



DET KONGELIGE
JUSTIS- OG POLITIDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 41

(2007–2008)

Om lov om endringer i lov 16. juni 1989
nr. 69 om forsikringsavtaler m.m.



DET KONGELIGE
JUSTIS- OG POLITIDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 41

(2007–2008)

Om lov om endringer i lov 16. juni 1989
nr. 69 om forsikringsavtaler m.m.

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	4.5.2	Høringsinstansenes syn	38
			4.5.3	Departementets vurdering	43
2	Bakgrunnen for lovforslagene	8	4.6	Særlige forhold som ikke kan begrunne forsikringsnektelse	46
2.1	NOU 2000: 23 Forsikrings- selskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger.....	8	4.6.1	Gjeldende rett	46
2.2	Høringsbrevet 31. mai 2005 med forslag om at forsikrings- selskaper ikke uten saklig grunn skal kunne nekte en person forsikring på vanlige vilkår	11	4.6.1.1	Kredittopplysninger	46
2.3	Representantforslag	13	4.6.1.2	Kjønn, etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn samt nedsatt funksjonsevne.....	47
3	Forholdet til reglene om risikovurderinger mv. i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjons- foretak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven)	16	4.6.1.3	Visse helseopplysninger	47
			4.6.2	Forslaget i høringsbrevet	47
			4.6.3	Høringsinstansenes syn	47
			4.6.4	Departementets vurdering	49
4	Krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse (partiell kontraheringsplikt)	21	5	Krav om at forsikringsnektelse skal begrunnes	51
4.1	Rettstilstanden i andre nordiske land	21	5.1	Gjeldende rett	51
4.1.1	Danmark	21	5.2	Forslagene i NOU 2000: 23 og høringsbrevet 31. mai 2005	51
4.1.2	Finland	21	5.3	Høringsinstansenes syn	51
4.1.3	Sverige	22	5.4	Departementets vurdering	54
4.2	Behovet for nye regler i forsikrings- avtaleloven med krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse.....	23	6	Krav om begrunnelse ved tilbud på forsikring bare til en særlig høy premie	56
4.2.1	Gjeldende rett	23	7	Nemndbehandling av saker om forsikringsnektelse	57
4.2.2	Forslagene om partiell kontraheringsplikt i NOU 2000: 23 og høringsbrevet 31. mai 2005.....	25	7.1	Gjeldende rett	57
4.2.3	Høringsinstansenes syn	26	7.2	Forslaget i høringsbrevet	59
4.2.4	Departementets vurdering	31	7.3	Høringsinstansenes merknader	60
4.3	Nærmere om hva som bør omfattes av reglene om forsikringsnektelse	32	7.4	Departementets vurdering	62
4.3.1	Høringsbrevet	32	8	Begrensninger i rett til inn- henting av helseopplysninger ved tegning av forsikring	65
4.3.2	Høringsinstansenes syn	32	8.1	Innledning	65
4.3.3	Departementets vurdering	34	8.2	Rettstilstanden i andre nordiske land og EU	65
4.4	Bør reglene også gjelde forsikring til næringsdrivende?	35	8.3	Selskapets innhenting av opplysninger	66
4.4.1	Forslaget i høringsbrevet	35	8.4	Den ytre rammen for forsikrings- takerens og den forsikredes opplysningsplikt. Bør det innføres et vesentlighetskrav?	68
4.4.2	Høringsinstansenes syn	35	8.5	Opplysninger som er kjent for søkeren	73
4.4.3	Departementets vurdering	36	8.6	Særlig personlige forhold	75
4.5	Det nærmere innholdet i saklighetskravet	37	8.7	Livsstilsopplysninger	77
4.5.1	Forslaget i høringsbrevet	37			

8.8	Grunnleggende og lovpliktige forsikringer	78	10.2	Utvalgets forslag	94
8.9	Særlig høye forsikringer	79	10.3	Høringsinstansenes syn	94
8.10	Tidsgrenser	81	10.4	Departementets vurdering	95
8.11	Kvalitetssikring av behandlingen av personopplysningene	83	11	Økonomiske og administrative konsekvenser	96
9	Enkelte andre regler om bruk av helseopplysninger i forsikring	85	12	Merknader til de enkelte bestemmelsene	98
9.1	Personopplysningslovens regler om behandling av helseopplysninger	85	12.1	Merknader til endringer i forsikringsavtaleloven	98
9.2	Innhenting av helseopplysninger fra andre	87	12.2	Merknader til endringer i andre lover	103
9.2.1	Gjeldende rett	87	Forslag til lov om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler m.m.	104	
9.2.2	Utvalgets forslag	88	Vedlegg		
9.2.3	Høringsinstansenes syn	89	1	Brev fra Kredittilsynet til Finansdepartementet, datert 5. november 2007	107
9.2.4	Departementets vurdering	91			
10	Forsikringsselskapets rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger	93			
10.1	Gjeldende rett	93			



DET KONGELIGE
JUSTIS- OG POLITIDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 41

(2007–2008)

Om lov om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler m.m.

