kontraheringsplikten som eventuellt kommer att anmälas till Personförsäkringsnämnden, om den öppnas för tvisterna i

fråga. Därför är det inte heller möjligt att ange hur stora kostnader som i så fall skulle uppkomma för försäkringsbolagen på grund av nämndprövningen. En uppskattning skulle dock kunna vara att tvisterna rörande kontraheringsplikten i vart fall inte skulle bli fler än de tvister som nämnden redan prövar, eftersom dessa – främst tvister rörande skadeersättning – också rör personförsäkringar och försäkringsmedicinska bedömningar. I dag prövar nämnden cirka 1 200 ärenden per år, och som mest skulle man då alltså kunna räkna med en fördubbling av antalet ärenden om även kontraheringsplikten kunde prövas i nämnden. Å andra sidan skulle det också kunna tänkas att mycket få tvister rörande kontraheringsplikten skulle komma att anmälas till Personförsäkringsnämnden. Något som talar för att det skulle kunna bli så, är att de allra flesta försäkringsbolag anger att de i dag prövar mycket få sådana ärenden per år i sina bolagsinterna prövningsnämnder. Utredningen anser mot den bakgrunden att det är rimligt att förvänta sig att upp till 1 200, men sannolikt betydligt färre, ärenden per år rörande kontraheringsplikten skulle anmälas till Personförsäkringsnämnden.

Om 1 200 ärenden rörande kontraheringsplikten skulle anmälas till Personförsäkringsnämnden varje år, skulle försäkringsbolagens kostnader för interna förberedelser uppgå till totalt cirka 2 000 000 kronor ($1\,800 \times 1\,200$) per år. Därtill skulle kostnader för anslutna försäkringsbolag för själva nämndprövningen tillkomma med totalt cirka 10 200 000 ($8\,500 \times 1\,200$) kronor per år.

Även om inga tvister rörande kontraheringsplikten anmäls till Personförsäkringsnämnden kommer det, enligt uppgift från ansvarig för nämnden, ändå vara nödvändigt att vidta vissa kostnadskrävande åtgärder för att hålla nämndens kansli i beredskap för att kunna ta emot sådana tvister. Även den kostnaden skulle då belasta anslutna bolag, men har inte varit möjlig att uppskatta för närvarande.

17.6.4 Positiva effekter för försäkringsbolagen

Bedömning: Förtydligandena när det gäller innebörden av kontraheringsplikten kan förväntas leda till att försäkringsbolagen kan uppnå bättre kundnöjdhet, även i de fall försäkring nekas helt eller delvis. På sikt kan detta antas medföra ökad goodwill för försäkringsbolagen.

Att lagregleringen rörande kontraheringsplikten förtydligas kommer inte bara att medföra ökade kostnader för försäkringsbolagen, utan kommer också att gagna dessa. Förtydligandena av kontraheringsplikten innebär också att underlätta försäkringsbolagens praktiska tillämpning av plikten. En tydligare reglering kommer också att underlätta försäkringsbolagens kommunikation med konsumenterna, även i de fall en sökt personförsäkring inte kan beviljas full ut. På sikt kommer därför sannolikt den föreslagna regleringen leda till att försäkringsbolagen kan uppnå bättre kundnöjdhet, även i de fall försäkring nekas helt eller delvis. I förlängningen bör detta kunna leda till ökad goodwill för bolagen.

Om Svensk Försäkring enligt utredningens rekommendation, öppnar Personförsäkringsnämnden för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer även detta att medföra att nämnden utvecklar praxis när det gäller tillämpningen av plikten. Även detta bör gagna försäkringsbolagen, eftersom försäkringsbolagen kommer att kunna hänvisa till nämndens praxis i dialogen med kunderna.

17.6.5 Ingen påverkan på mindre försäkringsbolag eller konkurrensförhållandena på marknaden

Bedömning: Mindre försäkringsbolag kommer inte att påverkas på ett annat sätt än större försäkringsbolag av utredningens lagförslag. Den föreslagna regleringen kommer inte heller att påverka små försäkringsbolags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större bolags, eller i övrigt inverka på konkurrensförhållandena för försäkringsbolagen på personförsäkringsmarknaden.

Den föreslagna regleringen kommer att gälla likadant för alla försäkringsbolag som tillhandahåller individuella personförsäkringar. Enligt utredningens bedömning, som också har bekräftats av Svensk Försäkrings referensgrupp, kommer alla berörda bolag att påverkas i samma mån. Att införa delvis nya rutiner och se över riskbedömningsriktlinjer kommer, enligt referensgruppen, inte att vara mera belastande för mindre bolag än för större.

Utredningen bedömer vidare, vilket även det har bekräftats av Svensk Försäkrings referensgrupp, att den föreslagna regleringen

inte kommer att påverka små försäkringsbolags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större bolags, och inte heller konkurrensförhållandena i övrigt på marknaden.

17.6.6 Sammanfattning angående effekterna för försäkringsbolagen

Sammanfattningsvis kommer utredningens förslag att leda till en ökning av försäkringsbolagens administrativa kostnader med maximalt 2 000 000 kronor per år. Den förväntade ökningen kommer att minska successivt inom något år efter förslagets genomförande.

Den föreslagna regleringen kommer även att leda till initiala kostnader om i genomsnitt cirka 50 000 kronor per försäkringsbolag – totalt cirka 1 000 000 kronor för berörda bolag/bolagsgrupper – för utbildning av personal och översyn av rutiner och riskbedömningsriktlinjer.

Kostnader om uppskattningsvis 12 200 000 kronor per år kommer också att belasta de försäkringsbolag som är anslutna till Personförsäkringsnämnden, om nämnden öppnas för tvister rörande kontraheringsplikten för personförsäkring, och ärendetillströmningen därmed fördubblas jämfört med i dag (dvs. om nämnden skulle ta emot 1 200 ärenden per år rörande plikten).

Utredningens förslag till förtydliganden i lagen av kontraheringspliktens innebörd, kan också förväntas leda till positiva effekter för försäkringsbolagen. En tydligare och mer lättillämpad reglering innebär att försäkringsbolagen lättare kommer att kunna förklara sina beslut, i de fall försäkring inte kan beviljas fullt ut. Därmed bör försäkringsbolagen kunna uppnå bättre kundnöjdhet, även i de fall försäkring nekas helt eller delvis, vilket på sikt borde leda till ökad goodwill för bolagen.

Mindre försäkringsbolag kommer inte att påverkas på ett annat sätt än större försäkringsbolag av utredningens lagförslag. Den föreslagna regleringen kommer inte heller att påverka små försäkringsbolags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större bolags, eller i övrigt inverka på konkurrensförhållandena för försäkringsbolagen på personförsäkringsmarknaden.

17.7 Konsumenter

Bedömning: En tydligare och mer lättillämpad reglering avseende kontraheringsplikt för personförsäkringar kommer att stärka konsumenternas ställning på personförsäkringsmarknaden, eftersom det blir enklare för konsumenterna att bedöma och ta till vara sina rättigheter i förhållande till försäkringsbolagen.

Om Svensk Försäkring, enligt utredningens rekommendation, öppnar Personförsäkringsnämnden för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer även detta att medföra en viktig förstärkning av konsumenters ställning i förhållande till försäkringsbolagen.

Eftersom våra förslag till lagändringar syftar till att förtydliga vad försäkringsbolagen måste göra för att leva upp till kraven enligt kontraheringsplikten, kommer förslagen att innebära att det blir enklare för konsumenter att bedöma och ta till vara sina rättigheter när det gäller att teckna en individuell personförsäkring.

Om Svensk Försäkring enligt utredningens rekommendation, öppnar Personförsäkringsnämnden för tvister rörande kontraheringsplikten, kommer även detta att medföra en viktig förstärkning av konsumenters ställning i förhållande till försäkringsbolagen. Som nämnts ovan, har utredningen också lagt lagförslag som syftar till att skapa goda förutsättningar för konsumentar att i sådana fall utnyttja möjligheten till en objektiv och rättssäker med ändå effektiv tvistlösning. Tillgång till sådan tvistlösning utanför domstol kommer på sikt att stärka konsumenternas ställning i förhållande till försäkringsbolagen. Därutöver, bör ökat fokus på tvistlösning när det gäller rätten till en personförsäkring, och utveckling av praxis från Personförsäkringsnämnden på det området, också leda till den positiva effekten att försäkringsbolag generellt blir bättre på att tillämpa plikten korrekt och även på att hantera klagomål från de som ansöker om en personförsäkring.

17.8 Inga ökade kostnader för det allmänna

Bedömning: Utredningens lagförslag kommer inte att innebära några ökade kostnader för det allmänna.

Som framgår av utredningens överväganden i avsnitt 16.6.9, anser vi att det inte behövs något utökat tillsynsuppdrag till någon myndighet till följd av våra lagförslag. Främst är det Konsumentverket och Finansinspektionen som hade kunnat komma i fråga för ett utökat uppdrag.

Här ska det framhållas att försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten enligt 11 kap. 1 § FAL redan omfattas av Finansinspektionens tillsynsområde, eftersom bolagens uppfyllande av plikten ingår i kravet på *god försäkringsstandard* enligt 4 kap. 3 § försäkringsrörelselagen (2010:2043) (se avsnitt 16.6.9 ovan). De föreslagna lagändringarna kommer bara att innebära en viss utökning av Finansinspektionens tillsynsansvar vad gäller den standarden, genom att den nya skyldigheten för försäkringsbolagen att motivera ett beslut att neka försäkring i samband med beslutet, också införs i 11 kap. 1 § FAL.

Finansinspektionens tillsyn över bolagens tillämpning av kontraheringsplikten, inklusive bolagens beslutsmotiveringar, kommer i normala fall inte innebära någon granskning av beslut eller beslutsmotiveringar i enskilda fall. Tillsynen kommer, liksom tillsynen i övrigt när det gäller god försäkringsstandard, i stället gå ut på att Finansinspektionen, vid indikationer på brister hos enskilda försäkringsbolag, mer allmänt undersöker det försäkringsbolagets operativa processer och företagsstyrning i relevanta delar. Tillsynen kommer därmed i förekommande fall att fokuseras på att identifiera, och med generella åtgärder motverka, eventuella systematiska brister i försäkringsbolagens hantering.

Att Finansinspektionens tillsynsområde genom den föreslagna lagändringen utökas till att innefatta försäkringsbolagens beslutsmotiveringar när försäkring nekas måste, mot ovan angiven bakgrund, antas medföra endast begränsade merkostnader för inspektionen. De ytterligare tillsynsåtgärder som eventuellt kan behövas bör därför rymmas inom inspektionens befintliga anslagsramar.

Det allmänna kommer vidare inte att drabbas av några kostnader för Personförsäkringsnämndens verksamhet, i fall nämnden öppnas för tvister rörande kontraheringsplikten.

17.9 Samhällsekonomiska effekter

Bedömning: Att regleringen avseende kontraheringsplikten förtydligas, kommer att medföra positiva samhällsekonomiska effekter genom att den nödvändiga avvägningen mellan socialt skyddsbehov och försäkringsmässiga intressen kommer att kunna upprätthållas i enlighet med lagstiftarens ursprungliga intentioner.

Kontraheringsplikten är utformad som en kompromiss mellan det sociala intresset av att så många som möjligt ska kunna komplettera det skydd som erbjuds genom socialförsäkringen, genom att teckna en privat individuell personförsäkring – och det samhälleliga intresset av att det finns goda förutsättningar att bedriva försäkringsverksamhet. Om den balansen inte upprätthålls, finns det en risk att försäkringsskyddet i samhället minskar. Att människor inte på privat väg skulle kunna skaffa ett skydd mot skada till följd av sjukdom eller olycksfall, skulle i förlängningen belasta samhället på olika sätt, exempelvis genom ett ökat tryck på socialförsäkringssystemet och att fler personer skulle kunna hamna i socialt och ekonomiskt utanförskap.

Att lagstiftningen förtydligas med avseende på vad försäkringsbolagen ska göra för att leva upp till kontraheringsplikten, kommer att medföra positiva samhällsekonomiska effekter genom att den nödvändiga avvägningen mellan socialt skyddsbehov och försäkringsmässiga intressen därigenom upprätthålls i enlighet med lagstiftarens ursprungliga intentioner.

17.10 Förslagets förhållande till EU-rätten

I huvudsak två olika lagstiftningsblock utgör grundvalen för all privat försäkringsverksamhet. Försäkringsrörelselagstiftningen lägger fast spelreglerna för försäkringsbolagens verksamhet och försäkringsavtalslagstiftningen reglerar förhållandet mellan försäkringsgivare och försäkringstagare.

Försäkringsbolagens verksamheter står för närvarande inför genomgripande förändringar för att anpassas till bestämmelserna i EU:s s.k. Solvens II-direktiv. Den nya EU-rätten kommer att medföra omfattande regelförändringar, främst i försäkringsrörelselagstiftningen. Även inom det konsumenträttsliga området i stort finns det EU-rättslig reglering som har betydelse för försäkringsbolagens agerande. Som exempel kan nämnas de marknadsrättsliga regler som finns i marknadsföringslagen (2008:486) och lag (1994:1512) om avtalsvillkor i konsumentförhållanden, som till stor del är en följd av Sveriges anpassning till EU-rätten. Även den nya lagen (2015:671) om alternativ tvistlösning i konsumentförhållanden kan nämnas här. Enligt den lagen, som har införts för att genomföra EU:s s.k. tvistlösningsdirektiv, har försäkringsbolagen bl.a. en skyldighet att vid avtalstvister med konsumenter upplysa om möjligheten till prövning av tvisten utanför domstol. Men den lagen är inte tillämplig vid tvister angående kontraheringsplikten för personförsäkring, eftersom frågor om tecknande av försäkring inte är avtalstvister, utan rör förhållandet innan ett avtal har ingåtts.

Specifikt på försäkringsavtalsrättens område finns det ingen reglering på EU-nivå. Det är därmed upp till varje medlemsstat att utforma lagstiftningen när det gäller bl.a. ingående av försäkringsavtal. De förslag som utredningen har lämnat avseende kontraheringsplikten för personförsäkringar har därför inte påverkats av Sveriges anslutning till EU (6 § 6 förordning [2007:1244] om konsekvensutredning vid regelgivning).

17.11 Ikraftträdande

Bedömning: De föreslagna lagändringarna bör kunna träda i kraft den 1 juni 2017, och försäkringsbolagen kan förväntas hinna vidta nödvändiga åtgärder till dess. Några särskilda informationsinsatser är inte nödvändiga.

De lagändringar som utredningen föreslår bedöms kunna träda i kraft i juni 2017 (se avsnitt 16.10). Utredningens bedömning, som också har bekräftats av Svensk Försäkrings referensgrupp, är att försäkringsbolagen till dess kommer hinna vidta de åtgärder som behövs för att de ska kunna anpassa sig till den nya regleringen. Några särskilda informationsinsatser är därför inte nödvändiga.

DEL VI

Författningskommentar

18 Författningskommentar

18.1 Förslaget till lag om ändring i försäkringsavtalslag (2005:104)

11 kap. Försäkringsavtalet

1 §

Ett försäkringsbolag får inte *helt eller delvis neka* 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 *att neka försäkring* med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet.

Om en personförsäkring nekas på grund av hälsotillståndet hos den som ska försäkras, ska beslutet grundas på en försäkringsmässig bedömning av omständigheterna i det enskilda fallet. Ett beslut att neka någon en personförsäkring får inte grundas på att ett försäkringsfall har inträffat eller den försäkrades hälsotillstånd har försämrats efter det att en ansökan har avsänts eller lämnats till försäkringsbolaget. Sådana försäkringsvillkor som beror av den försäkrades hälsotillstånd ska bestämmas på grundval av hälsotillståndet vid ansökan.

Om ett försäkringsbolag nekar någon en personförsäkring, ska bolaget i samband med beslutet ange skälen för detta och upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat.

Första–tredje styckena gäller inte i fråga om en försäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag.

Av paragrafen framgår att ett försäkringsbolag under vissa förutsättningar har en skyldighet att bevilja en sökt personförsäkring, dvs. en *kontraheringsplikt*.

Ändringarna i *första stycket* är delvis språkliga men förtydligar också paragrafens tillämpningsområde.

Paragrafens *andra stycke* är nytt, och innebär att det tidigare första stycket har delats upp och nu utgör första och andra stycket, men det är bara *första meningen* som är ny. Genom den nya första meningen förtydligas vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att ett försäkringsbolag ska kunna neka någon en personförsäkring på grund av dennes hälsotillstånd.

Tredje stycket är nytt i sin helhet och utgör i huvudsak ett förtydligande av den skyldighet som redan får anses framgå av 16 kap. 7 § FAL, för försäkringsbolagen att motivera beslut att neka försäkring och upplysa om möjligheter till prövning. Ändringen innebär samtidigt även en ny skyldighet för bolagen att göra detta i samband med beslutet.

Fjärde stycket undantar från paragrafens tillämpning sådan försäkring som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag, och har anpassats till paragrafens nya styckeindelning.

Ändringarna har följande innebörd.

Ändringarna i första stycket

I *första stycket* har till att börja med ordet *vägra* ersatts av *helt eller delvis neka*. Ändringen behandlas i avsnitt 16.6.2. Genom tillägget *helt eller delvis* förtydligas att kontraheringsplikten gäller såväl när en försäkringsansökan avslås helt, som när försäkring beviljas med villkor som avviker från vad som normalt gäller för försäkringen i fråga. Försäkringsbolaget måste alltså alltid visa särskilda skäl för beslutet när en sökt personförsäkring inte beviljas till normala villkor. Att ordet *vägra* har bytts ut mot *neka* har i sig ingen saklig betydelse. Skälet till ändringen är främst att *neka* språkligt passar bättre tillsammans med *helt eller delvis*. Ytterligare en språklig följdändring utan saklig betydelse är att det nu anges att bolaget måste ha särskilda skäl *att neka försäkring*, i stället för som tidigare särskilda skäl *för vägran*.

För att undvika upprepningar i lagtexten, anges i andra till tredje styckena i paragrafen att dessa gäller då en personförsäkring *nekas*, i stället för *helt eller delvis nekas*. Detta ska inte uppfattas som en begränsning av tillämpningsområdet för paragrafen i dessa delar. Liksom för närvarande, gäller den i sin helhet för samtliga fall då en sökt personförsäkring inte beviljas till normala villkor.

Enligt paragrafens första stycke gäller vidare att den försäkringsökande bara har rätt att teckna en sådan personförsäkring som *bolaget normalt tillhandahåller allmänheten*. Ingen ändring görs i detta avseende (se avsnitt 16.6.6).

Ett nytt andra stycke

Andra stycket i paragrafen handlar om vad som *ska* respektive vad som *inte får*, ligga till grund för försäkringsbolagets beslut att neka någon en personförsäkring. Stycket är nytt, men det är bara *första meningen* som utgör ett tillägg till paragrafen.

Övervägandena till den nya *första meningen* finns i avsnitt 16.6.3 och 16.6.4. Meningen avser en specifik situation som omfattas av paragrafens första stycke – nämligen att en sökt personförsäkring *nekas* med hänvisning till att *hälsotillståndet* hos den som ska försäkras medför en *risk för framtida försäkringsfall*. Det är alltså inte fråga om någon ny avslagsgrund eller något undantag från kraven enligt första meningen. Den nya meningen förtydligar i stället vilka krav som måste vara uppfyllda för att det ska anses föreligga särskilda skäl för ett försäkringsbolag att neka någon en personförsäkring enligt första stycket, när detta sker med hänvisning till den försäkringssökandes hälsotillstånd. I den nya meningen anges följande två krav för att det ska anses föreligga särskilda skäl för bolaget att neka försäkring i den situationen:

- att beslutet ska grundas på en *försäkringsmässig bedömning* och
- att bedömningen ska avse *omständigheterna i det enskilda fallet*.

Med kravet på en *försäkringsmässig bedömning* avses till att börja med att beslutet ska ha varit *försäkringsmässigt nödvändigt*. Försäkringsbolaget måste alltså kunna visa att risken för framtida försäkringsfall är så hög, att det skulle få klart olämpliga följder för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget försäkrades till

normala villkor eller, om ansökan helt har avslagits, försäkrades alls. Det handlar här *inte* om vilka följderna skulle bli för försäkringskollektivet om en försäkring beviljades i just det aktuella fallet. Frågan är vilka följder som skulle uppstå för försäkringskollektivet om risker av det aktuella slaget vanligen skulle försäkras.

När det kan anses vara försäkringsmässigt nödvändigt att neka någon en personförsäkring varierar, eftersom många olika faktorer påverkar vilka följder det får för ett försäkringskollektiv att vissa risker försäkras. Viktiga faktorer i det sammanhanget är naturligtvis hur troligt det är att försäkringsfall skulle inträffa och den aktuella försäkringsproduktens omfattning, dvs. vilka ersättningar som bolaget riskerar att behöva betala ut vid eventuella försäkringsfall. Andra faktorer av betydelse är försäkringsbolagets storlek och ekonomi i övrigt samt försäkringskollektivets storlek och sammanställning.

För att bedömningen ska vara *försäkringsmässig*, måste bolaget också kunna visa att den har baserats på ett beslutsunderlag av hög kvalitet. I det avseendet är det rimligt att kräva att beslutet har grundats på det som i försäkringssammanhang vid den aktuella tidpunkten anses vara *medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet samt bolagets försäkringsmässiga kunnande*.

Med *medicinsk vetenskap*, åsyftas den medicinska vetenskapliga forskningen, fast med beaktande av att en viss tröghet måste accepteras med avseende på när försäkringsbolagen kan förväntas anpassa sin riskbedömning efter nya forskningsrön. Det är exempelvis inte rimligt att kräva att bolagen ska ändra sina riktlinjer på grund av ny medicinsk forskning, förrän det finns en viss konsensus angående den. Det är den aspekten som avses med att det ska handla om det som *i försäkringssammanhang vid den aktuella tidpunkten* anses vara medicinsk vetenskap.

Medicinsk beprövad erfarenhet handlar i det här sammanhanget om sådant som det eventuellt inte finns direkt vetenskapligt stöd för, men som i vart fall är allmänt accepterat inom läkarkåren.

Försäkringsmässigt kunnande är försäkringsbolagens professionella erfarenhet. Här avses i första hand det aktuella försäkringsbolagets egen erfarenhet i förhållande till försäkringsprodukten i fråga och det försäkrade kollektivet. Det kan exempelvis handla om bolagets sjukdoms- och skadestatistik samt erfarenheter när det gäller skadereglering. Men det kan också gälla mera allmän erfaren-

het inom branschen. För att sådana erfarenheter ska ha någon bäring, måste de kunna styrkas.

Genom att det anges att ett beslut att neka försäkring ska grundas på en bedömning av *omständigheterna i det enskilda fallet*, förtydligas att ett sådant beslut måste baseras på en *individuell bedömning* av den enskilde sökandens förutsättningar. Därmed avses att försäkringsbolaget har ett *utredningsansvar* när det gäller den försäkringssökandes hälsotillstånd, om bolaget överväger att neka försäkring. Det innebär att försäkringsbolaget i de fallen har en skyldighet att i möjligaste mån *klargöra* eventuella otydliga hälsouppgifter som lämnas av den försäkringssökande i ansökan. Bolaget ska dessutom *aktivt ta reda på* de uppgifter om hälsotillståndet hos sökanden som kan ha betydelse dennes möjlighet att teckna en försäkring. Hur långtgående utredningsansvaret är – dvs. hur mycket information som bolaget behöver ta reda på om hälsotillståndet hos en viss försäkringssökande – varierar beroende på den enskilde sökandens hälsotillstånd samt den sökta försäkringens innehåll och utformning. Grundläggande är att försäkringsbolaget ska ta reda på så pass mycket information om den försäkringssökandes hälsa som behövs för att bolaget ska kunna grunda sitt beslut på den medicinska vetenskap och beprövade erfarenhet som finns på området.

När det gäller inhämtande av hälsouppgifter om en försäkringssökande från vårdgivare och andra, ska försäkringsbolaget beakta det skydd för den försäkringssökandes personliga integritet som följer av 11 kap. 1 a § FAL. Den paragrafen innebär att ett försäkringsbolag bara får begära den försäkringssökandes *samttycke* för att hämta in sådana hälsouppgifter när detta är *nödvändigt* för prövningen av ansökan. I det här sammanhanget ska det noteras att den bestämmelsen inte utgör något hinder mot att försäkringsbolagen fullgör det utredningsansvar som följer av kontraheringsplikten, eftersom hälsouppgifter som har betydelse för bedömningen av om en ansökan kan beviljas eller inte, måste anses vara *nödvändiga* för prövningen.

Det ska framhållas att de tillägg som föreslås med avseende på den situationen att den försäkringssökandes *hälsotillstånd* anses medföra en *risk för framtida försäkringsfall*, inte innebär någon ändring med avseende på de två andra avslagsgrunder som framgår av paragrafens första stycke. Fortfarande gäller alltså att ett försäkringsbolag, utöver eller i stället för att hänvisa till *riskan för fram-*

tida försäkringsfall, kan åberopa *den avsedda försäkringens art* eller *någon annan omständighet* till stöd för att neka någon en personförsäkring.

I övrigt har en redaktionell ändring gjorts i stycket (*skall* har ändrats till *ska*).

Ett nytt tredje stycke

Ett *nytt tredje stycke* har lagts till i paragrafen. Övervägandena finns i avsnitt 16.6.5 och 16.6.8. Stycket stadgar en skyldighet för försäkringsbolagen att motivera beslut att neka försäkring och att upplysa den försäkringssökande om vilka möjligheter som finns för att få ett sådant beslut prövat.

Till att börja med framgår att ett försäkringsbolag som nekar någon en sökt personförsäkring med stöd av första stycket, *i samband med beslutet ska ange skälen för detta*. Detta utgör i huvudsak ett förtydligande av det krav på motiverade avslagsbeslut som i dag kan anses följa av 16 kap. 7 § andra stycket FAL. En nyhet är att det föreskrivs en skyldighet för försäkringsbolaget att lämna motiveringen *i samband med beslutet*, något som inte krävs för närvarande.

Innebörden av att ett försäkringsbolag ska ange skälen för ett beslut att neka försäkring, är att bolaget ska förklara *vilka uppgifter om den försäkringssökandes hälsa som bolaget har beaktat och varför* dessa uppgifter medför att försäkring till normala villkor måste nekas helt eller delvis, dvs. vilka försäkringsmässiga skäl som har legat till grund för beslutet. Enbart hänvisning till ett yttre förhållande, såsom en viss sjukdom eller liknande, är i regel inte en tillräcklig motivering.¹ Meningen är samtidigt inte att försäkringsbolaget i motiveringen ska gå in i sådan detalj att förklaringen blir alltför komplicerad eller att bolaget i onödan ska ange känsliga detaljer. Det viktiga är att motiveringen formuleras så att det blir *tydligt och begripligt för den ordinäre försäkringssökande varför den sökta personförsäkringen inte har beviljats*. Längden av och innehållet

¹ Om ett beslut att neka försäkring grundas på att den försäkringssökande har en viss allvarlig sjukdom, eller om det finns andra faktorer som enligt bolaget i sig innebär en så hög risk för framtida försäkringsfall att bolaget har bedömt att det inte är nödvändigt ta reda på några ytterligare hälsouppgifter, bör det framgå av motiveringen att det är så bolaget har resonerat.

i en sådan motivering kan naturligtvis variera beroende på den sökta försäkringen och sökandens hälsotillstånd.

I stycket föreskrivs även en skyldighet för försäkringsbolaget att, *i samband med beslutet* att neka försäkring, *upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat*. Här avses till att börja med att bolaget ska informera om möjligheten till prövning i *domstol*. En skyldighet att lämna sådan information får, liksom skyldigheten för bolaget att upplysa om skälen för beslutet, anses följa redan i dag av 16 kap. 7 § andra stycket FAL. En nyhet även i detta avseende är däremot att försäkringsbolaget ska lämna upplysningarna *i samband med beslutet* om att neka försäkring. Ytterligare en nyhet är att den skyldighet som nu föreskrivs för bolaget att upplysa om prövningsmöjligheter i samband med beslutet, också innebär att bolaget ska lämna information om vissa *tvistlösningsorgan utanför domstol*. Ett försäkringsbolag behöver inte informera om alla tvistlösningsorgan som den som har nekats en personförsäkring möjligen skulle kunna vända sig till. De tvistlösningsorgan som avses är bara sådana vars prövning kan medföra att talefristen för att vända sig till domstol skjuts upp enligt 16 kap. 7 § fjärde stycket FAL (se kommentaren till den bestämmelsen nedan, för en närmare beskrivning av vilka tvistlösningsorgan som det är fråga om). Försäkringsbolaget ska därutöver upplysa om *vilka möjligheter som finns till omprövning av beslutet internt inom bolaget*, exempelvis om sökanden kan begära att bolagets riskbedömningsavdelning tar ställning till ansökan på nytt, och om det finns någon intern prövningsnämnd eller liknande som denne kan vända sig till. Även detta är en nyhet jämfört med nuvarande reglering.

Det ligger i sakens natur att försäkringsbolaget även måste upplysa den försäkrings sökande om hur dessa olika prövningsmöjligheter förhåller sig till varandra, dvs. i vilken ordning de lämpligen kan utnyttjas.

FAL ställer inte upp något krav på att ett försäkringsbolag måste ge den som har ansökt om en försäkring ett skriftligt besked när den sökta försäkringen nekats. Ingenting hindrar därför att försäkringsbolaget muntligen lämnar ett sådant besked, inklusive muntliga upplysningar om skälen för beslutet och prövningsmöjligheter. Ett skriftligt meddelande från försäkringsbolaget om beslutet, inklusive uppgift om skälen för detta och upplysning om möjligheten till prövning i domstol, kommer däremot även framöver vara

en förutsättning för att starta fristen för den försäkringssökande att väcka en domstolstalan enligt 16 kap. 7 § FAL (se kommentaren till den paragrafen nedan). I praktiken lär därför de flesta försäkringsbolag lämna skriftliga beslut när en sökt personförsäkring nekas, inklusive skriftliga beslutsmotiveringar och upplysningar om prövningsmöjligheter.

I det här sammanhanget kan det nämnas att vissa försäkringsbolag har som praxis att, i de fall en sökt personförsäkring nekas, kontakta den försäkringssökande per telefon och kortfattat redovisa beslutet, innan det att ett skriftligt beslut skickas. Den nya skyldigheten för försäkringsbolaget att i samband med beslutet ange skälen för beslutet och upplysa om möjligheter till prövning, hindrar inte en sådan praxis, förutsatt att bolaget vid telefonkontakten informerar om att beslutet och ytterligare upplysningar kommer senare.

Det ska här slutligen noteras att skyldigheten att motivera ett beslut att neka försäkring och upplysa om möjligheter till prövning, inträffar när försäkringsbolaget skiljer ärendet ifrån sig i förhållande till den försäkringssökande. Det innebär att skyldigheten kan uppstå vid flera tillfällen i ett och samma ansökningsärende. Om försäkringsbolaget exempelvis, efter det att bolaget första gången har meddelat att försäkring nekas, på den försäkringssökandes begäran tar upp beslutet till förnyad prövning, kommer bolaget att skilja ärendet ifrån sig på nytt efter omprövningen. Bolaget måste då motivera beslutet och upplysa om möjligheter till prövning även i samband med att bolaget fattar det nya beslutet. Om försäkringsbolaget efter omprövningen står fast vid sitt tidigare beslut bör det samtidigt, vad gäller beslutsmotiveringen, räkna att bolaget i den situationen hänvisar till de skäl som angavs i det tidigare beslutet.

Liksom övriga förpliktelser som försäkringsbolagen har enligt paragrafen, kommer skyldigheten att motivera beslut och upplysa om prövningsmöjligheter, att omfattas av kravet på god försäkringsstandard enligt 4 kap. 3 § FRL, och därmed av Finansinspektionens tillsynsområde.

3 §

Försäkringstagaren får när som helst säga upp en tidsbegränsad försäkring att upphöra vid försäkringstidens utgång.

Försäkringsbolaget får säga upp en tidsbegränsad försäkring till försäkringstidens utgång. Uppsägningen ska göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren tidigast sex månader och senast en månad innan försäkringstiden går ut. Den ska för att få verkan innehålla en förfrågan om försäkringstagaren vill ha försäkringen förnyad. Begär försäkringstagaren att försäkringen förnyas, gäller uppsägningen bara om det finns särskilda skäl att *neka* försäkring med hänsyn till sådana omständigheter som anges i 1 § första och andra styckena. Bestämmelserna i 1 a § gäller även vid förnyelse av försäkring.

Försäkringsbolagets skyldighet enligt 1 § tredje stycket att motivera beslut och upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat, gäller även om bolaget nekar någon att förnya en försäkring enligt andra stycket i denna paragraf.

Paragrafen behandlar parternas rätt till uppsägning av tidsbegränsade personförsäkringar till försäkringstidens utgång. Som tidsbegränsad försäkring räknas sådan försäkring som gäller för viss tid eller tills den försäkrade uppnår viss ålder. Försäkring som avtalas på den försäkrades livstid räknas inte som en tidsbegränsad försäkring (jfr 11 kap. 2 § FAL). Sjuk- och olycksfallsförsäkringar är normalt tidsbegränsade och faller då under paragrafen.

Övervägandena finns i avsnitt 16.7.

Enligt *första stycket* har *försäkringstagaren* alltid rätt att säga upp försäkringen till försäkringstidens utgång. Ingen ändring har gjorts i den delen.

Paragrafens *andra stycke* reglerar möjligheten för *försäkringsbolaget* att säga upp försäkringen. Enligt bestämmelsen får bolaget säga upp en tidsbegränsad personförsäkring till försäkringstidens utgång. Uppsägningen ska göras skriftligen och sändas till försäkringstagaren tidigast sex månader och senast en månad innan försäkringstiden går ut. För att uppsägningen ska få verkan måste den också innehålla en förfrågan om försäkringstagaren vill ha försäkringen förnyad. För närvarande föreskrivs att om försäkringstagaren begär att försäkringen förnyas, gäller uppsägningen bara om det

finns särskilda skäl för försäkringsbolaget att *vägra* försäkring med hänsyn till sådana omständigheter som anges i 11 kap. 1 § *första stycket*.

I paragrafens andra stycke har två ändringar gjorts. Den ena ändringen är att ordet *vägra* har ersatts av ordet *neka*. Detta är enbart en språklig förändring, till följd av motsvarande ändring i 11 kap. 1 § första stycket (se kommentaren till den bestämmelsen ovan). Den andra ändringen är att hänvisningen till 11 kap. 1 § har utvidgats till att avse inte bara första, utan *även andra stycket* i den paragrafen. Ändringen är en följd av att det tidigare första stycket i 11 kap. 1 § har delats upp och nu utgör första och andra stycket, samt att vissa förtydliganden har gjorts där med avseende på vad som utgör särskilda skäl att *neka* försäkring. Hänvisningen till 11 kap. 1 § första och andra styckena innebär att regleringen där tillämpas även när försäkringstagaren begär att försäkringen ska förnyas efter uppsägning från bolaget.

Ett nytt *tredje stycke* har lagts till paragrafen. Enligt detta ska försäkringsbolaget i samband med beslut att *neka* förnyelse av en personförsäkring, ha motsvarande skyldighet som vid *nekad* nyteckning att upplysa om skälen för beslutet och om möjligheter till prövning. Innebörden av den skyldigheten förklaras närmare i kommentaren till 11 kap. 1 § tredje stycket.

4 §

Har inte en giltig uppsägning skett enligt 3 §, förnyas en tidsbegränsad försäkring för en tid av ett år, om inte annat har avtalats. Försäkringsbolaget får ändra villkoren i den utsträckning som följer av 1 och 3 §§.

Försäkringsbolagets skyldighet enligt 1 § tredje stycket att motivera beslut och upplysa om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat, gäller även om bolaget ändrar villkoren enligt första stycket i denna paragraf.

Paragrafen behandlar förnyelse av tidsbegränsad försäkring då någon uppsägning inte sker. I paragrafen har ett *nytt andra stycke* lagts till.

Övervägandena finns i avsnitt 16.7.

I paragrafens *första stycke* föreskrivs att en tidsbegränsad försäkring förnyas automatiskt om den inte har sagts upp enligt 11 kap. 3 § eller när den uppsägning som skett inte är giltig enligt den paragrafen. Försäkringen förnyas på ett år, om inte annat har avtalats. Enligt paragrafens andra mening får, om försäkringen förlängs, försäkringsbolaget ändra de individuella försäkringsvillkoren i den utsträckning som följer av 11 kap. 1 och 3 §§. Någon ändring har inte gjorts i första stycket. Som framgår av ändringen i 11 kap. 3 § andra stycket och kommentaren till den bestämmelsen, innebär hänvisningen till 11 kap. 1 § att *första och andra stycket* i den paragrafen, inklusive de förtydligandena som har gjorts där med avseende på vad som utgör särskilda skäl att neka någon en personförsäkring, ska tillämpas även när det är fråga om förnyelse av en försäkring.

Ett nytt *tredje stycke* har lagts till paragrafen. Enligt detta ska försäkringsbolaget, i samband med ett beslut att ändra de individuella försäkringsvillkoren vid förnyelse av en tidsbegränsad personförsäkring, ha motsvarande skyldighet som vid nekad nyteckning att upplysa om skälen för beslutet och om möjligheter till prövning. Innebörden av den skyldigheten förklaras närmare i kommentaren till 11 kap. 1 § tredje stycket.

16 kap. Regleringen av försäkringsfall, m.m.

6 §

Gör försäkringstagaren sannolikt att en uppsägning från försäkringsbolagets sida eller ett meddelande som avses i 11 kap. 7 § eller 16 kap. 7 § andra *eller fjärde* stycket har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som han inte har kunnat råda över, får uppsägningen eller meddelandet verkan tidigast en vecka efter den dag då uppsägningen eller meddelandet kom fram. En uppsägning på grund av dröjsmål med premien får dock verkan senast tre månader efter den dag då försäkringsbolaget avsände den.

Paragrafen ger besked om vem som står risken för att uppsägningar och vissa meddelanden som det enligt FAL åligger försäkringsbolaget att skicka försenas eller inte alls kommer fram. Av paragrafen följer att om försäkringstagaren (eller i förekommande fall

den försäkringssökande) gör sannolikt *dels* att ett sådant meddelande som avses i paragrafen har försenats eller inte kommit fram, *dels* att detta beror på andra omständigheter än sådana som han eller hon har kunnat råda över, får meddelandet verkan tidigast en vecka efter den dag då det kom fram. Bestämmelsen tar bl.a. sikte på ett sådant meddelande från försäkringsbolaget som enligt 16 kap. 7 § andra stycket krävs för att starta den frist om sex månader som gäller ifall en försäkringssökande vill väcka en domstolstalan angående ett beslut om att neka en personförsäkring.