*Tilråding fra Justis- og politidepartementet av 14. mars 2008,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Justisdepartementet legger med dette frem forslag om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler. I det følgende betegnes denne loven med den nye korttittelen som foreslås i proposisjonen her, forsikringsavtaleloven. Forslagene gjelder en nærmere regulering av forholdet mellom forsikringssøkeren og selskapet når forsikring blir nektet eller tilbudt til en særlig høy premie, samt av visse spørsmål i forbindelse med selskapenes innhenting av helseopplysninger. Bakgrunnen for forslagene er delvis NOU 2000: 23 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger, og delvis Justisdepartementets høringsbrev 31. mai 2005 med forslag om at forsikringsselskaper ikke uten saklig grunn skal kunne nekte en person forsikring på vanlige vilkår.

Forslagene går i korthet ut på følgende:

- Forsikringsselskaper skal ikke uten saklig grunn kunne nekte en person forsikring.
- For at risiko kan utgjøre saklig grunn for forsikringsnektelse, kreves at det er tale om en særlig risiko, og at avslaget står i rimelig sammenheng med risikoen.
- For at andre særlige forhold kan utgjøre saklig grunn for forsikringsnektelse, kreves at avslaget ikke kan anses urimelig overfor den enkelte.

- Forsikringsnektelse skal begrunnes skriftlig, og det skal opplyses om at avslaget kan bringes inn for en nemnd.
- Om det tilbys forsikring til særlig høy premie, skal dette begrunnes.
- Selskapets innhenting av taushetsbelagte opplysninger fra tredjepersoner skal begrenses til det som kreves på hvert trinn i saken.
- Når helsepersonale skal utstede helseattest til forsikringsselskap, foreslås det å visse tilfeller en skjerpelse av opplysningsplikten overfor pasienten.
- Selskapet skal ikke kunne be om helseopplysninger som ligger mer enn ti år tilbake i tid.

På ett punkt foreslår departementet å skjerpe reglene i forhold til sikrede. Dette gjelder reglene om svikaktig forsømmelse av sikredes opplysningsplikt overfor selskapet.

Lovforslaget etablerer ikke noen generell rett for alle til å få forsikring uavhengig av risiko. En generell rett til forsikring for alle uavhengig av risiko ville bryte med grunnleggende prinsipper om betydningen av risikovurderinger i forsikringsvirksomhet, jf. lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. Den grunnleggende ideen i forsikring

er at man må skaffe seg forsikring *før* det oppstår forhold som innebærer en særlig risiko for omstendigheter som fører til utbetaling under den aktuelle forsikringen, og ikke *etter* at slike forhold er inntrådt. For øvrig er det først og fremst de offentlige ordningene som skal sikre den ønskede omfordelingen i samfunnet og den grunnleggende økonomiske tryggheten til de som rammes av sykdom og uførhet. Selskapene vil med forslaget derfor fortsatt kunne avslå forsikring ut fra risikovurderinger. Se nærmere nedenfor under kapittel 3 krav til risikovurderingen mv. i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikrings-selskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven).

Personer som for eksempel har en helsetilstand som medfører en særlig risiko for uførhet, og som selskapene i dag derfor ikke tilbyr uføreforsikring, vil ikke med lovforslaget få noen rett til å få forsikring med uføredekning. Disse vil imidlertid med forslaget få rett til en skikkelig skriftlig begrunnelse for nektelsen, rett til å bli opplyst om at de eventuelt kan søke om slik forsikring etter en viss tid eller hvis situasjonen endrer seg, rett til å bringe saken inn for Forsikringsklagekontoret for å prøve mer prinsipielle sider ved grunnlaget for nektelsen, og rett til at selskapet vurderer om de kan tilbys en mer begrenset dekning slik at man unngår totalt avslag.