Ändringen i paragrafen består i att en *hänvisning till det nya fjärde stycket i 16 kap. 7 § har lagts till*. Därmed kommer paragrafen även att omfatta ett sådant meddelande från försäkringsbolaget som krävs enligt den bestämmelsen för att en ny talefrist ska börja löpa efter ett tvistlösningsförfarande utanför domstol (se kommentaren till 16 kap. 7 § fjärde stycket nedan).

Övervägandena finns i avsnitt 16.6.7.

7 §

Har ett försäkringsbolag i strid mot 11 kap. 1 eller 3 § *nekat* någon att teckna eller förnya en försäkring, *ska* domstol på yrkande av denne förklara att han har rätt att teckna eller förnya försäkringen.

Talan om förklaring enligt första stycket *ska* 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 *ska* 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 *ska* räknas från den tidpunkt som skulle ha gällt om försäkringsbolaget hade bifallit ansökan.

Om ett förfarande inleds vid ett för ändamålet avsett och etablerat tvistlösningsorgan utanför domstol inom den frist för väckande av talan som anges i andra stycket, löper fristen ut först sex månader efter det att försäkringsbolaget, sedan tvistlösningsförfarandet avslutats, till sökanden har avsänt meddelande angående om försäkring får tecknas och uppgift om skälen för detta.

Paragrafen reglerar vad som gäller när någon har nekats en personförsäkring – att nyteckna en försäkring eller att förnya den – och därför vill föra en domstolstalan mot försäkringsbolaget i denna fråga. I paragrafens *första, andra och tredje stycken* görs vissa språkliga och redaktionella ändringar samt ett förtydligande. Dessa stycken ändras däremot inte i sak. Det är bara det *nya fjärde stycket* i paragrafen som utgör någon saklig ändring jämfört med nuvarande reglering, och den ändringen har behandlats i avsnitt 16.6.7.

Första, andra och tredje styckena

I *första stycket* har ordet *vägrat* ersatts av *nekat*. Detta är en enbart språklig ändring som har gjorts till följd av motsvarande ändring i 11 kap. 1 § (se kommentaren till den paragrafen ovan).

I paragrafens *andra stycke* regleras fristen för den försäkrings sökande att väcka talan i domstol, ifall denne vill få prövat om försäkringsbolaget har nekats försäkring i strid mot kontraheringsplikten. Enligt befintlig reglering, ska en sådan talan väckas inom *sex månader* från det att försäkringsbolaget till den försäkrings sökande har *avsänt ett meddelande om sitt beslut*, uppgift om *skälen* för detta och *upplysning om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat*. Meddelandet ska vara skriftligt (se prop. 2003/04:150 s. 204 f. och 311 samt s. 451 och 574).

Någon saklig ändring av paragrafen föreslås inte när det gäller innehållet i det skriftliga meddelande från bolaget som krävs för att talefristen ska börja löpa. Däremot förtydligas avseende den upplysning om prövningsmöjligheter som ska lämnas i meddelandet, att det är möjligheten till *domstolsprövning* som avses. Förtydligandet görs med anledning av förslaget att det i 11 kap. 1 § tredje stycket införs en skyldighet för försäkringsbolaget att, i samband med ett beslut att neka försäkring, upplysa om såväl domstolsprövning som vissa möjligheter till prövning utanför domstol (se kommentaren till bestämmelsen ovan). Av naturliga skäl ska det inte krävas att bolaget upplyser om möjligheter till prövning utanför domstol, för att fristen att väcka en domstolstalan ska börja löpa.

När det gäller skyldigheten för bolaget att i meddelandet till sökanden ange *skälen för beslutet*, ska det anmärkas att det inte ska göras någon kvalitativ bedömning av bolagets beslutsmotivering för

att avgöra om talefristen har börjat löpa. Det väsentliga när det gäller detta meddelande är att den försäkringssökande får klart för sig att bolaget har tagit definitiv ställning till försäkringsansökan. Detta ska jämföras med att det, enligt den föreslagna regleringen i 11 kap. 1 § tredje stycket, ställs vissa innehållsmässiga och kvalitativa krav på den motivering som ska lämnas av försäkringsbolaget *i samband med beslutet* att neka försäkring.

En annan skillnad mellan det meddelande från bolaget som krävs enligt paragrafen för att talefristen ska börja löpa, och de upplysningar som bolaget enligt den föreslagna regleringen i 11 kap. 1 § tredje stycket ska lämna i samband med beslutet att neka försäkring, är att upplysningarna i samband med beslutet inte behöver lämnas skriftligen. Med andra ord krävs ett skriftligt meddelande för att starta talefristen, medan det inte ställs upp något sådant formkrav när det gäller de upplysningar som ska lämnas i samband med beslutet att neka försäkring.

Delvis olika krav ställs alltså på försäkringsbolagen när det gäller upplysningar till den försäkringssökande i samband med ett beslut att neka en personförsäkring, och det meddelande som krävs för att fristen att väcka talan i domstol angående ett sådant beslut ska börja löpa. I praktiken lär skillnaderna samtidigt inte få särskilt stor praktisk betydelse, eftersom det är normal praxis hos försäkringsbolagen att i samband med ett beslut att neka försäkring skicka ett skriftligt meddelande om beslutet, inklusive motivering och upplysning om möjligheter till prövning vid missnöje. Ett meddelande som uppfyller kraven i 11 kap. 1 § tredje stycket och som skickas till den försäkringssökande skriftligen, medför också att talefristen börjar löpa. I de flesta fall kommer därmed talefristen att börja löpa redan i samband med att den försäkringssökande första gången underrättas om beslutet. Ingenting hindrar alltså att ett försäkringsbolag utformar ett standardmeddelande som dels uppfyller kraven i 11 kap. 1 § tredje stycket, dels uppfyller de krav som gäller för att talefristen ska börja löpa.

I första, andra och tredje styckena har skall genomgående ändrats till ska.

Ett nytt fjärde stycke

I paragrafens *nya fjärde stycke* regleras vilken verkan det har på fristen att väcka talan i domstol enligt andra stycket, ifall den försäkringssökande inleder ett förfarande angående saken vid *ett för ändamålet avsett och etablerat tvistlösningsorgan utanför domstol*. Av bestämmelsen följer att om talefristen enligt andra stycket *löper* då ett sådant tvistlösningsförfarande *inleds*, löper fristen ut först *sex månader* efter det att försäkringsbolaget, sedan tvistlösningsförfarandet avslutats, har *avsänt meddelande angående om försäkring får tecknas och uppgift om skälen för detta*. Syftet med regleringen är att den som har nekats en personförsäkring, och som väljer att låta beslutet prövas vid ett sådant tvistlösningsorgan som avses i bestämmelsen, inte därefter ska hindras från att väcka talan i domstol på grund av att talefristen har löpt ut under den prövningen.

Förlängning av talefristen enligt det nya fjärde stycket blir alltså bara aktuellt när det är fråga om prövning vid *ett för ändamålet avsett och etablerat tvistlösningsorgan utanför domstol*. Regleringen föreslås i första hand med tanke på att utredningen har rekommenderat att den av Svensk Försäkring drivna Personförsäkringsnämnden, ska öppnas för tvister rörande rätten till en personförsäkring (se avsnitt 16.6.7). Men även något annat motsvarande privat eller statligt tvistlösningsorgan utanför domstol skulle kunna omfattas, om ett sådant inrättades. Att det ska vara fråga om ett tvistlösningsorgan som är *avsett för ändamålet*, innebär att det ska ingå i organets uppgifter att pröva frågor om kontraheringsplikten för personförsäkring. Detta kan exempelvis följa av tvistlösningsorganets stadgar, uppdragsbeskrivning eller liknande. Att tvistlösningsorganet ska vara *etablerat*, avser i det här sammanhanget att organet ska anses hålla hög kvalitet när det gäller objektivitet, opartiskhet och sakkunskap. För att ett tvistlösningsorgan ska räknas som etablerat behöver det däremot inte ha funnits någon viss tid. Även ett nyinrättat tvistlösningsorgan kan omfattas om det lever upp till de tidigare nämnda förutsättningarna.

Vid tillämpningen av bestämmelsen ska tvistlösningsförfarandet anses *inlett* när den försäkringssökandes skriftliga anmälan har kommit in till tvistlösningsorganet.

Enligt regleringen blir det vidare bara aktuellt med en förlängning av talefristen om sexmånadersfristen *löper* då tvistlösnings-

förfarandet inleds. Har sexmånadersfristen löpt ut redan innan den försäkringssökande anmäler saken till ett sådant tvistlösningsorgan som avses, har möjligheten för sökanden att väcka talan i domstol med avseende på det aktuella beslutet gått förlorad en gång för alla. Någon ny talefrist börjar alltså inte löpa på grund av att tvisten anmäls till ett sådant tvistlösningsorgan som omfattas av bestämmelsen. Ingenting hindrar i och för sig att den försäkringssökande på nytt ansöker om att få teckna en personförsäkring hos samma försäkringsbolag. I sådant fall startar en ny talefrist enligt andra stycket från det att försäkringsbolaget i det nya ansökningsärendet har avsänt ett sådant meddelande som anges där. Skulle det bli fråga om en domstolsprövning av försäkringsbolagets beslut i det nya ansökningsärendet, skulle samtidigt domstolen bara kunna bestämma att försäkringstiden ska räknas från tidpunkten för den nya ansökan (se paragrafens tredje stycke).

Ifall en tvist rörande kontraheringsplikten inleds vid ett sådant tvistlösningsorgan som avses i bestämmelsen, under tiden som sexmånadersfristen löper, ska alltså fristen för att väcka talan i domstol förlängas. Enligt bestämmelsen gäller att en *ny sexmånadersfrist* då ska löpa från det att försäkringsbolaget, efter avslutat tvistlösningsförfarande, har *avsänt meddelande* till den försäkringssökande angående frågan *om försäkring får tecknas*, inklusive uppgift om *skälen för bolagets ståndpunkt*.

Det meddelande som försäkringsbolaget ska skicka efter avslutad tvistlösning ska, precis som meddelandet enligt andra stycket, vara *skriftligt*, och talefristen ska även i detta fall börja löpa när bolaget *avsänder* meddelandet. Genom tillägget till 16 kap. 6 §, kan tidpunkten skjutas upp om den försäkringssökande gör sannolikt att meddelandet har försenats eller inte kommit fram på grund av omständigheter som denne inte kunnat råda över (se kommentaren till 16 kap. 6 § ovan).

I det skriftliga meddelande som ska skickas efter avslutat tvistlösningsförfarande, ska försäkringsbolaget till att börja med uppges om försäkring *får tecknas*, dvs. om den försäkringsansökan som tvisten har handlat om nu beviljas helt eller delvis. Bolaget ska också ange *skälen* för sitt besked i det avseendet. Om tvistlösningsorganet har kommit fram till att försäkringsbolagets ursprungliga beslut att helt eller delvis neka försäkring har varit korrekt, och bolaget avser att stå fast vid detta, bör det räcka med att bolaget

hänvisar till organets yttrande och de skäl som har uppgetts i det ursprungliga beslutet. Ifall tvistlösningsorganet har rekommenderat att försäkringsbolaget frångår sitt ursprungliga beslut och i stället beviljar försäkringsansökan helt eller delvis, och bolaget avser att följa rekommendationen, är det på motsvarande sätt tillräckligt att bolaget uppger detta och hänvisar till tvistlösningsorganets yttrande. Om däremot försäkringsbolaget väljer att, helt eller i någon mån, gå emot tvistlösningsorganets yttrande i ett sådant fall, krävs en mer utförlig motivering.

På samma sätt som när det gäller innehållet i det meddelande som krävs enligt andra stycket för att fristen att väcka talan i domstol ska börja löpa, ska det inte göras någon kvalitativ bedömning av försäkringsbolagets motivering, för att avgöra om talefristen har börjat löpa efter avslutad tvistlösning utanför domstol. Kvalitativa krav ställs däremot, enligt den föreslagna regleringen i 11 kap. 1 § tredje stycket, med avseende på den motivering som försäkringsbolaget ska lämna i samband med det ursprungliga beslutet att neka försäkring (se kommentaren till den bestämmelsen ovan).

Det nya fjärde stycket blir som framgått ovan tillämpligt så fort ett förfarande vid ett sådant tvistlösningsorgan som avses i bestämmelsen *inleds*, dvs. när den försäkringssökandes skriftliga anmälan har kommit in till tvistlösningsorganet. Det innebär att försäkringsbolaget efter det att förfarandet har avslutats alltid måste avsända ett sådant skriftligt meddelande som anges i bestämmelsen för att en ny talefrist om sex månader ska börja löpa. Det gäller även om tvistlösningsorganet av någon anledning avslutar förfarandet utan att pröva tvisten i sak, exempelvis genom avvisning eller avskrivning.

Skyldighet för försäkringsbolaget att, i samband med ett beslut att neka personförsäkring, upplysa den försäkringssökande om de möjligheter som kan finnas att få beslutet prövat av ett sådant tvistlösningsorgan som avses i bestämmelsen, följer av 11 kap. 1 § tredje stycket (se kommentaren till den bestämmelsen ovan).

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juni 2017.
2. För försäkringsansökningar som har getts in före ikraftträdandet gäller 11 kap. 1 § i den äldre lydelsen.
3. För försäkringsavtal som ingåtts före ikraftträdandet och som inte har förnyats därefter gäller 11 kap. 3 och 4 §§ i den äldre lydelsen.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna har behandlats i avsnitt 16.10.

Enligt *punkten 1* träder lagändringarna i kraft den 1 juni 2017.

Av *punkterna 2 och 3* framgår i vad mån 11 kap. 1, 3 och 4 §§ ska tillämpas i den äldre lydelsen efter ikraftträdandet.

Punkten 2 innebär att 11 kap. 1 § i ska tillämpas i den äldre lydelsen för ansökningar om att teckna en personförsäkring som har getts in före ikraftträdandet.

När det gäller förnyelse av en redan tecknad försäkring framgår av *punkten 3* att 11 kap. 3 och 4 §§ ska tillämpas i den äldre lydelsen, om försäkringsavtalet ingåtts före ikraftträdandet och inte har förnyats därefter. Det innebär att en försäkring redan måste ha förnyats en gång efter lagens ikraftträdande för att 11 kap. 3 och 4 §§ ska gälla i den nya lydelsen vid nästa förnyelsetidpunkt, om det är fråga om ett försäkringsavtal som har ingåtts före lagens ikraftträdande.

DEL VII

Bilagor

Kommittédirektiv 2014:80

Rätten till en personförsäkring

Beslut vid regeringssammanträde den 5 juni 2014

Sammanfattning

I januari 2006 infördes en principiell skyldighet för försäkringsbolagen att meddela en personförsäkring till den som ansöker om en sådan (en s.k. kontraheringsplikt). Ett försäkringsbolag får inte vägra någon att teckna en personförsäkring, om det inte finns särskilda skäl. Regeringen har uttalat att det är angeläget att säkerställa att de sociala skyddsändamål som ligger bakom kontraheringsplikten får genomslag i praktiken.

En särskild utredare ges därför i uppdrag att följa upp försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten. I uppdraget ingår bl.a. att kartlägga och analysera i vilken utsträckning det förekommer avslagsbeslut, förhöjda premier eller särskilda förbehåll och hur besluten och förbehållen normalt är utformade. Vidare ska utredaren granska om försäkringsbolagens riskbedömningar sker på individuell grund och om det finns anledning att befara att försäkringsbolagen över- eller misstolkar den hälsoinformation som inhämtas. Förhållandena beträffande hälsouppgifter från barnhälsovården och elevhälsan ska särskilt beaktas.

Utredaren ska utifrån den gjorda uppföljningen överväga behovet av reformer. Om det finns ett sådant behov, ska utredaren lämna förslag till de författningsändringar eller andra åtgärder som krävs.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2016.

Kontraheringspliktens innebörd och utveckling

Personförsäkringar ska beviljas om det inte finns särskilda skäl

I den försäkringsavtalslag (2005:104) som trädde i kraft år 2006 infördes en s.k. kontraheringsplikt vid personförsäkring. Det innebär att ett försäkringsbolag normalt inte får vägra någon att teckna eller förnya en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, när bolaget har fått de uppgifter som behövs. Bolaget får vägra att erbjuda en försäkring bara om det finns särskilda skäl med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet (11 kap. 1 och 3 §§).

Om ett försäkringsbolag har vägrat någon att teckna en försäkring, kan en domstol besluta att den sökande ändå har rätt till försäkringen (16 kap. 7 §). En sådan talan ska väckas inom sex månader från det att försäkringsbolaget har avsänt ett meddelande om sitt beslut, uppgift om skälen för detta och upplysning om vad sökanden ska göra för att få beslutet prövat. Av detta följer alltså att ett försäkringsbolag ska motivera ett beslut att inte meddela en försäkring.

Kontraheringsplikten utgör en avvägning mellan olika intressen

I det lagstiftningsarbete som föranledde den nya försäkringsavtalslagen konstaterades att personförsäkringar har ett stort socialt värde och att starka skäl talade för att en kontraheringsplikt borde gälla vid sådana försäkringar. Samtidigt stod det klart att det inte går att meddela försäkringar i alla fall, bl.a. eftersom privata individuella försäkringar bygger på att det är möjligt att bedöma vilka risker som finns i det enskilda fallet.

I förarbetena till lagen konstaterades följaktligen bl.a. att privat försäkringsverksamhet inte bedrivs efter liknande linjer som socialförsäkring och att lagstiftaren inte bör ingripa i försäkringsbolagens produktutveckling genom tvingande civilrättsliga regler. Vidare uttalades att premier och andra försäkringsvillkor måste utformas med utgångspunkt i den risk som försäkringen ska täcka och att premien för varje försäkring ska täcka de skador som kan förväntas drabba det försäkrade kollektivet. Även försäkringsrörelselagstift-

ningen bygger på att försäkringsbolagen ska bestämma villkor och premier efter försäkringstekniskt korrekta riktlinjer. Tanken var alltså inte att försäkringsbolagen skulle vara tvungna att avvika från den försäkringstekniska bedömningen av risken. Om riskprövningen skiftade mellan olika försäkringsbolag, skulle det enskilda försäkringsbolaget ha en skyldighet och i princip en rätt att hålla sig till sin egen praxis.

Inom ramen för vad som är försäkringsmässigt möjligt bedömdes det emellertid finnas anledning att införa en rätt till en personförsäkring. Även om det inte gick att garantera ett försäkringsskydd för samma premie och på samma villkor för alla, syftade lagen till att säkerställa att riskprövning sker på individuell grund och inte schablonmässigt. Avslag, premiehöjningar och särskilda villkor var alltså tillåtna, när de i det enskilda fallet har klart stöd av en försäkringsteknisk bedömning av hälsotillståndet och den därmed sammanhängande risken för framtida försäkringsfall (se prop. 2003/04:150 s. 244 f. och 497 f.).

Civilutskottet har granskat situationen för barnförsäkringar

Riksdagens civilutskott har nyligen låtit genomföra en övergripande inventering av försäkringsbolagens hantering av ansökningar om barnförsäkring med avseende på kontraheringsplikten (2012/13:RFR6). Undersökningen tyder bl.a. på att andelen barnförsäkringar som beviljas med ordinarie villkor har ökat något jämfört med för tio år sedan. Andelen försäkringar som beviljas med klausul eller förhöjd premie har minskat något. Det finns även tecken på att försäkringsbolagens beslutsmotiveringar vid avslagsbeslut har förbättrats sedan kontraheringsplikten infördes. Trots detta är rapportens slutsats bl.a. att försäkringsbolagen borde kunna erbjuda fler barn en försäkring med förhöjd premie eller klausul, i stället för att avslå ansökningar. I rapporten konstateras det även att en del av bristerna i kommunikationen mellan försäkringsbolag och de personer som ansöker om försäkringar sannolikt kan åtgärdas om bolagen ger skriftliga beslut med tydligare motiveringar.

Regeringen har infört skärpta krav vid inhämtande av hälsouppgifter

Den 1 juli 2011 begränsades försäkringsbolagens möjlighet att få tillgång till hälsouppgifter. Ett försäkringsbolag får begära samtycke till att inhämta uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd endast om det är nödvändigt för prövningen av försäkringsansökan (se bl.a. 11 kap. 1 a § försäkringsavtalslagen). Dessa regler infördes till följd av att det i olika sammanhang hade framförts att det fanns brister i integritetsskyddet på försäkringsområdet. Kritiken innebar bl.a. att försäkringsbolagen fick del av irrelevant information samt att innebörden av de samtycken som försäkringsbolagen använde vid inhämtande av hälsouppgifter kunde vara otydliga för försäkringstagarna. Syftet med de nya bestämmelserna var att säkerställa att försäkringsbolagen inte slentrianmässigt begär samtycke till att inhämta känsliga uppgifter om dem som ansöker om en försäkring.

Försäkringsbolagens hantering av försäkringsansökningar kan även prövas utifrån diskrimineringslagstiftningen

Under senare år har Diskrimineringsombudsmannen fört talan i ett antal ärenden där personer med funktionsnedsättning har nekats försäkring. Av diskrimineringslagen (2008:567) följer bl.a. att en person med funktionsnedsättning inte får missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan skulle ha behandlats i en jämförbar situation. Det finns exempel i domstolspraxis när diskriminering har ansetts föreligga på grund av att en försäkringsansökan har avslagits utan att det har gjorts en individuell bedömning av ansökan, och detta oavsett om en sådan bedömning skulle ha resulterat i att en försäkring meddelades eller inte.

Behovet av en utredning

Försäkringsbolagens skyldighet att meddela personförsäkringar fyller en viktig social funktion. Regelverket är utformat som en kompromiss mellan detta sociala intresse och det samhälleliga intresset av att det finns goda förutsättningar att bedriva försäkringsverksamhet. Om denna balans inte upprätthålls, finns det en risk att försäkringsskyddet i samhället minskar. Den kontrahe-

ringsplikt som infördes år 2006 har tillämpats i snart tio år. Som regeringen har uttalat i olika sammanhang är det angeläget att nu följa upp reglernas praktiska tillämpning.

Behovet av en sådan uppföljning understryks av att det från olika håll lyfts fram att grupper i samhället fortfarande har svårt att få personförsäkringar. Det kan bl.a. handla om för tidigt födda barn eller barn i adoptionsituationer. Kritik har exempelvis framförts om att försäkringsbolagen schablonmässigt avslår försäkringsansökningar utan att se till den enskilda individens förutsättningar. Det har också gjorts gällande att försäkringsbolagen inte tillräckligt tydligt motiverar sina beslut när en försäkring inte beviljas.

Enligt regeringens uppfattning är det viktigt att säkerställa att den avvägning mellan olika intressen som kontraheringsplikten ger uttryck för återspeglas i den praktiska tillämpningen. Det finns även skäl att inom ramen för en utvärdering beakta den allmänna samhällsutvecklingen och nya medicinska och försäkringsmedicinska rön. Mot denna bakgrund bör en särskild utredare ges följande uppdrag.

Utredningsuppdraget

Utgångspunkter för uppdraget

Rätten till en försäkring fyller en viktig funktion för enskilda och för samhället. Samtidigt är en förutsättning för att de privata försäkringarna ska kunna fylla sin samhällseliga funktion att det finns goda förutsättningar att bedriva försäkringsverksamhet. I annat fall minskar utbudet av försäkringar och möjligheterna att försäkra sig mot olika typer av risker försämras. Krav på att i ökad utsträckning tillgodose vissa gruppers behov av försäkringsskydd riskerar också att gå ut över andra. Åtgärder på försäkringsområdet bör genomföras på ett sätt som i så stor utsträckning som möjligt tillgodoser sådana delvis motstridiga intressen (se prop. 2009/10:241 s. 23 och prop. 2012/13:168 s. 19). Dessa utgångspunkter ska även ligga till grund för utredarens överväganden och förslag. Utredaren ska därför särskilt beakta följande.

Enskilda har i många situationer ett starkt och legitimt behov av att skaffa sig trygghet mot oförutsedda händelser. En privat personförsäkring syftar till att ge ett skydd vid en framtida händelse

vars förverkligande är mer eller mindre oviss. Det kan handla om t.ex. att täcka inkomstförlust efter en olycka eller att ersätta kostnader i samband med ett sjukvårdsbesök. Möjligheten att få försäkringsersättning har ofta stor ekonomisk och social betydelse för den skadelidande. Ett starkt skydd av enskildas rätt till en personförsäkring är därför ett centralt samhällligt intresse.

Mot denna bakgrund är det viktigt att försäkringsbolagens riskprövningar sker på individuell grund och inte schablonmässigt. Ingen ska riskera att stå utan en försäkring utan att det objektivt och sakligt motiveras på ett godtagbart sätt. De försäkringstekniska överväganden som försäkringsbolagen gör måste därför så långt som möjligt ha sin grund i den enskildes förhållanden och baseras på en korrekt bedömning av underlaget.

När en försäkring trots allt inte kan meddelas, eller t.ex. meddelas med särskilda förbehåll, bör detta tydligt motiveras. Detta är av vikt inte minst för att det ska vara möjligt för den enskilde att bedöma om det finns anledning att begära domstolsprövning av försäkringsbolagets beslut. Skyldigheten för försäkringsbolagen att tydligt motivera avslagsbeslut fyller även ett syfte genom att den leder till att bolagen noggrant tänker igenom skälen för besluten.

Trots att det alltså står klart att rätten till en försäkring fyller en viktig funktion för enskilda, finns det också problem förenade med att ge kontraheringsplikten en alltför sträng tolkning. Lagstiftningen har utformats mot denna bakgrund. Flera av dessa problem berörs i den rapport som civilutskottet har låtit utarbeta.

En viktig princip är t.ex. att försäkringspremien för varje försäkring ska motsvara risken för försäkringsfall (den s.k. ekvivalensprincipen). Felaktiga beräkningar eller riskantaganden kan drabba alla befintliga försäkringstagare, genom att försäkringsbolagets möjligheter att uppfylla sina förpliktelser mot dem minskar. Om försäkringar skulle beviljas utan att risker beaktas i tillräcklig utsträckning, leder det till en så kallad moturvalsproblematik. Ett moturval börjar med att premien är för lågt satt för vissa försäkringssökande. Detta kan leda till att denna grupp kommer att teckna försäkring i större omfattning än de skulle ha gjort om risken, och därmed premien, hade varit korrekt beräknad. För att de totala premieintäkterna ska vara tillräckliga måste det övriga försäkringstagarkollektivet betala en premie som är högre än den risk kollektivet faktiskt representerar. Deras försäkring får därmed ett överpris.

Följden av överpriset kan bli att fler ur det övriga försäkringstagar-kollektivet avstår från att teckna försäkring. Att höja de för lågt satta premierna, för att ha tillräckliga tillgångar för att betala ersättning vid försäkringsfall, leder bara till att moturvaleffekten förstärks. Moturvaleffekten kan leda bl.a. till att personer som i dag lätt och billigt kan få en försäkring kan komma att helt sakna försäkringsskydd i framtiden.

Förutsättningarna för att meddela en försäkring kan också skilja sig åt mellan olika försäkringsbolag, bl.a. beroende på försäkringarnas omfattning och möjligheterna till återförsäkring. Det kan också vara så att riskökningar får större betydelse när det är fråga om försäkringar som ger bättre ersättning. Eventuella förslag på reformer får därför inte riskera att leda till att försäkringar generellt får ett sämre innehåll.

Alltför strikta krav på försäkringsbolagen att tillämpa undantagsklausuler, i stället för att avslå försäkringar, kan leda till att konsumenter får svårare att förstå sitt försäkringsskydd (trots att försäkringsbolagen är skyldiga att lämna tydlig information om viktiga begränsningar av försäkringsskyddet). Enskilda kan då hamna i en situation där försäkringen inte ger det skydd som förväntades, när en skada väl inträffar. Därutöver riskerar stränga krav på detaljerade avslagsbeslut att leda till stötande resultat, t.ex. genom att besluten anger sannolikheten för att ett barn ska drabbas av en allvarlig sjukdom eller avlida under försäkringstiden.

En näraliggande fråga är vilka konsekvenser försäkringsbolagens tillämpning av kontraheringsplikten får på andra samhällsområden. Vid tidigare lagstiftningsarbete har det t.ex. framförts oro för att försäkringsbolagen över- eller misstolkar hälsoinformation som hämtas in. Det kan i sin tur leda till att föräldrar eller vårdpersonal undanhåller respektive låter bli att journalföra hälsoinformation. Denna oro framhölls särskilt i fråga om barnförsäkringar samt i fråga om journalföring vid barnhälsovården och elevhälsan. Regeringen har uttalat att även dessa frågor skulle uppmärksammas i samband med översynen av kontraheringsplikten (se prop. 2009/10:241 s. 38 f.). På senare tid har det också gjorts gällande att försäkringsbolagen ibland fattar sina beslut på ett för grunt material, dvs. att hälsouppgifter tas in i för liten utsträckning (2012/13:RFR6 s. 40 f.).

Uppdraget

Utredaren ska utifrån de angivna utgångspunkterna bedöma om lagstiftningens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska hantering av kontraheringsplikten. Analysen ska huvudsakligen inriktas på individuella sjukförsäkringar och kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar. Analysen får dock även omfatta andra personförsäkringar i den utsträckning det är lämpligt.

Utredaren ska därför särskilt

- kartlägga i vilken utsträckning försäkringsbolagen avslår ansökningar om personförsäkring eller meddelar sådana försäkringar med särskilda förbehåll, förhöjda premier eller först efter viss karenstid,
- identifiera under vilka omständigheter det är vanligt att ansökningar om personförsäkring avslås och analysera om riskbedömningarna i dessa fall tillräckligt beaktar enskildas faktiska förhållanden,
- bedöma om det finns anledning att befara att försäkringsbolagen över- eller misstolkar hälsoinformation när en försäkringsansökan prövas och särskilt hur uppgifter från barnhälsovården och elevhälsan inhämtas och behandlas i detta sammanhang,
- analysera om det går att dra några övergripande slutsatser om hur särskilda förbehåll utformas eller förhöjda premier bestäms, när en försäkring inte beviljas på vanliga villkor, och
- analysera om försäkringsbolagens avslagsbeslut ger en tillräckligt god förståelse för hur försäkringsbolagen resonerar samt om dessa resonemang förmedlas på ett sätt som en försäkringsstagare kan ta till sig.

Utredaren ska utifrån sin kartläggning och analys överväga behovet av reformer. Om det finns ett sådant behov, ska utredaren lämna förslag på de författningsändringar eller andra åtgärder som krävs.

Den kartläggning som utredaren ska genomföra får avse förfluten tid, men detta är inte nödvändigt. Av kartläggningen ska det under alla förhållanden framgå hur situationen ser ut i dag. Utredaren får även i övrigt göra lämpliga avgränsningar av utredningsområdet.

I uppdraget ingår inte att analysera eller föreslå åtgärder med utgångspunkt i diskrimineringslagstiftningen.

Utredaren ska säkerställa att den analys som görs och de eventuella förslag som lämnas överensstämmer med de krav som ställs på försäkringsbolagen i försäkringsrörelselagstiftningen och i relevant EU-rättslig reglering på området.

Ekonomiska konsekvenser

Om utredaren lämnar förslag till reformer, ska utredaren analysera och redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med vad som anges i 14–15 a § kommittéförordningen (1998:1474) och 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Om förslagen innebär kostnadsökningar för det allmänna, ska förslag på finansiering lämnas.

Arbetsmetoder och redovisning av uppdraget

Försäkringsbranschen har genom Svensk Försäkring åtagit sig att så långt som möjligt bistå utredaren genom att tillhandahålla underlag både om enskilda ärenden och om försäkringsteknik och försäkringsmedicin.

Kartläggningen ska ske på ett sätt som respekterar enskildas integritet och som beaktar att försäkringsbolagen är konkurrenter med varandra på marknaden för personförsäkringar.

Utredaren ska samråda med Konsumentverket, Kammarkollegiet, Finansinspektionen, Diskrimineringsombudsmannen och Socialstyrelsen. Utredaren ska också i övrigt inhämta synpunkter från företag, myndigheter och organisationer som är berörda av de frågor som uppdraget omfattar, i den utsträckning det är lämpligt. Det kan t.ex. handla om organisationer som företräder föräldrar till för tidigt födda barn och organisationer för personer med funktionsnedsättning.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2016.

(Justitiedepartementet)

Enkät till Försäkringsbolag om personförsäkringar

Frågorna i enkäten avser följande tre typer av individuellt tecknade försäkringar, dvs. försäkringar som tecknas privat av individer.

- **Sjukförsäkringar för vuxna** (över 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning vid arbetsförmåga oavsett om orsaken är sjukdom eller olycksfall (i fortsättningen kallade sjukförsäkringar)
- **Kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna** (över 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning för invaliditet oavsett om orsaken är sjukdom eller olycksfall (i fortsättningen kallade sjuk- och olycksfallsförsäkringar)
- **Kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för barn/ungdomar** (som kan tecknas för barn under 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning för invaliditet oavsett om orsaken är sjukdom eller olycksfall (i fortsättningen kallade barnförsäkringar)

Notera att i enkäten avses med att en försäkring **"beviljades"** dels den situationen att bolaget accepterade att meddela den sökta försäkringen med ordinarie villkor, dels att bolaget avtog ansökan om försäkringen med ordinarie villkor och i stället erbjöd en försäkring med andra villkor.

Uppgifterna som efterfrågas avser förhållandena **1 januari 2013 till 31 december**

2013. Svara på enkäten **senast den 23 januari 2015.**

Vill du skriva ut enkäten, klicka längst upp i högra hörnet på **"Skriv ut"**.

Du kan spara enkäten och återkomma till den vid ett senare tillfälle. Klicka då på spara symbolen längst ner till höger i bilden.

Delar av blanketten ska inte besvaras av alla. Vilka frågor som skall besvaras bestäms t.ex. av svaren på andra frågor. I webb- blanketten visas bara de frågor som är aktuella för dig, här syns däremot blankettens samtliga frågor.

1 Försäkringstyper

Nu kommer några frågor om vilka försäkringstyper som har ingått i ert produktsortiment under den period som enkäten avser. Svaren på frågorna styr vilka frågor som ställs senare i enkäten.

1.1 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, vilka av följande försäkringstyper ingick i ert produktsortiment?

	Ingick	Ingick inte
a. Sjukförsäkringar, för vuxna (över 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning vid arbetsförmåga oavsett om orsaken är sjukdom eller olycksfall (i fortsättningen kallade sjukförsäkringar)		
b. Sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna (över 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning för invaliditet oavsett om orsaken är sjukdom eller olycksfall (i fortsättningen kallade sjuk- och olycksfallsförsäkringar)		
c. Kombinerade sjuk- och olycksfallsförsäkringar för barn/ungdomar (som kan tecknas för barn under 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning för invaliditet oavsett om orsaken är sjukdom eller olycksfall (i fortsättningen kallade barnförsäkringar)		

1.2 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, hade ni mer än en försäkringsprodukt inom respektive försäkringstyp?

	Endast en produkt	Mer än en produkt
a. Sjukförsäkringar		
b. Sjuk- och olycksfallsförsäkringar		
c. Barnförsäkringar		

Kommentar försäkringsprodukter

Även om ni under perioden 1 januari till 31 december 2013 hade flera försäkringsprodukter inom en viss försäkringstyp, ska frågorna i enkäten gällande den försäkringstypen besvaras för de olika produkterna samlat. Om det t.ex. fanns olika produkter inom försäkringstypen sjukförsäkring, ska frågorna rörande sjukförsäkring ändå bara besvaras en gång, och svaren ska då avse samtliga sjukförsäkringsprodukter. Detta är för att svaren ska kunna bearbetas och sammanställas statistiskt på ett överskådligt sätt. Utredningen kommer att ta hänsyn till förekomsten av olika försäkringstyper vid analysen av enkätsvaren.

1.3 a Ange namnen på de olika produkter som fanns inom sjukförsäkringar

1.3 b Ange namnen på de olika produkter som fanns inom sjuk- och olycksfallsförsäkringar

1.3 c Ange namnen på de olika produkter som fanns inom barnförsäkringar

2 Sjukförsäkring (vuxna)

Ansökningar och beviljade försäkringar

Nu kommer några frågor om sjukförsäkringar för vuxna. Svara för ert försäkringsbolag och perioden 1 januari till 31 december 2013.

Även om det under perioden 1 januari till 31 december 2013 fanns olika försäkringsprodukter inom försäkringstypen sjukförsäkring, ska följande frågor i enkäten gällande sjukförsäkring besvaras för de olika produkterna samlat. Frågorna ska alltså bara besvaras en gång, och svaren ska avses samtliga sjukförsäkringsprodukter.

Ange 0 om antalsuppgiften är noll.

2.1 a Under perioden 1 januari till 31 december 2013, hur många (antal) ansökningar om sjukförsäkringar kom totalt in till er?

2.1 b Hur många (antal) av de ansökningar om sjukförsäkring som kom in (enligt 2.1 a) gick vidare från "förenklad riskbedömning" till "kvalificerad riskbedömning"?

2.1 c Hur många (antal) av de ansökningar om sjukförsäkring som kom in (enligt 2.1 a) beviljades med ordinarie villkor?

2.1 d Hur många (antal) av de ansökningar om sjukförsäkring som kom in (enligt 2.1 a) ...

	Antal
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)?	
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie?	
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul?	
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie?	
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet?	
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul?	
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)?	
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?	
Totalt antal	

2.1 e I hur många (antal) av de ansökningarna om sjukförsäkring som beviljades av er till icke ordinarie villkor (enligt fråga 2.1 d a–g) kom ett försäkringsavtal till stånd?

Totalt antal beviljade försäkringar 2.1 d a - g	Totalt antal avtal när försäkring beviljats enligt 2.1 d a - g

2 Sjukförsäkring (vuxna)

Orsaker till förbehåll, avslag etc.

Nu följer några frågor om de vanligaste diagnoserna eller orsakerna till att sjukförsäkringar beviljades med förbehåll eller förhöjda premier, eller avslogs av ert försäkringsbolag.