I kapittel 4 i proposisjonen foreslår departementet regler om at selskapene må ha saklig grunn for å kunne avslå forsikring. Som saklig grunn anses at det foreligger en særlig risiko. Avslag på forsikring kan være av stor betydning for den det gjelder, og det er derfor ønskelig med lovregler som beskytter forsikringssøkerne mot vilkårlige og lite velgrunnede avslag på forsikring. Forslaget om krav til saklig grunn innebærer at selskapene må kunne dokumentere at det foreligger forsvarlige og relevante analyser av risikoen. Videre kreves det at det må være en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. Dette innebærer blant annet krav til sammenheng mellom statistiske analyser av risiko som legges til grunn for et avslag, og den konkrete saken hvor forsikring avslås, samt krav til at avslaget ikke må gå lenger enn den særlige risikoen tilsier.

Når det gjelder avslag som skyldes andre særlige forhold enn risikovurderinger, for eksempel at selskapet mistenker vedkommende for å ha forsøkt å svindle selskapet, krever forslaget at selskapene må vise at avslaget ikke kan regnes som urimelig overfor den enkelte.

Departementet anser det også nødvendig å sikre at de som nektes forsikring, gis en skikkelig begrunnelse for dette fra selskapets side. Det fore-

slås derfor regler med krav om skriftlig begrunnelse ved avslag på forsikring, jf. kapittel 5 i proposisjonen. Strengt krav til begrunnelse er også et egnet virkemiddel til å bevisstgjøre aktørene, og kan på den måten bidra til å forhindre vilkårlige forsikringsnektelser.

Det foreslås i tillegg regler om krav til begrunnelse fra selskapets side der forsikring ikke nektes, men tilbys til en særlig høy premie, jf. kapittel 6 i proposisjonen. Tilbud om forsikring til en særlig høy premie er som regel begrunnet i risikomesige forhold. I noen tilfelle kan den høye premien bety at forsikringssøkeren ikke har mulighet til å kjøpe forsikringen. Der den premien som tilbys, overstiger premien som normalt tilbys andre for den samme forsikringsytelsen, bør det derfor gjelde de samme kravene til begrunnelse som ved avslag på forsikring.

Reglene i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikrings-selskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) inneholder allerede et krav om at premien må stå i rimelig forhold til risikoen. Det er følgelig ikke behov for å innføre regler i forsikringsavtaleloven om premieberegningen. Selskapenes alminnelige premiedifferensiering basert på risiko omfattes derfor ikke av forslaget.

Forsikringsklagekontoret og Forsikrings-skadenemnda kan behandle saker om forsikringsnektelse, på samme måte som andre saker. Det er viktig at forsikringssøkerne er oppmerksom på denne muligheten. Det foreslås derfor at begrunnelsen ved forsikringsnektelse skal opplyse om reglene for nemndbehandling, jf. kapittel 7 i proposisjonen.

Forslagene om en innstramming av reglene om selskapets innhenting av taushetsbelagte opplysninger fra tredjepersoner, jf. kapittel 9, og om tidsfrist for hvor langt tilbake i tid selskapet kan be om helseopplysninger, jf. kapittel 8, følger opp forslagene i NOU 2000: 23 Forsikrings-selskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger. Når det gjelder selskapets innhenting av taushetsbelagte opplysninger fra tredjepersoner, foreslås en viss utvidelse av opplysningsplikten for helsepersonell i forbindelse med utstedelse av legeerklæringer mv. i § 15 i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Siktemålet med dette er å styrke forsikringstakerens kjennskap til eventuelle spesielt følsomme helseopplysninger som gis til forsikringsselskapet. Videre foreslår departementet å skjerpe kravene til samtykke når selskapet vil innhente taushetsbelagte opplysninger, og å styrke forsikredes innsyn i de opplysningene selskapet innhenter.

Det foreslås i kapittel 8 også enkelte andre regler på bakgrunn av NOU 2000: 23 med det for-

mål å klargjøre reglene om forsikringsselskapers innhenting av opplysninger – både ved inngåelse av forsikringsavtaler og ved et senere erstatningsoppgjør. Samtidig foreslår departementet i kapittel

10 en utvidelse i forsikringsselskapenes adgang til å påberope seg mangelfulle opplysninger. Det gjelder når sikrede grovt uaktsomt har forsømt sin opplysningsplikt ved avtaleinngåelsen.

2 Bakgrunnen for lovforslagene

2.1 NOU 2000: 23 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger

I oktober 1998 satte det daværende Sosial- og helsedepartementet ned et utvalg som skulle se nærmere på reglene om bruk av helseopplysninger i forsikringsforhold.

Utvalget fikk følgende mandat:

«Hovedmålet for utvalgets arbeid vil være å vurdere forsikringsselskaperenes adgang til å innhente, bruke og lagre helseopplysninger og livsstilsopplysninger som grunnlag for individuelle forsikringsavtaler, og å gi konkrete forslag til regulering. Dette innebærer blant annet:

- En kartlegging av dagens regelverk og praksis
- Innhenting av opplysninger om hvordan dette er regulert i sammenlignbare land
- Innhenting av opplysninger om internasjonalt arbeid på dette området - særlig innen EØS
- Vurdering av hvilke opplysninger om helse og livsstil som bør kunne gjøres tilgjengelig for og brukes av forsikringsselskaper som del av en avtale
- Vurdering av hvordan disse bør gjøres tilgjengelig
- Krav til forsikringstakerens samtykke og disposisjonsrett samholdt med og avveiet mot krav til helsepersonells selvstendige vurdering
- Vurdering av hvordan disse opplysningene bør oppbevares
- Vurdering av hvilke opplysninger som ikke bør gjøres tilgjengelig for forsikringsselskaper uavhengig av forsikringstakerens samtykke
- Vurdering av hvilke konsekvenser det bør få at forsikringsselskapet misligholder sine forpliktelser overfor forsikringstakerne
- Vurdere hvordan - og hvor - ovennevnte forhold bør reguleres, eventuelle lovvalg: næringslovgivning, avtalelovgivning, helselovgivning, personvernlovgivning

Mandatet bør også dekke spørsmålet om samarbeid mellom leger og forsikringsselskaper, og vil da også omfatte:

- Vurdering av forsikringsselskapers praksis ved bruk av sakkyndig lege i forbindelse med skadeserstatningssaker, herunder foreslå eventuelle tiltak som kan styrke forbrukernes tillit til samarbeidsformen mellom selskap og sakkyndig lege

Det kan i tillegg også bli aktuelt å vurdere andre aspekter og problemstillinger enn det som direkte kan utledes av mandatet.»

Utvalget hadde disse medlemmene:

- Professor dr. jur. Erik Røsæg, Universitetet i Oslo (leder)
- Professor dr. med. Christian F. Borchgrevink (oppnevnt etter forslag fra Norsk Pasientforening)
- Underdirektør Sigmund Eliassen, Statens helseilsyn (oppnevnt etter forslag fra Statens helseilsyn)
- Rådgiver Tom Eitvet, Landsforeningen for Trafikkskadde (oppnevnt etter forslag fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon)
- Avdelingsdirektør Øyvind Flatner, Finansnæringens Hovedorganisasjon (oppnevnt etter forslag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæringens Hovedorganisasjon)
- Sjefflege Kirsti Haakens, Rikstrykdeverket (oppnevnt etter forslag fra Rikstrykdeverket)
- Rådgiver Britt Jøsok, Datatilsynet (oppnevnt etter forslag fra Datatilsynet)
- Fagdirektør Marit Krohg, Storebrand / If (oppnevnt etter forslag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæringens Hovedorganisasjon)
- Daglig leder Ivar Sig. Larsen, Norsk Whiplashforbund (oppnevnt etter forslag fra Norsk Whiplashforbund)
- Rådgiver Lise Ljungmann, Kredittilsynet (oppnevnt etter forslag fra Finansdepartementet)
- Amanuensis Bente Ohnstad, Høgskolen i Lillehammer (oppnevnt som ressursperson)
- Professor dr. med. Ola Didrik Saugstad, Universitetet i Oslo (oppnevnt som ressursperson)
- Rådgiver Helga Skofteland, Forbrukerrådet (oppnevnt etter forslag fra Forbrukerrådet)

- Professor dr. med. Ole-Bjørn Tysnes, Haukeland sykehus (oppnevnt etter forslag fra Den norske lægeförening)
- Avdelingssjef Terje Vigen, Den norske lægeförening (oppnevnt etter forslag fra Den norske lægeförening)

Sekretærer for utvalget var Ann-Cathrin Marcusen og Cecilie Elisabeth Schjätvet.

Utredningen ble lagt fram 4. juli 2000 som NOU 2000: 23 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger.