Först efterfrågar vi vilka de vanligaste diagnoserna/orsakerna var för olika besluts kategorier, och i följdfrågan ber vi er ange hur många (antal) av besluten i respektive kategori som grundades på den aktuella diagnosen/orsaken.

2.2 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, vilka var de vanligaste respektive näst vanligaste diagnoserna eller orsakerna till att en sjukförsäkring ...

Om en diagnos anges, komplettera gärna med ICD-kod.

Om en orsak anges, beskriv den kortfattat.

	Vanligaste diagnosen/orsaken	Näst vanligaste diagnosen/orsaken
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)		
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie		
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul		
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie		
e. ... beviljades utan försäkringskydd för ekonomisk invaliditet		
f. ... beviljades utan försäkringskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul		
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)		
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?		

2.3 I hur många (antal) av besluten i respektive kategori var den vanligaste respektive näst vanligaste diagnosen/orsaken skälet till att sjukförsäkringen...

Om den angivna dianosen/orsaken varit en av flera omständigheter som legat till grund för beslutet, räkna de fall där dianosen/orsaken haft väsentlig betydelse.

	Vanligaste diagnosen/orsaken (enl. 2.2)	Antal	Näst vanligaste diagnosen/orsaken (enl. 2.2)	Antal
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)				
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie				
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul				
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie				
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet				
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul				
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)				
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?				
Totalt antal beslut				

2 Sjukförsäkring (vuxna)

Undantagsklausuler

Följande frågor handlar om hur undantagsklausuler för sjukförsäkringar utformades i olika situationer.

2.4 a Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjukförsäkring beviljats med undantagsklausul, utan förhöjd premie på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken?

Vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul, <u>utan</u> förhöjd premie (enligt fråga 2.2 b)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

2.4 b Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjukförsäkring beviljats med undantagsklausul och förhöjd premie på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken?

Vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul <u>och</u> förhöjd premie (enligt fråga 2.2 d)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

2.5 a Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjukförsäkring beviljats med undantagsklausul, utan förhöjd premie på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken?

Näst vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul, <u>utan</u> förhöjd premie (enligt fråga 2.2 b)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

2.5 b Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjukförsäkring beviljats med undantagsklausul och förhöjd premie på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken?

Näst vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul <u>och</u> förhöjd premie (enligt fråga 2.2 d)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

2 Sjukförsäkring (vuxna)

Förhöjda premier

Följande frågor handlar om vilka nivåer som premiehöjningarna hade när sjukförsäkringar beviljas med förhöjda premier.

2.6 När en sjukförsäkring beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken ...

Vanligaste diagnosen/orsaken enl. 2.2 c	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

2.7 När en sjukförsäkring beviljades med förhöjd premie och undantagsklausul på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken ...

Vanligaste diagnosen/orsaken enl. 2.2 d	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

2.8 När en sjukförsäkring beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken ...

Näst vanligaste diagnosen/orsaken enl. 2.2 c	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

2.9 När en sjukförsäkring beviljades med förhöjd premie och undantagsklausul på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken ...

Näst vanligaste diagnosen/orsaken enl. 2.2 d	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

2 Sjukförsäkring (vuxna)

Kompletterande hälsouppgifter

Nu kommer ett antal frågor som handlar om hur ofta ni har begärt in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd utöver de uppgifter som efterfrågas i ansökan.

Frågorna avser

- 1) dels i hur många ärenden som ni på något sätt har begärt in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd
- 2) dels i hur många av dessa ärenden som det har rört sig om inhämtande av uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd som krävt samtycke enligt 11 kap. 1 a § FAL (t.ex. uppgifter från hälso-/sjukvården eller Försäkringskassan).

De uppgifter som efterfrågas i nummer 2) är alltså en delmängd av den första totala mängden i nummer 1). Som hjälpinformation ser ni också hur många ärenden som ni tidigare har angivit för varje beslutskategori totalt.

2.10 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) av de ansökningar om sjukförsäkring som kom in begärde ni in kompletterande uppgifter (dvs. uppgifter utöver de som efterfrågas i ansökan) om den ansökandes hälsotillstånd ...

Observera att fråga 2 är en delmängd av fråga 1.

		Antal ärenden
	Totalt antal inkomna ärenden (2.1 a)	
1	... på något sätt (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, uppgifter från Försäkringskassan eller genom t.ex. kompletterande frågeformulär, muntligen eller på annat sätt)?	
2	... genom inhämtande av uppgifter som krävde samtycke från den sökande (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, eller uppgifter från Försäkringskassan)?	

2.11 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) av de ärenden där ni beviljade en sjukförsäkring med ordinarie villkor begärde ni in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd...

Observera att fråga 2 är en delmängd av fråga 1.

		Antal ärenden
	Totalt antal beviljade försäkringar till ordinarie villkor (2.1 c)	
1	... på något sätt (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, uppgifter från Försäkringskassan eller genom t.ex. kompletterande frågeformulär, muntligen eller på annat sätt)?	
2	... genom inhämtande av uppgifter som krävde samtycke från den sökande (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, eller uppgifter från Försäkringskassan)?	

2.12 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) ansökningar om sjukförsäkring begärde ni in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd när försäkringen ...

	Antal ärenden totalt i denna kategori (2.1 d)	Antal ärenden där kompletterande uppgifter på något sätt begärts in	Antal ärenden där samtycke krävdes för inhämtande av uppgifter
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)			
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie			
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul			
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie			
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet			
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul			
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)			
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?			
Totalt antal beslut			

2.13 Under 1 januari till 31 december 2013, vilka var de tre vanligaste diagnoserna/orsakerna till att ett försäkringsbolag vid ansökan om sjukförsäkring begärde in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd som krävde samtycke (se ovan)?

3 Sjuk- och olycksfallsförsäkring (vuxna)

Ansökningar och beviljade försäkringar

Nu kommer några frågor om sjuk- och olycksfallsförsäkringar för vuxna. Svara för ert försäkringsbolag och perioden 1 januari till 31 december 2013.

Ange 0 om antalsuppgiften är noll.

Även om det under perioden 1 januari till 31 december 2013 fanns olika försäkringsprodukter inom försäkringstypen sjuk- och olycksfallsförsäkring, ska följande frågor i enkäten gällande sjukförsäkring besvaras för de olika produkterna samlat. Frågorna ska alltså bara besvaras en gång, och svaren ska avses samtliga produkter för sjuk- och olycksfallsförsäkringar.

3.1 a Under perioden 1 januari till 31 december 2013, hur många (antal) ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkringar kom totalt in till er?

3.1 b Hur många (antal) av de ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring som kom in (enligt 3.1 a) gick vidare från "förenklad riskbedömning" till "kvalificerad riskbedömning"?

3.1 c Hur många (antal) av de ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring som kom in (enligt 3.1 a) beviljades med ordinarie villkor?

3.1 d Hur många (antal) av de ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring som kom in (enligt 3.1 a) ...

	Antal
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)?	
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie?	
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul?	
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie?	
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet?	
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul?	
g. ... avlogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)?	
h. ... avlogs, utan erbjudande om annan försäkring?	
Totalt antal	

3.1 e I hur många (antal) av de ansökningarna om sjuk- och olycksfallsförsäkring som beviljades av er till icke ordinarie villkor (enligt fråga 3.1 d a–g) kom ett försäkringsavtal till stånd?

Totalt antal beviljade försäkringar 3.1 d a - g	Totalt antal avtal när försäkring beviljats enligt 3.1 d a - g

3 Sjuk- och olycksfallsförsäkring (vuxna)

Orsaker till förbehåll, avslag etc.

Nu följer några frågor om de vanligaste diagnoserna eller orsakerna till att sjuk- och olycksfallsförsäkringar beviljades med förbehåll eller förhöjda premier, eller avslogs av ert försäkringsbolag.

Först efterfrågar vi vilka de vanligaste diagnoserna/orsakerna var för olika besluts kategorier, och i följdfrågan ber vi er ange hur många (antal) av besluten i respektive kategori som grundades på den aktuella diagnosen/orsaken.

3.2 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, vilka var de vanligaste respektive näst vanligaste diagnoserna eller orsakerna till att en sjuk- och olycksfallsförsäkringar ...

Om en diagnos anges, komplettera gärna med ICD-kod.
Om en orsak anges, beskriv den kortfattat.

	Vanligaste diagnosen/orsaken	Näst vanligaste diagnosen/orsaken
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)		
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie		
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul		
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie		
e. ... beviljades utan försäkringskydd för ekonomisk invaliditet		
f. ... beviljades utan försäkringskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul		
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)		
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?		

3.3 I hur många (antal) av besluten i respektive kategori var den vanligaste respektive näst vanligaste diagnosen/orsaken skälet till att sjuk- och olycksfallsförsäkringen...

Om den angivna dianosen/orsaken varit en av flera omständigheter som legat till grund för beslutet, räkna de fall där dianosen/orsaken haft väsentlig betydelse.

	Vanligaste diagnosen/orsaken (enl. 3.2)	Antal	Näst vanligaste diagnosen/orsaken (enl. 3.2)	Antal
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)				
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie				
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul				
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie				
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet				
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul				
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)				
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?				
Totalt antal beslut				

3 Sjuk- och olycksfallsförsäkring (vuxna)

Undantagsklausuler

Följande frågor handlar om hur undantagsklausuler för sjuk- och olycksfalls försäkringar utformades i olika situationer.

3.4 a Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljats med undantagsklausul, utan förhöjd premie på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken?

Vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul, <u>utan</u> förhöjd premie (enligt fråga 3.2 b)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

3.4 b Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljats med undantagsklausul och förhöjd premie på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken?

Vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul <u>och</u> förhöjd premie (enligt fråga 3.2 d)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

3.5 a Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljats med undantagsklausul, utan förhöjd premie på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken?

Näst vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul, <u>utan</u> förhöjd premie (enligt fråga 3.2 b)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

3.5 b Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljats med undantagsklausul och förhöjd premie på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken?

Näst vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul <u>och</u> förhöjd premie (enligt fråga 3.2 d)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

3 Sjuk- och olycksfallsförsäkring (vuxna)

Förhöjda premier

Följande frågor handlar om vilka nivåer som premiehöjningarna hade när sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljas med förhöjda premier.

3.6 När en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken ...

Vanligaste diagnosen/orsaken enl. 3.2 c	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

3.7 När en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljades med förhöjd premie och undantagsklausul på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken ...

Vanligaste diagnosen/orsaken enl. 3.2 d	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

3.8 När en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken ...

Näst vanligaste diagnosen/orsaken enl. 3.2 c	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

3.9 När en sjuk- och olycksfallsförsäkring beviljades med förhöjd premie och undantagsklausul på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken ...

Näst vanligaste diagnosen/orsaken enl. 3.2 d	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

3 Sjuk- och olycksfallsförsäkring (vuxna)

Kompletterande hälsouppgifter

Nu kommer ett antal frågor som handlar om hur ofta ni har begärt in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd utöver de uppgifter som efterfrågats i ansökan.

Frågorna avser

- 1) dels i hur många ärenden som ni på något sätt har begärt in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd
- 2) dels i hur många av dessa ärenden som det har rört sig om inhämtande av uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd som krävt samtycke enligt 11 kap. 1 a § FAL (t.ex. uppgifter från hälso-/sjukvården eller Försäkringskassan).

De uppgifter som efterfrågas i nummer 2) är alltså en delmängd av den första totala mängden i nummer 1). Som hjälpinformation ser ni också hur många ärenden som ni tidigare har angivit för varje beslutskategori totalt.

3.10 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) av de ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring som kom in begärde ni in kompletterande uppgifter (dvs. uppgifter utöver de som efterfrågats i ansökan) om den ansökandes hälsotillstånd ...

Observera att fråga 2 är en delmängd av fråga 1.

		Antal ärenden
	Totalt antal inkomna ärenden (3.1 a)	
1	... på något sätt (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, uppgifter från Försäkringskassan eller genom t.ex. kompletterande frågeformulär, muntligen eller på annat sätt)?	
2	... genom inhämtande av uppgifter som krävde samtycke från den ansökande (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, eller uppgifter från Försäkringskassan)?	

3.11 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) av de ärenden där ni beviljade en sjuk- och olycksfallsförsäkring med ordinarie villkor begärde ni in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd...

Observera att fråga 2 är en delmängd av fråga 1.

		Antal ärenden
	Totalt antal beviljade försäkringar till ordinarie villkor (3.1 c)	
1	... på något sätt (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, uppgifter från Försäkringskassan eller genom t.ex. kompletterande frågeformulär, muntligen eller på annat sätt)?	
2	... genom inhämtande av uppgifter som krävde samtycke från den ansökande (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, eller uppgifter från Försäkringskassan)?	

3.12 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) ansökningar om sjuk- och olycksfallsförsäkring begärde ni in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd när försäkringen ...

	Antal ärenden totalt i denna kategori (3.1 d)	Antal ärenden där kompletterande uppgifter på något sätt begärts in	Antal ärenden där samtycke krävdes för inhämtande av uppgifter
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (utöver vad som följer av ordinarie villkor)			
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie			
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul			
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie			
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet			
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul			
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)			
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?			
Totalt antal beslut			

3.13 Under 1 januari till 31 december 2013, vilka var de tre vanligaste diagnoserna/orsakerna till att ert försäkringsbolag vid ansökan om sjuk- och olycksfallsförsäkring begärde in kompletterade uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd som krävde samtycke (se ovan)?

4 Barnförsäkring

Ansökningar och beviljade försäkringar

Nu kommer några frågor om barnförsäkringar. Svara för ert försäkringsbolag och perioden 1 januari till 31 december 2013.

Var uppmärksam på att frågorna om barnförsäkringar **ibland skiljer sig** från frågorna rörande sjukförsäkringar och sjuk- och olycksförsäkringar för vuxna. Dels ställer vi några kompletterande frågor om barnförsäkringar, dels avses med karenstid/kvalificeringstid för barnförsäkringar, att försäkring har beviljats med karenstid/kvalificeringstid enligt ordinarie villkor, eller utöver vad som följer av ordinarie villkor.

Ange 0 om antalsuppgiften är noll.

Även om det under perioden 1 januari till 31 december 2013 fanns olika försäkringsprodukter inom försäkringstypen barnförsäkring, ska följande frågor i enkäten gällande sjukförsäkring besvaras för de olika produkterna samlat. Frågorna ska alltså bara besvaras en gång, och svaren ska avses samtliga barnförsäkringsprodukter.

4.1 a Under perioden 1 januari till 31 december 2013, hur många (antal) ansökningar om barnförsäkringar kom totalt in till er?

4.1 b Hur många (antal) av de ansökningar om barnförsäkring som kom in (enligt 4.1 a) gick vidare från "förenklad riskbedömning" till "kvalificerad riskbedömning"?

4.1 c Hur många (antal) av de ansökningar om barnförsäkring som kom in (enligt 4.1 a) beviljades med ordinarie villkor?

4.1 d Hur många (antal) av de ansökningar om barnförsäkring som kom in (enligt 4.1 a) ...

	Antal
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (enligt ordinarie villkor, eller utöver vad som följer av ordinarie villkor)?	
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie?	
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul?	
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie?	
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet?	
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul?	
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)?	
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?	
Totalt antal	

4.1 e I hur många (antal) av de ansökningarna om barnförsäkring som beviljades av er till icke ordinarie villkor (enligt fråga 4.1 d a-g) kom ett försäkringsavtal till stånd?

Totalt antal beviljade försäkringar 4.1 d a - g	Totalt antal avtal när försäkring beviljats enligt 4.1 d a - g

4 Barnförsäkring

Orsaker till förbehåll, avslag etc.

Nu följer några frågor om de vanligaste diagnoserna eller orsakerna till att barnförsäkringar beviljades med förbehåll eller förhöjda premier, eller avslogs av ert försäkringsbolag.

Först efterfrågar vi vilka de vanligaste diagnoserna/orsakerna var för olika besluts kategorier, och i följdfrågan ber vi er ange hur många (antal) av besluten i respektive kategori som grundades på den aktuella diagnosen/orsaken.

4.2 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, vilka var de vanligaste respektive näst vanligaste diagnoserna eller orsakerna till att en barnförsäkring ...

Om en diagnos anges, komplettera gärna med ICD-kod.
Om en orsak anges, beskriv den kortfattat.

	Vanligaste diagnosen/orsaken	Näst vanligaste diagnosen/orsaken
a. ... beviljades med villkor som innebär karenstid/kvalificeringstid (enligt ordinarie villkor, eller utöver vad som följer av ordinarie villkor)		
b. ...beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie		
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul		
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie		
e. ... beviljades utan försäkringskydd för ekonomisk invaliditet		
f. ... beviljades utan försäkringskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul		
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)		
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?		

4.3 I hur många (antal) av besluten i respektive kategori var den vanligaste respektive näst vanligaste diagnosen/orsaken skälet till att barnförsäkringen...

Om den angivna dianosen/orsaken varit en av flera omständigheter som legat till grund för beslutet, räkna de fall där dianosen/orsaken haft väsentlig betydelse.

	Vanligaste diagnosen/orsaken (enl. 4.2)	Antal	Näst vanligaste diagnosen/orsaken (enl. 4.2)	Antal
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (enligt ordinarie villkor, eller utöver vad som följer av ordinarie villkor)				
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie				
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul				
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie				
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet				
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul				
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)				
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?				
Totalt antal beslut				

4 Barnförsäkring

Undantagsklausuler

Följande frågor handlar om hur undantagsklausuler för barnförsäkringar utformades i olika situationer.

4.4 a Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en barnförsäkring beviljats med undantagsklausul, utan förhöjd premie på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken?

Vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul, <u>utan</u> förhöjd premie (enligt fråga 4.2 b)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

4.4 b Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en barnförsäkring beviljats med undantagsklausul och förhöjd premie på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken?

Vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul <u>och</u> förhöjd premie (enligt fråga 4.2 d)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

4.5 a Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en barnförsäkring beviljats med undantagsklausul, utan förhöjd premie på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken?

Näst vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul, <u>utan</u> förhöjd premie (enligt fråga 4.2 b)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

4.5 b Hur har vanligen undantagsklausulen utformats när en barnförsäkring beviljats med undantagsklausul och förhöjd premie på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken?

Näst vanligaste diagnosen/orsaken vid undantagsklausul <u>och</u> förhöjd premie (enligt fråga 4.2 d)	Hur har vanligen klausulen utformats (dvs. vilka sjukdomar, tillstånd etc. har undantagits)?

4 Barnförsäkring

Förhöjda premier

Följande frågor handlar om vilka nivåer som premiehöjningarna hade när barnförsäkring beviljas med förhöjda premier.

4.6 När en barnförsäkring beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken ...

Vanligaste diagnosen/orsaken enl. 4.2 c	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

4.7 När en barnförsäkring beviljades med förhöjd premie och undantagsklausul på grund av den vanligaste diagnosen/orsaken ...

Vanligaste diagnosen/orsaken enl. 4.2 d	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

4.8 När en barnförsäkring beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken ...

Näst vanligaste diagnosen/orsaken enl. 4.2 c	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

4.9 När en barnförsäkring beviljades med förhöjd premie och undantagsklausul på grund av den näst vanligaste diagnosen/orsaken ...