Sosial- og helsedepartementet sendte utredningen på høring 4. desember 2000 til følgende adressater:

Departementene
 Datatilsynet
 Den norske kirke
 Forbrukerombudet
 Forbrukerrådet
 Kredittilsynet
 Likestillingsombudet
 Norges forskningsråd
 Regjeringsadvokaten
 Riksadvokaten
 Rikstrykdeverket
 Sametinget
 Statens eldreråd
 Statens helsetilsyn
 Statens Institutt for folkehelse (Folkehelsa)
 Statens tobakksskaderåd
 Statskonsult
 Trygderetten
 Tvistemålsutvalget
 Landets fylkeskommuner
 Landets fylkesleger
 Landets kommuner
 Landets pasientombud
 Landets sykehus
 Politiske partier
 Politiske partiers ungdomsorganisasjoner
 Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet
 Universitetet i Bergen, Det juridiske fakultet
 Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet
 Universitetet i Oslo, Det juridiske fakultet
 Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultet
 Universitetet i Tromsø, Det juridiske fakultet
 Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet
 Universitetet i Trondheim, Det juridiske fakultet
 Akademikernes fellesorganisasjon
 Bankklagenemnda
 Bioteknologinemnda
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin
 Den Norske Advokatforening
 Den Norske Aktuarforening

Den norske Dommerforening
 Den Norske Kreftforening
 Den norske lægeförening
 Den norske tannlegeforening
 Fagrådet for psykiatri
 Finansnæringens arbeidsgiverorganisasjon
 Finansnæringens Hovedorganisasjon
 Finansforbundet
 Forsikringsklagekontoret
 Forsikringsskadenemnda
 Forskningsstiftelsen Fafo
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
 Human-etisk Forbund
 Kommunenes Sentralforbund
 Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
 Landsforeningen for trafikkskadde
 Landsorganisasjonen i Norge
 Legemiddelansvarsforeningen
 Nevnden for helsebedømmelse
 Norges astma- og allergiforbund
 Norges Handikapforbund
 Norsk Pasientforening
 Norsk Pasientskadeerstatning
 Norsk psykologforening
 Næringslivets Hovedorganisasjon
 Rettspolitisk forening
 Rådet for Psykisk helse
 Senter for medisinsk etikk
 SINTEF Unimed
 Standardiseringsutvalget for medisinsk kvalifikasjon og kodeverk
 Stiftelsen for helsetjenesteforskning
 Trafikkforsikringsforeningen
 Verdikommisjonen
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

Høringsfristen var 1. mars 2001. Følgende høringsinstanser har svart at de ikke har merknader eller kommentarer til utredningen, eller at de ikke avgir realitetsuttalelse:

Finansdepartementet
 Fiskeridepartementet
 Justis- og politidepartementet
 Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet
 Kommunal- og regionaldepartementet
 Landbruksdepartementet
 Miljøverndepartementet
 Nærings- og handelsdepartementet
 Samferdselsdepartementet
 Utenriksdepartementet

Likestillingsombudet
 Norges forskningsråd
 Statens tobakksskaderåd
 Regjeringsadvokaten

Riksadvokaten

Agdenes kommune
Fylkeslegen i Akershus

Universitetet i Tromsø

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin
Den Norske Advokatforening
Forsikringsklagekontoret
Kommunenes Sentralforbund

Følgende instanser har avgitt realitetsuttalelse:
Arbeids- og administrasjonsdepartementet
Barne- og familiedepartementet
Forsvarsdepartementet

Datatilsynet
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Den norske kirke
Kredittilsynet
Rikstrykdeverket
Statens helsetilsyn
Statens Pensjonskasse
Trygderetten
Tvistemålsutvalget

Oppland fylkeskommune
Rogaland fylkeskommune
Troms fylkeskommune
Vest-Agder fylkeskommune
Østfold fylkeskommune
Fylkeslegen i Oslo
Oslo kommune
Randaberg kommune
Vennesla kommune
Ørsta kommune
Aker sykehus
Buskerud sentralsykehus
Diakonhjemmets sykehus
Haukeland sykehus
Innherred sykehus
Regionsykehuset i Trondheim
Ski sykehus
Sunnaas sykehus
Sykehuset Østfold
Ullevål sykehus

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet

Bioteknologinemnda
Den Norske Aktuarforening
Den norske lægeforening

Finansforbundet
Finansnæringens Hovedorganisasjon
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Landsforeningen for Hjerter- og Lungesyke
Landsforeningen for trafikkskadde
Landsorganisasjonen i Norge
Nevnden for helsebedømmelse
Norges Handikapforbund
Den norske Dommerforening
Norsk Pasientskadeerstatning
Næringslivets Hovedorganisasjon
To private trafikkskadde
Trafikkskaddes Landsforbund
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

I september 2002 ble ansvaret for de deler av utredningen som gjelder forsikringsavtaleloven, overført fra Sosial- og helsedepartementet til Justisdepartementet.

Forsvarsdepartementet, Oppland fylkeskommune, Østfold fylkeskommune, Oslo kommune, Vennesla kommune, Ørsta kommune, Innherred sykehus, Regionsykehuset i Trondheim, Ski sykehus og Sykehuset Østfold gir sin generelle støtte til utvalgets forslag.