Näst vanligaste diagnosen/orsaken enl. 4.2 d	Procent
a ... med ungefär hur många procent brukar den totala premien höjas jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
b ... vilken är den högsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	
c ... vilken är den lägsta totala premiehöjningen jämfört med det ordinarie totala premiebeloppet?	

4 Barnförsäkring

Kompletterande hälsouppgifter

Nu kommer ett antal frågor som handlar om hur ofta ni har begärt in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd **utöver** de uppgifter som efterfrågas i ansökan.

Frågorna avser

- 1) **dels** i hur många ärenden som ni på något sätt har begärt in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd
- 2) **dels** i hur många av dessa ärenden som det har rört sig om inhämtande av uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd som krävt samtycke enligt 11 kap. 1 a § FAL (t.ex. uppgifter från hälso-/sjukvården eller Försäkringskassan).
- 3) **dels** i hur många av de ärenden där samtycke har krävts (enligt punkten 2), som det har rört sig om inhämtande av uppgifter från barnhälsovården/elevhälsan (t.ex. journaler, anteckningar eller intyg).

De uppgifter som efterfrågas i nummer 2) är alltså en delmängd av den första totala mängden i nummer 1). De uppgifter som efterfrågas i nummer 3) är på motsvarande sätt en delmängd av mängden i nummer 2). Som hjälpinformation ser ni också hur många ärenden som ni tidigare har angivit för varje beslutskategori totalt.

4.10 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) av de ansökningar om barnförsäkring som kom in begärde ni in kompletterande uppgifter (dvs. uppgifter utöver de som efterfrågas i ansökan) om den ansökandes hälsotillstånd ...

Observera att fråga 2 är en delmängd av fråga 1.

1. Observera att fråga 3 är en delmängd av fråga 2.

		Antal ärenden
	Totalt antal inkomna ärenden (4.1 a)	
1	... på något sätt (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, uppgifter från Försäkringskassan eller genom t.ex. kompletterande frågeformulär, muntligen eller på annat sätt)?	
2	... genom inhämtande av uppgifter som krävde samtycke från den ansökande (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, eller uppgifter från Försäkringskassan)?	
3	... genom uppgifter från barnhälsovården/elevhälsan (t.ex. journaler, intyg eller liknande)?	

4.11 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) av de ärenden där ni beviljade en barnförsäkring med ordinarie villkor begärde ni in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd...

Observera att fråga 2 är en delmängd av fråga 1.

1. Observera att fråga 3 är en delmängd av fråga 2.

		Antal ärenden
	Totalt antal beviljade försäkringar till ordinarie villkor (4.1 c)	
1	... på något sätt (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, uppgifter från Försäkringskassan eller genom t.ex. kompletterande frågeformulär, muntligen eller på annat sätt)?	
2	... genom inhämtande av uppgifter som krävde samtycke från den ansökande (t.ex. genom patientjournaler eller liknande, eller uppgifter från Försäkringskassan)?	
3	... genom uppgifter från barnhälsovården/elevhälsan (t.ex. journaler, intyg eller liknande)?	

4.12 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, i hur många (antal) ansökningar om barnförsäkring begärde ni in kompletterande uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd när försäkringen ...

	Antal ärenden totalt i denna kategori (4.1 d)	Antal ärenden där kompletterande uppgifter på något sätt begärts in	Antal ärenden där samtycke krävdes för inhämtande av uppgifter	Antal ärenden där samtycke krävdes för inhämtande av uppgifter från barnhälsovården/elevhälsan
a. ... beviljades med villkor som innebar karenstid/kvalificeringstid (enligt ordinarie villkor , eller utöver vad som följer av ordinarie villkor)				
b. ... beviljades med undantagsklausul, utan förhöjd premie				
c. ... beviljades med förhöjd premie, utan undantagsklausul				
d. ... beviljades med undantagsklausul och förhöjd premie				
e. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet				
f. ... beviljades utan försäkringsskydd för ekonomisk invaliditet, och med undantagsklausul				
g. ... avslogs, men annan försäkring erbjöds istället (t.ex. en ren olycksfallsförsäkring)				
h. ... avslogs, utan erbjudande om annan försäkring?				
Totalt antal beslut				

4.13 Under 1 januari till 31 december 2013, vilka var **de tre vanligaste** diagnoserna/orsakerna till att ert försäkringsbolag vid ansökan om barnförsäkring begärde in kompletterade uppgifter om den ansökandes hälsotillstånd som krävde samtycke (se ovan)?

4 Barnförsäkring

4.14 Under perioden 1 januari till 31 december 2013, hur många (antal) av alla ansökningar om barnförsäkringar som kom in (se fråga 4.1) avsåg barn som var i åldern ...

Ange 0 om antal är noll

	Antal
Totalt antal inkomna ärenden (4.1 a)	
a ... 0 månader	
b ... 1 – 2 månader	
c ... 3 – 6 månader	
d ... 7 – 12 månader	
e ... 13 – 24 månader	
f ... 25 – 48 månader	
g ... över 48 månader	

5 Kommentarer

Tack så mycket för att du tog dig tid att besvara den här enkätundersökningen!

Här har du möjlighet att lämna kommentarer till dina svar i enkäten.



Statistics Sweden

Statistiska centralbyrån

SCB, Stockholm
08-506 940 00

SCB, Örebro
019-17 60 00

www.scb.se

Teknisk Rapport

En beskrivning av genomförande och metoder

Rätten till personförsäkring

2015 maj 29



Inledning

Avdelningen för datainsamling företag och organisationen vid Statistiska centralbyrån (SCB) genomförde under perioden november 2014 – februari 2015 en webbundersökning på uppdrag av den statliga utredning Rätten till en personförsäkring (Dir. 2014:80).

Detta uppdrag har genomförts i enlighet med ISO 20252:2012 Marknads-, opinions- och samhällsundersökningar vilket innebär att grundläggande kvalitetskrav uppfyllts.

Syftet med undersökningen var att kartlägga förekomsten av avslagsbeslut, förhöjda premier eller särskilda förbehåll när det gäller personförsäkringar, samt hur avslagsbeslut och särskilda förbehåll normalt är utformade. Enligt utredningsdirektiven ska utredaren bedöma om lagstiftningens intentioner följs i försäkringsbolagens praktiska hantering av kontraheringsplikten.

Målpopulationen utgörs av de försäkringsbolag som, under perioden 1 januari 2013 till den 31 december 2013, hade samtliga eller någon av följande tre typer av individuellt tecknade försäkringar (dvs. försäkringar som tecknas privat av individer) i sitt produktsortiment:

- Sjukförsäkringar för vuxna (över 18 år)
- Kombinerade sjuk och olycksfallsförsäkringar för vuxna (över 18 år)
- Kombinerade sjuk och olycksfallsförsäkringar för barn/ungdomar (under 18 år)

En förteckning över de bolag som kunde tänkas ingå i målpopulationen togs fram av utredningen i samarbete med branschorganisationer och genom kontakt med bolagen. Förteckningen utgör den så kallade *rampopulationen* i undersökningen.

Undersökningen genomfördes som en totalundersökning, vilket innebär att samtliga bolag i rampopulationen fick en enkät. Rampopulationen bestod av 24 företag. Den identifierade målpopulationen bestod av 14 försäkringsbolag efter att 10 företag, under insamlingens gång, registrerats som överteckning. Det var totalt 13 bolag som besvarade webbenkäten. Det bolag som inte svarade har extremt liten marknadsandel vilket innebär att de svarande bolagen i princip täcker hela marknaden avseende ansökningar inom aktuella produktsortiment.

Resultatet i form av svaren från webbenkäten samt tabeller och diagram med skattningar av totaler och andelar togs fram för de frågor som hade tillräckligt antal ansökningar som underlag för att göra tabeller på. Leveansen gjordes vecka 12 enligt överenskommelse.

Undersökningsledare på SCB var Petter Wikström och Pär Lindholm var metodstatistiker. Utredningens kontaktperson gentemot SCB var Mia Schenck Blomqvist.

Omfattning

Population

Undersökningens rampopulation bestod av 24 företag. Förteckningen över rampopulationen togs fram av utredningen i samarbete med branschorganisationer och genom kontakt med bolagen. Undersökningen genomfördes som en totalundersökning. Under insamlingens gång registrerades 10 av bolag som övertäckning. Den identifierade målpopulationen bestod därmed av 14 försäkringsbolag.

Frågor/Variabler

Utredningen utformade frågorna i frågeblanketten.

Därefter genomfördes expertgranskning av mätteknisk expertis på SCB i syfte att minska risken för mätfel. Grundläggande för bra kvalitet i en undersökning är att kvaliteten på de data som samlas in är god. För att säkerställa att frågorna fungerar så bra som möjligt och enligt intentionerna har därför frågorna genomgått ett mättekniskt test. Resultatet dokumenterades i en rapport som sändes till utredningen. Utredningen återkom därefter med slutliga frågor som SCB använde som underlag vid programmering av webbenkäten.

Blanketten bestod av 63 numrerade frågor, flera av dem hade delfrågor vilket genererade totalt 265 antal frågor. Webbenkäten innehöll hopp som gjorde att man bara fick frågor kring de produkttyper som man erbjuder under den aktuella perioden. Enkäten innehöll frågor om bl.a. antal ansökningar som avslås eller beviljas med särskilda villkor eller förhöjda premier, vilka diagnoser/orsaker som föranleder sådana beslut, hur särskilda villkor utformas och premier bestäms och i vilken utsträckning som försäkringsbolagen inhämtar uppgifter från hälso- och sjukvården angående de personer som ansöker om en försäkring.

Referensperiod för enkätfrågorna var 1 januari 2013 till den 31 december 2013. Med referensperiod menas vilken tidpunkt svaren avser.

Datainsamling

Ett informationsbrev, med inloggningsuppgifter till webbenkäten, skickades med e-post till kontaktpersoner på respektive företag med kopia till respektive VD. E-postadresser till kontaktpersoner och VD:ar togs fram av utredningen. I informationsbrevet ombads företaget att besvara frågorna och skicka svaret till SCB. Det första utskicket genomfördes den 17 november 2014. SCB skickade inga påminnelser under insamlingen. Mycket av kontakterna med företagen sköttes av utredningen. Insamlingen avslutades den 16 februari 2015.

I informationsbrevet kunde uppgiftslämnarna läsa om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes i samarbete mellan utredningen Rätten till en personförsäkring (Dir. 2014:80) och SCB. Informationsbrevet informerade också om att det var frivilligt att delta i undersökningen, om hur lämnade uppgifter används och om skydd av lämnade uppgifter. Brevet informerade även om personuppgiftslagen och att en identifierad datafil levererades till utredningen efter avslutad insamling.

För att SCB ska kunna lämna ut data från en enkätundersökning krävs informerat samtycke av uppgiftslämnarna. Det innebär att de genom att besvara blanketten och skicka in den godkänner att deras svar används för det syfte som beskrivs i informationsbrevet.

Bortfall

Bortfallet består dels av objektsbortfall, som innebär att frågeblanketten inte är besvarad alls, och dels av partiellt bortfall som innebär att vissa frågor i blanketten inte är besvarade. Om bortfallet skiljer sig från de svarande, med avseende på undersökningsvariablerna, så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva.

Objektsbortfall kan bland annat bero på att uppgiftslämnaren inte är villig att delta i undersökningen, att uppgiftslämnaren inte går att nå eller att uppgiftslämnaren är förhindrad att medverka. Objektsbortfallet i denna undersökning består av endast ett bolag. Bolaget som inte svarade har extremt liten marknadsandel och anses därmed ha försumbar inverkan på totalskattningarna. Ingen kompensation i skattningarna har gjorts för detta bortfallsbolag. Det innebär att de svarande bolagen i princip täcker hela marknaden avseende anökningar inom aktuella produktsortiment. Skattningarna som görs på ansökningar bedöms därmed inte innehålla några betydande skevheter på grund av bortfallet.

Partiellt bortfall kan bero på att en fråga är svår att förstå, känslig, att uppgiftslämnaren glömmer att besvara frågan eller att instruktionerna vid hoppfrågor misstolkas. Det kan även bero på att svaret inte finns tillgängligt i system eller att svaret på frågan kräver mycket arbete för uppgiftslämnaren att ta fram. I den här enkäten består det partiella bortfallet i stor grad på att svaren på frågorna inte kunnat tas fram från företagens system. För de frågor där det partiella bortfallet varit för stort har inte SCB tagit fram några tabeller.

Statistikens tillförlitlighet

Ramtäckning

Täckningsfel, under- och övertäckning, innebär att rampopulation och målpopulation inte helt stämmer överens. Undertäckning innebär att vissa objekt som ingår i målpopulationen saknas i rampopulationen. Övertäckning innebär att objekt som inte ingår i målpopulationen ändå finns i rampopulationen. Det förväntas inte finnas någon undertäckning i undersökningen. Under insamlingens gång registrerades 10 av företagen som övertäckning. Den identifierade målpopulationen bestod därmed av 14 försäkringsbolag.

Mätning

Ett fel som kan uppstå vid mätning är att lämnade uppgifter skiljer sig från faktiska uppgifter. Felet kallas mätfel och kan uppkomma då uppgiftslämnaren inte minns de faktiska uppgifterna, missförstår frågan eller medvetet svarar felaktigt. Under insamlingen har utredningen löpande granskat svar och på så sätt kunnat upptäcka vissa missförstånd i frågor. Uppgiftslämnare har ombetts att lämna nya svar på enkäten i dessa fall.

Bearbetning

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel. Dessa fel kan förhindras och upptäckas i de kontroller som genomförs vid dataregistreringen. I den här undersökningen bedöms registreringsfelet vara litet eftersom frågeblanketten endast hade fasta svarsalternativ.

Beskrivning av tabeller och diagram samt datafil

Tabeller och diagram

Värdena i tabellerna avser populationsnivå. Eftersom vi har en totalundersökning och försumbart bortfall har inga vikter används i beräkningarna utan värdena i tabellerna bygger på enkla summeringar. Antalsuppgifterna är således summeringar av antal ansökningar och beslut för målpopulationen med den aktuella egenskapen. Att antalet bolag är olika för olika frågor beror på hoppinstruktioner då olika produkter avses.

För de följdfrågor som föregås av hoppinstruktioner har selekteringar genomförts vid tabellframställandet.

I andelstabellerna är värdena avrundade till en decimal.

Tabellerna har inte sekretessgranskats. I tabeller för frågorna som rör sjukförsäkring står ett bolag för en mycket stor andel av ansökningarna. Det

innebär att utredningen behöver be om tillåtelse från aktuella företag att redovisa resultatet för denna del. För övriga frågor är det också viktigt att utredningen bedömer om det finns risk för röjande av enskilda företags svar vid redovisningen av statistiken.

Statistiska mått

Materialet lämpar sig bäst att redovisas som totaler eller procentuella andelar för hela målpopulationen eller fördelat på olika redovisningsgrupper.

Jämförbarhet**Jämförbarhet över tid**

Detta är första gången som SCB genomför undersökningen.

Bilagor

Frågeblankett och informationsbrev.

Intervjuer med försäkringsbolag och återförsäkringsbolag – sammanfattning av frågor och svar

Fråga: *Har försäkringsbolagen återförsäkring för de aktuella personförsäkringsprodukterna (barnförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring och sjukförsäkring för vuxna)?*

Sammanfattning svar: De större försäkringsbolagen står som regel risken själva när det gäller barnförsäkring samt sjuk- och olycksfallsförsäkring för vuxna. De flesta försäkringsbolag som tillhandahåller sjukförsäkring för vuxna har däremot återförsäkring för den försäkringsprodukten.

Många, men inte alla, mindre försäkringsbolag har återförsäkring för de aktuella personförsäkringsprodukterna. Det förekommer också att mindre försäkringsbolag helt eller delvis köper in riskbedömningen för försäkringarna i fråga från sitt återförsäkringsbolag.

Fråga: *Vilka försäkringsmedicinska riktlinjer använder försäkringsbolagen vid riskbedömningen – egna och/eller riktlinjer från ett återförsäkringsbolag?*

Sammanfattning svar: De större försäkringsbolag som inte har återförsäkring för de aktuella personförsäkringsprodukterna har utvecklat egna försäkringsmedicinska riktlinjer som de använder vid riskbedömningen av försäkringsansökningar. De försäkringsbolag som har återförsäkring för försäkringarna i fråga använder i regel de försäkringsmedicinska riktlinjer som har tagits fram av återförsäkringsbolaget, i de flesta fall kompletterade med bolagets egna tillägg och ändringar som gjorts i samråd med återförsäkrings-

bolaget. Ett bolag som exempelvis säljer både barnförsäkring och sjukförsäkring för vuxna, och bara har återförsäkring för vuxenförsäkringen, använder alltså normalt egna försäkringsmedicinska riktlinjer för barnförsäkringen, medan återförsäkringsbolagets riktlinjer (med bolagets eventuella ändringar och tillägg) tillämpas vid riskbedömningen av sjukförsäkringen.

Fråga: *Hur håller de försäkringsbolag som använder egna försäkringsmedicinska riktlinjer dessa uppdaterade vad gäller utvecklingen inom bl.a. medicinsk forskning?*

Sammanfattning svar: Försäkringsbolagen arbetar på olika sätt för att hålla sina försäkringsmedicinska riktlinjer uppdaterade vad gäller utvecklingen inom medicinsk forskning och erfarenheter från klinisk medicin. I allmänhet får bolaget information om utvecklingen genom sina rådgivande läkare. Vissa försäkringsbolag anlitar läkare som är kliniskt aktiva, medan andra anlitar exempelvis pensionerade läkare. Några av bolagen anger att de bara anlitar läkare som är kliniskt aktiva, och något bolag ställer också upp kravet att en rådgivande läkare ska ha disputerat. Något försäkringsbolag har en läkare som är anställd på heltid hos bolaget för att följa ny medicinsk forskning för bolagets räkning.

Vidare anger alla försäkringsbolag som tillämpar egna försäkringsmedicinska riktlinjer att deras riskbedömare, som i de flesta fall har en medicinsk högskoleutbildning (t.ex. sjuksköterskeutbildning), kontinuerligt går på konferenser och föreläsningar etc. för att hålla sig uppdaterade avseende forskning och utveckling inom relevanta områden. Utifrån sina erfarenheter och kunskaper föreslår riskbedömarna ändringar i riktlinjerna. Några större försäkringsbolag bjuder också in specialister för att föreläsa inom medicinska områden där bolaget behöver utveckla sin kompetens.

Fråga: *Hur håller återförsäkringsbolagen sina försäkringsmedicinska riktlinjer uppdaterade vad gäller utvecklingen inom medicinsk forskning?*

Sammanfattning svar: Återförsäkringsbolagen uppger, liksom försäkringsbolagen, att de försäkringsmedicinska riktlinjerna kontinuerligt hålls uppdaterade genom information från de rådgivande

läkarna avseende medicinsk forskning och utveckling. Även hos återförsäkringsbolagen har i regel riskbedömarna medicinsk högskoleutbildning, och riskbedömarna föreslår ändringar i riktlinjerna utifrån sina kunskaper och erfarenheter och nya medicinska rön. Återförsäkringsbolagen anger vidare att återkommande diskussioner med riskbedömarna hos de försäkringsbolag som använder sig av de försäkringsmedicinska riktlinjerna är viktiga för utvecklingen av dessa. Återförsäkringsbolagen anordnar också emellanåt seminarier och konferenser avseende medicinsk utveckling inom relevanta områden, vilket bidrar till att utveckla den medicinska kompetensen hos riskbedömarna.