Forbrukerrådet gir sin generelle støtte til forslagene og merknadene fra utvalgsmedlemmet Helge Skofteland (oppnevnt etter forslag fra Forbrukerrådet).

Finansnæringens Hovedorganisasjon uttaler at de generelt slutter seg til de enkelte merknader og synspunkter fra utvalgsmedlemmene Marit Krogh og Øyvind Flatner (begge oppnevnt etter forslag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæringens Hovedorganisasjon).

Utvalgets forslag i NOU 2000: 23 spenner over flere forskjellige rettsområder. Deler av utredningen er allerede fulgt opp. For andre delers vedkommende har det vist seg mer hensiktsmessig å se dem i en større sammenheng enn den rent forsikringsrettslige. De vil derfor ikke bli drøftet nærmere i denne proposisjonen.

Utvalgets forslag til regler om bruk av genetiske opplysninger i forsikringsforhold, jf. utredningen punkt 9.9 på side 66-74, anses for fulgt opp ved Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven), jf. punkt 5.11 s. 103-106 om forbud mot bruk av genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten. Det vises til lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) § 5-8 som forbyr bruk av genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten.

Utvalgets forslag om særskilte regler om oppnevning og bruk av sakkyndige (utredningen

kapittel 13 på side 84-115) vil bli fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet. I november 2005 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet etter samråd med Justisdepartementet et utvalg til å gjenomgå systemet med bruk av sakkyndigerklæringer som helsepersonell avgir til justissektoren. Utvalget skulle foreslå konkrete tiltak for å sikre god kvalitet og høy legitimitet. Utvalget avleverte sin utredning i mai 2006. Denne utredningen har vært på høring. Saken er nå til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

2.2 Høringsbrevet 31. mai 2005 med forslag om at forsikringsselskaper ikke uten saklig grunn skal kunne nekte en person forsikring på vanlige vilkår

Justisdepartementet sendte 31. mai 2005 ut et høringsbrev med forslag om at forsikringsselskaper ikke uten saklig grunn skal kunne nekte en person forsikring på vanlige vilkår. Om bakgrunnen for forslagene heter det i høringsbrevet:

«Under forberedelsen av lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler vurderte Forsikringsavtalelovutvalget å foreslå en regel om rett til forsikring etter mønster av den svenske konsumentforsikringslagen (lag 1980: 38) 9 §, som lyder:

«Ett försäkringsbolag får inte vägra en konsument att teckna en försäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten.

Första stycket gäller ej, om försäkringsbolaget med hänsyn till risken för försäkringsfall, den sannolika skadans omfattning eller annen omständighet har särskilda skäl att inte meddela försäkringen.»

Forsikringsavtalelovutvalget behandlet spørsmålet i NOU 1983: 56 Lov om avtaler om personforsikring, men fant ikke grunn til å foreslå noen alminnelig regel om rett til forsikring. Utvalget uttalte om dette (side 33):

«Utvalget har i sitt lovutkast gitt enkelte regler som inneholder elementer av rett til forsikring. Etter utkastets § 3-1 kan selskapet ikke avslå en søknad om forsikring av den grunn at den forsikredes helse er blitt forverret etter at søknaden om forsikring kom inn til selskapet. I nær sammenheng med denne bestemmelsen er i § 3-2 selskapet pålagt et visst ansvar for forsikringstilfelle som inntreffer etter at det har motatt en søknad om forsikring. § 3-10 pålegger selskapet å tilby forsikringstakeren en midlertidig risikodekning i forbindelse med tegningen av livsforsikring med kontantklausul. Se også

§§ 3-8, 3-9 og 10-7 som gir forsikringstakeren en viss rett til å fortsette et forsikringsforhold.

Utvalget finner imidlertid ikke grunn til å foreslå noen alminnelig regel om rett til forsikring etter mønster av § 9 i konsumäntforsikringslagen. Så langt utvalget kjenner til, har ikke usaklig nektelse av forsikring vært noe reelt problem her i landet. Hvor et selskap avslår en forsikring, vil dette være begrunnet i risikoopplysninger, at forsikringstakeren i tidligere forsikringsforhold har opptrådt svikaktig eller andre forhold som gjør avslaget saklig begrunnet. Slike omstendigheter ville også være avslagsgrunn etter § 9 annet ledd i konsumäntforsikringslagen. Dessuten gjør bestemmelsen i prisloven § 23 om nektelse av forretningsforbindelse at behovet for en lovfestet rett til forsikring er mindre i Norge enn i Sverige. Med hjemmel i denne bestemmelsen vil Priserådet kunne forby et forsikringsselskap å nekte å overta en forsikring hvis det finner at nektelsen vil skade almene interesser eller vil virke urimelig overfor forbrukeren.»

Spørsmålet om behovet for å innføre en slik alminnelig regel om rett til forsikring som utvalget vurderte i det siterte avsnittet over, står nå i en annen stilling enn det gjorde da det ble vurdert i forbindelse med vedtakelsen av forsikringsavtaleloven.

For det første skyldes det at prisloven § 23 er opphevet, uten å være erstattet av noen annen bestemmelse som på tilsvarende måte gir myndighetene anledning til å gripe inn overfor urimelige nektelser av å tilby forsikring. (Etter markedsføringsloven § 9 a kan imidlertid Forbrukerombudet gripe inn og forby urimelige forretningsvilkår, herunder vilkår som næringsdrivende setter for å kontrahere med en part, og etter forsikringsvirksomhetsloven §§ 7-6 og 7-7 finnes det også hjemmel for myndighetene til å forby urimelige vilkår i forsikring.) Det er redegjort nærmere for forskjellene mellom den tidligere § 23 i prisloven og dagens konkurranselovgivning i NOU 1994: 19 Finansavtaler og finansoppdrag side 111, og departementet viser til det som sies der om dette.»

Høringsbrevet ble sendt på alminnelig høring til følgende instanser:

Departementene
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Konkurransetilsynet
Kredittilsynet
Likestillingsombudet
Likestillingssenteret
Norges Bank
Norges Handelshøyskole

Regjeringsadvokaten
 Rikstrykdeverket
 Senter mot etnisk diskriminering
 Skattedirektoratet
 Statens Pensjonskasse
 Antirasistisk senter
 CEFOR
 Den Norske Advokatforening
 Den norske Dommerforening
 Den norske lægeförening
 Den norske revisorforening
 ECON
 Finansnæringens Hovedorganisasjon
 Forsikringsklagekontoret
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
 Gjeldsoffer-Alliansen
 Gjensidige NOR Forsikring
 Handelshøyskolen BI
 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon
 If Skadeforsikring
 Juridisk rådgivning for kvinner (JURK)
 Juss-Buss
 KLP Forsikring
 Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighetene
 Landsforeningen for trafikkskadde
 Landsforeningen Rettferd for Taperne
 Landsorganisasjonen i Norge
 Norges Handicapforbund
 Norges Juristforbund
 Norges Kreditorforbund
 Norsk Forsikringsjuridisk Forening
 Norske Forsikringsmegleres Forening
 Norske Inkassobyråers Forening
 Norske Pensjonskassers Forening
 Norsk senter for menneskerettigheter
 Næringslivets Hovedorganisasjon
 Organisasjonen mot offentlig diskriminering
 Rettspolitisk forening
 Sparebank 1 Forsikring
 Sparebankforeningen
 Trafikkforsikringsforeningen
 Universitetet i Bergen, Det juridiske fakultet
 Universitetet i Oslo, Det juridiske fakultet
 Universitetet i Tromsø, Det juridiske fakultet
 Vesta Forsikring
 Vital Forsikring
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

Følgende høringsinstanser har avgitt realitetsmerknader til forslaget:
 Barne- og familiedepartementet
 Finansdepartementet
 Helse- og omsorgsdepartementet
 Kommunal- og regionaldepartementet

Utenriksdepartementet
 Datatilsynet
 Forbrukerombudet
 Forbrukerrådet
 Kredittilsynet
 Likestillingsombudet
 Norges Bank
 Nordland Fylkeskommune
 Aller Internett
 CEFOR
 Finansnæringens Hovedorganisasjon
 Forsikringsklagekontoret
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
 Juss-Buss
 Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighetene (KIM)
 Kreftforeningen
 Landsorganisasjonen i Norge
 Norges Automobilforbund
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norske Pensjonskassers Forening
 Senter mot etnisk diskriminering

Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader til forslaget:

Arbeids- og sosialdepartementet
 Fiskeri- og kystdepartementet
 Forsvarsdepartementet
 Landbruks- og matdepartementet
 Miljøverndepartementet
 Moderniseringsdepartementet
 Nærings- og handelsdepartementet
 Olje- og energidepartementet
 Samferdselsdepartementet
 Konkurransetilsynet
 Regjeringsadvokaten
 Skattedirektoratet