Fråga: *Hur ser i regel avtalen ut mellan återförsäkringsbolagen och de återförsäkrade försäkringsbolagen, när det gäller möjligheten för försäkringsbolaget att avvika från riktlinjerna?*

Sammanfattning svar: Av svaren från de försäkringsbolag som har återförsäkring för sina personförsäkringsprodukter och från återförsäkringsbolagen framgår att grundprincipen är att försäkringsbolaget ska följa återförsäkringsbolagets försäkringsmedicinska riktlinjer vid sin riskbedömning. Samtidigt framhåller både försäkringsbolagen och återförsäkringsbolagen att det finns utrymme för försäkringsbolagen att göra individuella bedömningar i varje enskilt fall, och att vid behov avvika från återförsäkringsbolagens riktlinjer. Såväl försäkringsbolagen som återförsäkringsbolagen anger att mindre avvikelser från riktlinjerna ofta kan göras av försäkringsbolagen utan kontakt med återförsäkringsbolaget, men att större avvikelser från riktlinjerna i regel sker i samråd mellan försäkringsbolaget och återförsäkringsbolaget. Det förekommer dels att försäkringsbolaget i samråd med återförsäkringsbolaget skriver in bolagsspecifika avvikelser i riktlinjerna, dels att man efter samråd i enskilda ärenden gör riskbedömningar som avviker från vad riktlinjerna rekommenderar. Vid tveksamheter skickar ibland försäkringsbolagen ärenden till återförsäkringsbolaget för bedömning.

Synpunkten har framförts från såväl försäkringsbolagen som återförsäkringsbolagen att återförsäkringsbolagens inställning till hur riktlinjerna ska tillämpas har mjukats upp väsentligt under de senaste tio åren. Innan dess hade försäkringsbolagen inte så stort utrymme att göra avvikelser från riktlinjerna. Skrivningarna i åter-

försäkringsavtal och de försäkringsmedicinska riktlinjer som återförsäkringsbolagen tillhandahåller har enligt uppgift mjukats upp med hänsyn till utvecklingen i lagstiftningen, men också till stor del på grund av önskemål från försäkringsbolagen. Eftersom försäkringsbolagens verksamheter och produkter är alltmer konkurrensutsatta har det blivit viktigare för bolagen att differentiera sig på marknaden och erbjuda olika slags försäkringslösningar. Om återförsäkringsbolagen skulle vara alltför strikta när det gäller exempelvis tillämpning av försäkringsmedicinska riktlinjer, skulle de enligt egen uppgift riskera att tappa försäkringsbolagen som kunder.

Enligt både försäkringsbolagen och återförsäkringsbolagen uppstår man i regel konsensus när det gäller diskussioner om tillämpningen av de försäkringsmedicinska riktlinjerna.

När det gäller de aktuella personförsäkringarna, är återförsäkringsavtalen vanligen konstruerade så att återförsäkringsbolaget inte gör kontroller av försäkringsbolagens riskbedömning i varje enskilt ärende. I stället gör återförsäkringsbolaget s.k. revisioner och stickprovskontroller hos försäkringsbolaget för att få en uppfattning om hur bolaget sköter sin riskbedömning. I samband med kontrollerna diskuterar återförsäkringsbolaget och försäkringsbolaget frågor om hur riskbedömningen bör skötas framöver. Både försäkringsbolagen och återförsäkringsbolagen framhåller att diskussionerna är ett viktigt för utveckling av återförsäkringsbolagets riktlinjer.

Svaren varierar något när det gäller frågan om vad som händer med försäkringsbolagets återförsäkringsskydd om försäkringsbolaget avviker från återförsäkringsbolagets riktlinjer. En synpunkt som framförts är att avvikelser inte påverkar återförsäkringen, såvida inte avvikelserna leder till mycket stora förluster för försäkringsbolaget. En annan inställning som förekommit är att försäkringsbolaget vid avvikelser får stå risken självt vid eventuellt skadefall.

Fråga: *Hur har införandet 2006 av kontraheringsplikten för personförsäkring påverkat hanteringen av ansökningar om personförsäkring?*

Sammanfattning svar: De flesta försäkringsbolag, liksom de återförsäkringsbolag som sköter riskbedömning åt något eller några försäkringsbolag, anger att individuella bedömningar visserligen gjordes redan innan 2006, men att resonemangen på flera områden

ändå har utvecklats mot mer differentierade bedömningar. Bolagen betonar också att det finns flera andra faktorer, utöver kontraheeringsplikens tillkomst, som sedan 2006 har bidragit till att man haft anledning att diskutera och se över bl.a. hur riskbedömningen görs och hur beslut om avslag och särskilda villkor motiveras. Till stor del handlar det om att försäkringsbolagen har satt kundnöjdhet alltmer i fokus. Kundrelationerna har blivit allt viktigare, bl.a. mot bakgrund av ett ökat antal aktörer och den hårdnande konkurrensen på personförsäkringsmarknaden. Den mediabevakning som försäkringsbolagen har varit föremål för, och de fall som har drivits av Diskrimineringsombudsmannen och Konsumentombudsmannen, har också bidragit till en ökad medvetenhet kring god och tydlig kommunikation med kunderna.

Det som har förändrats mest sedan 2006 är, enligt försäkringsbolagen, motiveringarna till beslut att neka försäkring till normala villkor och bolagens kundbemötande i dessa situationer. Försäkringsbolagen uppger att de lägger stor vikt vid att formulera beslut som den försäkringssökande kan förstå och acceptera. Flera bolag har också infört särskilda rutiner vid sådana ärenden, exempelvis att kunder som nekas försäkring alltid kontaktas per telefon, antingen före eller efter det att beslutet skickas.

Ett område som enligt många bolag (försäkringsbolag och återförsäkringsbolag) har förändrats mycket de senaste åren är bedömningarna vad gäller för tidigt födda barn. Flera bolag anger att de tidigare tillämpade strikta gränser när det gällde födelsevecka och födelsevikt, och att man nu inte har några sådana gränser, utan alltid utgår ifrån de specifika förutsättningarna i varje enskilt fall. Samtidigt framhåller bolagen att komplikationer och hälsobesvär förekommer i högre utsträckning ju tidigare barnet är fött, vilket kan göra det svårt att bevilja försäkring till normala villkor. De flesta bolag uppger att de alltid hämtar in patientjournaler och liknande när det gäller för tidigt födda barn, för att ha ett fullgott underlag för riskbedömningen.

Många bolag anger också att riskbedömningarna för diabetiker tidigare var mer standardiserade, och att man nu beaktar många fler individuella faktorer vid riskbedömningen, såsom vilken slags diabetes det handlar om och hur välreglerad sjukdomen är hos den försäkringssökande.

Ett flertal bolag lyfter vidare fram att den lagstiftning som infördes 2011 om inhämtande av hälsouppgifter (11 kap. 1 a § FAL), fick stor inverkan på bolagens hantering av ansökningar om personförsäkring. Lagstiftningen ledde inledningsvis till att bolagen blev mycket försiktiga med att begära samtycke för att hämta in hälsouppgifter. Efter en tid började försiktigheten släppa och enligt bolagen vågar man i dag hämta in patientjournaler och liknande när man anser att det behövs för bedömningen. Flera bolag framhåller att de som ansöker om personförsäkring många gånger vill, eller till och med kräver, att bolagen ska hämta in journaler och liknande.

Fråga: *Vad utgör en individuell bedömning av en försäkringsansökan enligt försäkringsbolagen/återförsäkringsbolagen?*

Försäkringsbolagen och återförsäkringsbolagen betonar att en individuell riskbedömning utgår ifrån uppgifter som är specifika för den försäkringssökande och förutsätter att det finns möjlighet att nyansera bedömningen utifrån den enskilde försäkringssökandes egna förutsättningar.

Fråga: *Hur ser försäkringsbolagen/återförsäkringsbolagen på den kritik som förts fram i media om att försäkringsbolagen inte gör individuella bedömningar?*

Sammanfattning svar: Återförsäkringsbolagen betonar att de inte har blivit utpekade i media och inte har någon kontakt med media i de aktuella fallen, utan att frågan främst berör ansvarigt försäkringsbolag i förekommande fall.

Vissa försäkringsbolag pekar på att media i allmänhet inte tar hänsyn till vad försäkring är, dvs. att det innebär ett kollektivt risktagande under en lång tid och att kollektivet kan drabbas negativt av en bristfällig eller felaktig riskbedömning. Enligt bolagen lyfter media bara fram ”snyfthistorier” och behandlar inte alls varför försäkringsbolagen gör en riskbedömning. Bolagen menar att media ofta felaktigt förutsätter att bolagen riskbedömer för att kunna neka försäkring, när det i själva verket är så att riskbedömningen i stor utsträckning syftar till att kunna sälja så många försäkringar som möjligt till adekvata villkor.

Media saknar vidare, enligt bolagen, ofta förståelse för skillnaden mellan klinisk medicin och försäkringsmedicin – att klinisk medicin handlar om att bedöma och behandla det aktuella hälsotillståndet, medan risk ur ett försäkringsperspektiv handlar om hur hälsan kan komma att utvecklas framöver. Medias rapportering tar inte hänsyn till att den framtida riskbilden kan vara mer komplex än bedömningen av ett aktuellt tillstånd.

En annan synpunkt som lyfts fram av flera försäkringsbolag är de fall som rapporteras i media ofta framställs felaktigt i sak. Det är en svår situation för bolagen, eftersom uppgifterna i försäkringsansökan är konfidentiella och det aktuella bolaget därför inte riktigt kan bemöta det som framförs i media.

Ytterligare en åsikt som framförts är att media saknar förståelse för hur de olika regelverken på försäkringsområdet samspelar, exempelvis att försäkringsbolagen bara får hämta in patientjournaler och liknande om detta är nödvändigt.

Fråga: *Finns det hälsotillstånd som i sig innebär en så pass förhöjd risk, att det är överflödigt eller omöjligt att ta reda på faktorer som är utmärkande för den enskilda individen?*

Sammanfattning svar: Samtliga tillfrågade försäkringsbolag och återförsäkringsbolag svarar det finns hälsotillstånd som innebär en så pass förhöjd risk i sig, att någon ytterligare utredning av hälsotillståndet är överflödigt. Exempel på tillstånd som enligt bolagen i princip alltid leder till avslag på ansökan om en personförsäkring, är bl.a. olika allvarliga cancerformer eller hjärtproblem som är diagnostiserade eller behandlade nära i tiden, pågående sjukskrivning, pågående utredning för allvarligare besvär och allvarliga sjukdomstillstånd med osäkra prognoser. De flesta bolag uppger vidare att allvarliga neurologiska sjukdomar (exempelvis MS) i princip alltid leder till avslag på ansökan.

Besvär som enligt bolagen i princip alltid leder till en undantagsklausul är återkommande eller pågående rygg- och nack- och knäbesvär.

Vidare tillämnar de allra flesta bolag fasta tabeller för när ett BMI (Body Mass Index) över det normala leder till en premieförhöjning.

Fråga: *Hur hanteras ansökningar om barnförsäkring gällande för tidigt födda barn?*

Sammanfattning svar: Samtliga försäkringsbolag och återförsäkringsbolag framhåller att man inte tillämpar några strikta gränser när det gäller födelsevecka och födelsevikt, utan att man alltid utgår ifrån de specifika förutsättningarna i varje enskilt fall. Samtidigt framhåller bolagen att komplikationer och hälsoproblem förekommer i högre utsträckning ju tidigare under graviditeten som ett barn föds, vilket medför att ansökningar gällande barn som är födda mycket för tidigt ofta leder till avslag eller särskilda villkor. Några bolag anger att en nedre gräns för när försäkring över huvud taget kan beviljas i praktiken går vid barn som föds i graviditetsvecka 23 eller 24.

De flesta bolag uppger att de alltid hämtar in patientjournaler och liknande när det gäller för tidigt födda barn, och att de ofta konsulterar sina rådgivande läkare i sådana fall.

Fråga: *Hur hanteras ansökningar om barnförsäkring gällande adopterade och andra utlandsfödda barn?*

Sammanfattning svar: Flertalet bolag försäkringsbolag uppger att de tillämpar krav på att den som ansöker om försäkring ska ha vistats i Sverige en viss tid. Tiden varierar mellan 6 månader och 2 år. Något bolag tillämpar inte kravet på vistelsetid om barnet var yngre än 18 månader när det kom till Sverige. Ett annat bolag tillämpar inte kravet på vistelsetid om det finns fullgod medicinsk dokumentation rörande barnet. Med något enstaka undantag anger försäkringsbolagen att kravet på vistelsetid gäller för alla utlandsfödda barn (dvs. inte bara adopterade barn).

Försäkringsbolagen uppger vidare att de alltid beaktar det som kommit fram vid den obligatoriska adoptivbarnskontrollen, och att kompletterande hälsouppgifter (från hälso- och sjukvården eller BVC) kan behöva hämtas in i vissa fall.

Fråga: *Hur hanteras ansökningar om personförsäkringar för vuxna med diabetes?*

Sammanfattning svar: Samtliga försäkringsbolag anger att vuxna med diabetes kan beviljas försäkring, men mot förhöjd premie.

Försäkringsbolagen anger att de beaktar en mängd olika hälsofaktorer när de bedömer ansökningar från vuxna personer med diabetes. Med något undantag uppger försäkringsbolagen att de till att börja med har olika riktlinjer när det gäller typ-1 diabetes och typ-2 diabetes. Beroende på vilken typ diabetes det handlar om tittar man sedan på olika faktorer, t.ex. hur välreglerat blodsockret är hos den försäkringssökande, dennes ålder, när sjukdomen debuterade och eventuella följsjukdomar. Man tar också hänsyn till olika värden, såsom blodfetter och blodtryck samt den försäkringssökandes vikt.

Enligt bolagen blir det i dag sällan avslag på ansökan om en personförsäkring på grund av diabetes. Bedömningarna har under senare år blivit mer generösa eftersom forskning och behandling har gått framåt på området. Tidigare var det betydligt vanligare att personer med diabetes fick avslag på försäkringsansökningar. Men om sjukdomen missköts och blodsockret är dåligt reglerat, kan försäkring fortfarande nekas.

Fråga: *Hur hanteras ansökningar om personförsäkringar för vuxna med högt BMI (Body Mass Index) och barn med högt iso-BMI (mot-svarande BMI för barn)?*

Sammanfattning svar: När det gäller vuxna uppger samtliga bolag (försäkringsbolag och återförsäkringsbolag) att de försäkringsmedicinska riktlinjerna innehåller tabeller för premieförhöjningar när det gäller ansökningar från vuxna personer med höga BMI-värden. Bolagen framhåller att det finns medicinsk forskning till stöd för att övervikt och fetma utgör en risk för framtida ohälsa eftersom kroppen belastas och ansträngs, vilket ökar risken för bl.a. högt blodtryck, diabetes typ-2 och belastningsskador i lederna.

Bolagen tillämpar varierande gränser för vid vilka värden man börjar ta ut höjda premier. De nedre gränserna går mellan BMI 32 till 35. De flesta bolag anger också att de har en övre gräns för när

försäkring kan beviljas. Gränser som har nämnts ligger mellan BMI 35–47.

Flera bolag anger att de vid bestämning av premien främst tar hänsyn till BMI-värdet och att andra faktorer än BMI bara beaktas i premiehöjande riktning, exempelvis om den försäkringssökande är rökare. Vissa få bolag tar däremot hänsyn till värden som kan verka premiesänkande jämfört med tabellvärden. Det kan handla om midjemått, blodtryck, blodfetter etc.

När det gäller barn anger de flesta bolag (försäkringsbolag och återförsäkringsbolag) att de normalt inte beaktar vikten alls för barn under 6 års ålder. För barn som är över 6 år handlar det om att försäkring i vissa fall kan beviljas med undantag för rätten till vidareförsäkring när barnförsäkringen löper ut, eller att ansökan kan nekas helt om barnet är alltför överviktigt. De flesta bolag tillämpar iso-BMI-tabeller för barn över 6 år, men några bolag tillämpar inte tabeller alls. För barn är man i allmänhet betydligt mer generös än när det gäller vuxna. Flera bolag anger att de bara beaktar övervikt hos barn om det även finns uppgift om någon vårdkontakt eller liknande (t.ex. dietistkontakt) på grund av övervikten.

Fråga: *Hur hanteras ansökningar om personförsäkringar från personer med neuropsykiatriska diagnoser (t.ex. ADHD, ADD och autism)?*

Sammanfattning svar: Många, men inte alla, försäkringsbolag har undantagit neuropsykiatriska diagnoser, och följer av sådana diagnoser, från personförsäkringarna enligt de allmänna försäkringsvillkoren. Detta gäller både för barn- och vuxenförsäkringar. I de fall neuropsykiatriska diagnoser är generellt undantagna, anger bolagen (försäkringsbolagen och återförsäkringsbolagen) att en person med en sådan diagnos ändå i regel betraktas som en förhöjd risk, eftersom personer med sådana diagnoser löper högre risk att drabbas av psykiska sjukdomar såsom depression och utbrändhet. Enligt bolagen kan det vara mycket svårt vid en eventuell skadereglering visa att den psykiska sjukdomen är en följd av den neuropsykiatriska diagnosen.

Samtliga bolag anger att de gör en individuell bedömning av risken genom att de ser till hela livssituationen hos den försäkringssökande. Vuxna personer som har visat sig fungera bra i arbetslivet,

kan i regel beviljas försäkring till normala villkor. Om personen i fråga har fungerat mindre väl, blir det i stället fråga om avslag eller, om det är möjligt med hänsyn till försäkringsproduktens utformning, kan försäkring i vissa fall beviljas utan skydd för ekonomisk invaliditet.

Barn med en neuropsykiatrisk diagnos som har en fungerande skolgång kan i regel också få försäkring till normala villkor, men om barnförsäkringen innehåller en rätt till vidareförsäkring görs vanligen undantag för den rätten.

Fråga: *Varför tillämpas inte premieförhöjningar för barnförsäkring?*

Sammanfattning svar: De flesta försäkringsbolag anger att det är alltför svårt att beräkna överrisken för barnförsäkringar eftersom försäkringstiden i många fall är så pass lång och försäkringsprodukten är så komplex (innehåller så många olika ersättningsmoment). Alla försäkringsbolag anger vidare att det av bl.a. nu nämnda skäl också skulle vara omöjligt att täcka en ökad skaderisk vid barnförsäkring med en förhöjd premie. Vissa personer som varit länge i försäkringsbranschen har kunna redovisa erfarenheter från 1980- och 1990-talen, då premieförhöjningar tillämpades av vissa försäkringsbolag för barnförsäkring. Enligt dessa personer var skälet till att man upphörde med detta, att det var omöjligt att ens komma i närheten av att täcka de ökade skadekostnaderna genom premieförhöjningar.

Enligt samtliga bolag skulle det under alla omständigheter handla om mycket höga försäkringspremier, om barn som i dag får avslag på försäkringsansökan, skulle försäkras mot en premieförhöjning. Det skulle därför bli oerhört kostsamt för familjerna i fråga. Försäkringen skulle också behöva bli betydligt dyrare även för barn med lägre risk. De flesta bolag menar mot den bakgrunden att om det blev aktuellt med krav på att bolagen skulle bevilja barnförsäkringar mot premieförhöjningar, skulle bolagen sannolikt välja att tillhandahålla en billigare men betydligt sämre barnförsäkring.

En annan synpunkt som har framförts är att avslag på ansökningar om barnförsäkring ofta beror på att barnet är under pågående utredning eller under behandling för en viss sjukdom. I dessa fall skulle det enligt bolagen ändå inte kunna bli aktuellt med en förhöjd premie, eftersom risken skulle vara alltför osäker. Möjligen

skulle, enligt vissa bolag, premieförhöjningar kunna tillämpas för barn som har så kraftig övervikt så att försäkring nekas helt.

Erfarenheten från vuxensidan är enligt bolagen vidare att konsumenter har betydligt lättare för att acceptera undantagsklausuler än premieförhöjningar. Försäkringsbolagen uttrycker mot den bakgrunden en viss rädsla för att premieförhöjningar för barnförsäkring skulle kunna uppfattas som stötande av de sökande.

Fråga: *Har försäkringsbolagen en intern organisation för överprövning av ärenden där försäkring inte beviljas med ordinarie villkor? Hur vanligt är det i så fall att ärenden rörande riskprövning tas upp?*

Sammanfattning svar: Alla försäkringsbolag anger att det första steget för en försäkringssökande som är missnöjd med en riskbedömning är att kontakta ansvarig riskbedömare. Bolagen uppger att de allra flesta klagomål kan lösas på det sättet, eftersom missnöje hos kunden i många fall beror på något slags missförstånd när det gäller lämnad hälsoinformation. I de fall försäkringsbolaget har lagt ut sin riskbedömning på ett återförsäkringsbolag, kan den försäkringssökande ibland få tala direkt med riskbedömaren hos återförsäkringsbolaget, men vanligen sker kontakten via försäkringsbolagets handläggare (den försäkringssökande har ingen kundrelation med ett återförsäkringsbolag). Skulle den försäkringssökande fortfarande vara missnöjd efter kontakt med ansvarig riskbedömare, anger samtliga bolag att riskbedömaren ska diskutera ärendet med chefen för riskbedömningsavdelningen, ofta i ett forum tillsammans med andra riskbedömare. Om bolagets beslut inte ändras efter det, och missnöje kvarstår hos den försäkringssökande, har alla bolag en klagomålsansvarig och de flesta någon form av formell överprövningsnämnd dit den försäkringssökande kan vända sig. Enligt bolagen är det extremt ovanligt att de interna nämnderna tar emot klagomål angående riskbedömning (enligt flera bolag har det aldrig hänt, och några bolag talar om något enstaka fall under de senaste åren). Inget bolag har någon erfarenhet av att en intern överprövningsnämnd har ändrat ett riskbedömningsbeslut.

Enkätundersökning till konsumenter om personförsäkringar¹

Välkommen till enkäten om personförsäkringar!

Tack för att du tar dig tid att besvara denna enkät.

Frågorna i enkäten gäller endast *personförsäkringar* och omfattar alltså inte t.ex. hemförsäkring, bilförsäkring eller någon annan sakförsäkring. Enkäten gäller också bara vissa typer av personförsäkringar nämligen:

- sjukförsäkringar för vuxna (över 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning på grund av sjukdom. Vissa sjukförsäkringar ger också ersättning på grund av olycksfall
- barn-/ungdomsförsäkring (kan tecknas för barn under 18 år), dvs. försäkring som ger ersättning på grund av sjukdom eller olycksfall.

Som personförsäkring räknas i det här sammanhanget INTE rena olycksfallsförsäkringar, dvs. försäkringar som inte ger ersättning vid sjukdom, utan bara vid olycka.

Sist i enkäten ges möjlighet till egen kommentar.

¹ Detta är en sammanställning av frågorna i den webbenkät som utredningen genomförde i samarbete med Handikappförbunden m.fl. I webbversionen har de svarande styrts in i olika "frågespår" beroende på om de har uppgett att de svarar på enkätundersökningen för egen del eller i egenskap av vårdnadshavare / juridisk ställföreträdare för någon annan och även senare i enkäten beroende på de svar som lämnats.

Svarar du på enkäten

... för egen räkning?

... för en person som du är vårdnadshavare för?

... för en person som du är juridisk ställföreträdare för?

FRÅGOR TILL DEM SOM SVARAR FÖR EGEN RÄKNING

**Har du någon eller några av följande diagnoser/tillstånd?
(flera svar möjliga)**

Dövhet eller hörselskador

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (exempelvis ADHD, Autism, Tourette m.fl.)

Psykiska funktionsnedsättningar (social fobi, bipolaritet, schizofreni, depression m.fl.)

Rörelsehinder

Synskador

Allergi/Astma

Reumatism

Jag har ingen särskild diagnos

Annan funktionsnedsättning? (Ange vilken)

Är du adopterad eller född för tidigt? (flera svar är möjliga)

Född för tidigt (före v. 37)?

Adopterad?

Jag är varken född för tidigt eller adopterad

Har du en personförsäkring just nu? (se förklaring ovan)

Ja

Nej

Har du fått teckna din nuvarande personförsäkring genom att

... på egen hand kontakta försäkringsbolaget (s.k. individuell försäkring)?

... på grund av att du t.ex. är medlem i en viss organisation eller fackförening, eller genom din arbetsgivare (s.k. gruppförsäkring)?

Har du tecknat din nuvarande personförsäkring

... till ordinarie villkor (dvs. till det pris och med det försäkrings-skydd som normalt gäller för försäkringen)?

... till villkor som innebär särskilda undantag jämfört med vad försäkringen normalt täcker (t.ex. att försäkringsskyddet inte gäller för vissa diagnoser eller sjukdomar)?

... till en högre premie än vad försäkringen normalt kostar?

Har du någon gång ansökt om en personförsäkring genom att på egen hand kontakta ett försäkringsbolag, dvs. en s.k. individuell personförsäkring? (Som individuell personförsäkring räknas inte en försäkring som du ansökt om i egenskap av t.ex. medlem i en viss organisation eller fackförening.)

Ja

Nej

Ansökte du om en personförsäkring hos mer än ett försäkringsbolag?

Ja

Nej

När du ansökte om en personförsäkring ...

(Om du ansökte hos mer än ett bolag är flera svar möjliga)

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring till ordinarie villkor (dvs. till det pris och med det försäkringsskydd som normalt gäller för försäkringen)?

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring till villkor som innebär särskilda undantag jämfört med vad försäkringen normalt täcker (t.ex. att försäkringsskyddet inte gäller för vissa diagnoser eller sjukdomar)?

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring till en högre premie än vad försäkringen normalt kostade?

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring med särskilda undantag och en högre premie än vad försäkringen normalt kostade?

... avslög försäkringsbolaget ansökan? (Med avslag menas också att försäkringsbolaget erbjöd en annan försäkring istället, t.ex. en olycksfallsförsäkring, dvs. en försäkring som inte ger ersättning vid sjukdom, utan bara vid olycka)

.... avbröts ansökningsprocessen (ange gärna varför processen avbröts)

Accepterade du den erbjudna personförsäkringen?

Ja

Nej

Valde du att tacka nej till den erbjudna personförsäkringen på grund av att

... försäkringsskyddet var för dåligt?

... försäkringen var för dyr?

... försäkringsskyddet var för dåligt i förhållande till det höga priset?

Varför har du inte ansökt om en personförsäkring på egen hand hos något försäkringsbolag?

Jag tyckte inte det var någon idé, eftersom det verkade osannolikt att jag skulle få teckna någon personförsäkring.

Jag har inte känt behov av en individuell personförsäkring.

Jag kunde inte/förstod inte hur man gjorde/gav upp.

På grund av någon annan anledning (ange gärna vilken).

FRÅGOR TILL DEM SOM SVARAR SOM VÅRDNADSHAVARE / JURIDISK STÄLLFÖRETRÄDARE

Har den person som du svarar för någon eller några av följande diagnoser? (flera svar möjliga)

Dövhet eller hörselskador

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (exempelvis ADHD, Autism, Tourette m.fl.)

Psykiska funktionsnedsättningar (social fobi, bipolaritet, schizofreni, depression m.fl.)

Rörelsehinder

Synskador

Allergi/Astma

Reumatism

Personen har ingen särskild diagnos

Annan funktionsnedsättning? (Ange vilken)

Är den person som du svarar för (flera svar möjliga)

... född för tidigt (före v. 37)?

... adopterad?

Inget av ovanstående

Har den person som du svarar för någon av följande diagnoser/tillstånd? (Flera svar är möjliga)

Låg födelsevikt

Lungomognad/kronisk lungsjukdom (BPD)

Hjärnblödning

ROP - prematuritetsretinopati

PVL - periventrikulär leukomalaci, vitsubstansskada

Inget av ovanstående

Annat (ange gärna)

**Har den person som du svarar för en personförsäkring just nu?
(se förklaring ovan)**

Ja

Nej

Har den person som du svarar för fått teckna sin nuvarande personförsäkring genom att

... personen själv eller en vårdnadshavare/ställföreträdare har kontaktat försäkringsbolaget (s.k. individuell försäkring)?

... på grund av att personen själv eller en vårdnadshavare/annan anhörig är medlem i en viss organisation eller fackförening, eller genom en arbetsgivare (s.k. gruppförsäkring)?

Har personförsäkringen tecknats

... till ordinarie villkor (dvs. till det pris och med det försäkrings-skydd som normalt gäller för försäkringen)?

... till villkor som innebär särskilda undantag jämfört med vad försäkringen normalt täcker (t.ex. att försäkringsskyddet inte gäller för vissa diagnoser eller sjukdomar)?

... till en högre premie än vad försäkringen normalt kostar?

Har den person som du svarar för, själv eller genom en vårdnadshavare/annan anhörig, någon gång ansökt om en personförsäkring hos ett försäkringsbolag?

Ja

Nej

Ansökte personen om en försäkring hos mer än ett försäkringsbolag?

Ja

Nej

Varför har personen inte ansökt om en personförsäkring?

Det var ingen idé, eftersom det verkade osannolikt att personen skulle få teckna någon personförsäkring.

Personen har inte haft behov av en individuell personförsäkring.

Personen, eller den som ansökte för personens räkning, kunde inte/förstod inte hur man gjorde/gav upp.

På grund av någon annan anledning (ange gärna vilken).

När den person som du svarar för ansökte om en personförsäkring ... (Flera svar möjliga om ansökan skedde till flera försäkringsbolag)

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring till ordinarie villkor (dvs. till det pris och med det försäkringsskydd som normalt gäller för försäkringen)?

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring till villkor som innebär särskilda undantag jämfört med vad försäkringen normalt täcker (t.ex. att försäkringsskyddet inte gäller för vissa diagnoser eller sjukdomar)?

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring till en högre premie än vad försäkringen normalt kostade?

... erbjöd försäkringsbolaget en personförsäkring med särskilda undantag och en högre premie än vad försäkringen normalt kostade?

... avslag försäkringsbolaget ansökan? (Med avslag menas också att försäkringsbolaget erbjöd en annan försäkring istället, t.ex. en olycksfallsförsäkring, dvs. en försäkring som inte ger ersättning vid sjukdom, utan bara vid olycka)

... avbröts ansökningsprocessen (ange gärna varför processen avbröts)

Accepterade personen den erbjudna försäkringen med ändrade villkor/förhöjd premie (dvs. tecknades den erbjudna försäkringen)?

Ja

Nej

Valde personen att tacka nej till den erbjudna försäkringen på grund av att

... försäkringsskyddet var för dåligt?

... försäkringen var för dyr?

... försäkringsskyddet var för dåligt i förhållande till det höga priset?

Kryssa för om du/den person som svaren gäller, är medlem i någon av nedanstående organisationer/föreningar. (Flera svar är möjliga)

Adoptionscentrum

Afasiförbundet

Astma- och Allergiförbundet

Autism- och Aspergerförbundet

Blodcancerförbundet (BLC)

Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO)

DHR – förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Diabetesförbundet

Dyslexiförbundet FMLS

Elöverkänsligas Riksförbund

Fibromyalgiförbundet (FF)

FUB För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning

Förbundet Blödarsjuka i Sverige (FBIS)

Förbundet Sveriges Dövblinda FSDB

Hiv-Sverige

Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft

Hjärtebarnsförbundet
Hörselskadades Riksförbund HRF
ILCO Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade
Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser
Mag- och tarmförbundet
Migränförbundet
Mun- & Halscancerförbundet (MHCF)
Neuroförbundet (tidigare NHR)
Njurförbundet
ParkinsonFörbundet
Personskadeförbundet RTP
Primär immunbrist organisationen (PIO)
Prostatacancerförbundet
Psoriasisförbundet
Reumatikerförbundet
Riksförbundet Attention
Riksförbundet Cystisk Fibros (RfCF)
Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar RBU
Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
Riksförbundet HjärtLung
Riksförbundet Sällsynta diagnoser
Stamningsförbundet
STROKE-Riksförbundet
Svenska Celiakiförbundet (SCF)
Svenska Epilepsiförbundet (SEF)
Svenska OCD-förbundet Ananke
Svenska Prematurförbundet
Sveriges Dövas Riksförbund SDR
Synskadades Riksförbund SRF
Tandvårdsskadeförbundet (TF)
Annat förbund

Ej medlem

Jag är inte medlem i något förbund

Tack för att du tog dig tid att fylla i den här enkäten!

Din medverkan är mycket värdefull för arbetet i Utredningen om rätten till en personförsäkring (JU 2014:12)!

Vill du veta mer om utredningen kan du följa denna länk:
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/241920>

Tack än en gång.

Har du några ytterligare upplysningar som du vill delge utredningen, gör gärna det här.

Statens offentliga utredningar 2016

Kronologisk förteckning

1. Statens bredbandsinfrastruktur som resurs. N.
2. Effektiv vård. S.
3. Höghastighetsjärnvägens finansiering och kommersiella förutsättningar. N.
4. Politisk information i skolan – ett led i demokratiuppdraget. U.
5. Låt fler forma framtiden!
Del A + B. Ku.
6. Framtid sökes –
Slutredovisning från
den nationella samordnaren
för utsatta EU-medborgare. S.
7. Integritet och straffskydd. Ju.
8. Ytterligare åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fjärde penningtvättsdirektivet – samordning – ny penningtvättslag – m.m.
Del 1 + 2. Fi.
9. Plats för nyanlända i fler skolor. U.
10. EU på hemmaplan. Ku.
11. Olika vägar till föräldraskap. Ju.
12. Ökade möjligheter till modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. U.
13. Palett för ett stärkt civilsamhälle. Ku.
14. En översyn av tobakslagen. Nya steg mot ett minskat tobaksbruk. S.
15. Arbetsklausuler och sociala hänsyn i offentlig upphandling – ILO:s konvention nr 94 samt en internationell jämförelse. Fi.
16. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2016. Risker, osäkerheter och framtidsutmaningar. M.
17. EU:s reviderade insolvensförordning m.m. Ju.
18. En ny strafftidslag. Ju.
19. Barnkonventionen blir svensk lag. S.
20. Föräldradedighet för statsråd? Fi.
21. Ett klimatpolitiskt ramverk för Sverige. M.
22. Möjlighet att begränsa eller förbjuda odling av genetiskt modifierade växter i Sverige. M.
23. Beskattning av incitamentsprogram. Fi.
24. En ändamålsenlig kommunal redovisning. Fi.
25. Likvärdigt, rättssäkert och effektivt – ett nytt nationellt system för kunskapsbedömning. Del 1 + 2. U.
26. På väg mot en ny politik för Sveriges landsbygder – landsbygders utveckling, möjligheter och utmaningar. N.
27. Som ett brev på posten. Postbefordran och pristak i ett digitaliserat samhälle. N.
28. Vägen till självkörande fordon – försöksverksamhet. N.
29. Trygghet och attraktivitet – en forskarkarriär för framtiden. U.
30. Människorna, medierna & marknaden. Medieutredningens forskningsantologi om en demokrati i förändring. Ku.
31. Fastighetstaxering av anläggningar för el- och värmeproduktion. Fi.
32. En trygg dricksvattenförsörjning. Del 1 + 2 och Sammanfattning. N.
33. Ett bonus–malus-system för nya lätta fordon. Fi.
34. Revisorns skadeståndsansvar. Ju.
35. Vägen in till det svenska skolväsendet. U.
36. Medverkan av tjänsteleverantörer i ärenden om uppehålls- och arbetstillstånd. UD.
37. Rätten till en personförsäkring – ett stärkt konsumentskydd. Ju.

Statens offentliga utredningar 2016

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Ytterligare åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fjärde penningtvättsdirektivet – samordning – ny penningtvättslag – m.m. Del 1 + 2. [8]

Arbetsklausuler och sociala hänsyn i offentlig upphandling – ILO:s konvention nr 94 samt en internationell jämförelse. [15]

Föräldraledighet för statsråd? [20]

Beskattning av incitamentsprogram. [23]

En ändamålsenlig kommunal redovisning. [24]

Fastighetstaxering av anläggningar för el- och värmeproduktion. [31]

Ett bonus–malus-system för nya lätta fordon. [33]

Justitiedepartementet

Integritet och straffskydd. [7]

Olika vägar till föräldraskap. [11]

EU:s reviderade insolvensförordning m.m. [17]

En ny strafftidslag. [18]

Revisorers skadeståndsansvar. [34]

Rätten till en personförsäkring. – ett stärkt konsumentskydd. [37]

Kulturdepartementet

Låt fler forma framtiden! Del A + B. [5]

EU på hemmaplan. [10]

Palett för ett stärkt civilsamhälle. [13]

Människorna, medierna & marknaden
Medieutredningens forskningsantologi om en demokrati i förändring. [30]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2016. Risker, osäkerheter och framtidsutmaningar. [16]

Ett klimatpolitiskt ramverk för Sverige. [21]

Möjlighet att begränsa eller förbjuda odling av genetiskt modifierade växter i Sverige. [22]

Näringsdepartementet

Statens bredbandsinfrastruktur som resurs. [1]

Höghastighetsjärnvägens finansiering och kommersiella förutsättningar. [3]

På väg mot en ny politik för Sveriges landsbygder – landsbygdernas utveckling, möjligheter och utmaningar. [26]

Som ett brev på posten. Postbefordran och pristak i ett digitaliserat samhälle. [27]

Vägen till självkörande fordon – försöksverksamhet. [28]

En trygg dricksvattenförsörjning. Del 1 + 2 och Sammanfattning. [32]

Socialdepartementet

Effektiv vård. [2]

Framtid sökes – Slutredovisning från den nationella samordnaren för utsatta EU-medborgare. [6]

En översyn av tobakslagen. Nya steg mot ett minskat tobaksbruk. [14]

Barnkonventionen blir svensk lag. [19]

Utbildningsdepartementet

Politisk information i skolan – ett led i demokratiuppdraget. [4]

Plats för nyanlända i fler skolor. [9]

Ökade möjligheter till modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. [12]

Likvärdigt, rättssäkert och effektivt – ett nytt nationellt system för kunskapsbedömning. Del 1 + 2. [25]

Trygghet och attraktivitet
– en forskarkarriär för framtiden. [29]
Vägen in till det svenska skolväsendet. [35]

Utrikesdepartementet

Medverkan av tjänsteleverantörer i ärenden
om uppehålls- och arbetstillstånd. [36]