Nesten alle høringsinstansene som har avgitt realitetsuttalelse, støtter forslaget. Ingen høringsinstanser går imot at det gis lovregler med krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse. Det reises imidlertid enkelte spørsmål om det nærmere innholdet i kravet til saklig grunn. Høringsinstanser innenfor området finans- og forsikring (*Finansdepartementet, Norges Bank, Finansnæringens Hovedorganisasjon og Kredittilsynet*) presiserer at det er vesentlig at selskapene kan legge risikobetraktninger til grunn for å nekte forsikring, og at risikobetraktninger som ligger innenfor forsikringsvirksomhetsloven 1988 §§ 7-6 og 7-7 (nå § 6-7 og §§ 9-3 og 12-1 i den nye loven om forsikringsvirksomhet, lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikrings-selskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven)) må regnes som saklige. Høringsin-

stanser som i denne sammenheng representerer grupper på forsikringstakersiden (*Barne- og familiedepartementet, Forbrukerombudet, Forbrukerrådet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Kreftforeningen*), etterlyser en nærmere regulering av kravet til saklig grunn i lovteksten. De enkelte høringsinstansenes kommentarer omtales nærmere nedenfor.

2.3 Representantforslag

I *Dokument nr. 8:71 (2004-2005)* fremmet stortingsrepresentantene Karita Bekkemellem Orheim, Knut Storberget og Gunn Karin Gjøl følgende forslag:

«1. Stortinget ber Regjeringen gjennomgå forsikringsselskaperes praksis med utarbeidelse av risikoopplysninger, som blir brukt blant annet for å gi avslag til søkere av ulike typer forsikring.

2. Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en vurdering av om det bør innføres en kontraheringsplikt, dvs. en lovfestet rett til å tegne forsikringsavtale.»

Om bakgrunnen for forslaget uttales i Dokument nr. 8: 71:

«Forslagsstillerne har merket seg saker der ulike forsikringsaktører har avvist foreldre som ønsker å forsikre sine barn. Ved flere tilfeller har personer blitt nektet forsikring. Eksempler på dette er barn med Downs syndrom eller ulike typer lese- og skrivevansker. Forslagsstillerne mener at dette er en svært uheldig utvikling. Forslagsstillerne synes at det er ille at enkelte forsikringsselskaper med dette sykeligjør og stigmatiserer en gruppe mennesker. Nektelsen synes i mange tilfeller sterkt usaklig. Forslagsstillerne viser til at det ikke finnes regler for hva forsikringsselskapene skal ta hensyn til når de vurderer om noen skal få forsikring eller ikke.

Forslagsstillerne mener at det skal sterke grunner til for å nekte forbrukere forsikring. Forholdet mellom forsikringsselskaper og forsikringstakere er regulert i lov 16. juni 1989 om forsikringsavtaler. Det er i dag ingen lovfestet plikt (kontraheringsplikt) for forsikringsselskaper til å tegne forsikringsavtaler. Dette har blitt vurdert tidligere under forberedelsen av den nåværende forsikringsavtaleloven, men ble avvist.

Forslagsstillerne mener at det er behov for å se nærmere på regelverket slik at det stilles strengere krav til avslag. Forslagsstillerne har merket seg at dette er ivaretatt i det svenske

lovverket. «Konsumentforsäkringslägen» inneholder en bestemmelse om rett til forsikring. Videre har den svenske regjeringen foreslått å utvide en slik rett til også å gjelde individuell personforsikring: livs-, sykdoms- og ulykkesforsikring. Dette betyr at forsikringsselskapene ikke kan nekte noen å tegne en forsikring som nevnt, om det ikke finnes spesielle grunner til dette. Om avslag gis, kan vedkommende få sin sak prøvd i retten. Bakgrunnen for dette er å beskytte brukerne.

Rett til forsikring ble drøftet i NOU 1983:56 Lov om avtaler om personforsikring (personforsikringsloven). Rett til forsikring ble ikke foreslått på bakgrunn av at usaklig nektelse av forsikring ikke ble vurdert som et problem i Norge. Det ble også henvist til risikoopplysninger og andre forhold som er av saklig karakter. Forslagsstillerne mener at dette har endret seg. Forslagsstillerne har også merket seg eksempler som handler om at forsikringsselskaper krever at barn av foreldre som for eksempel har bestemte sykdommer, må oppgi dette hvis de selv skal søke om ulike typer forsikring. Forslagsstillerne mener at det er behov for en grundig gjennomgang av forsikringsselskaperes utarbeidelse av risikoopplysninger og deres avslag, på bakgrunn av disse opplysningene for søknader om blant annet livsforsikring.»

Dokument nr. 8:71 (2004-2005) ble drøftet i Innst. S. nr. 219 (2004-2005), der justiskomiteen uttalte:

«Komiteen er kjent med at forsikringsselskapene opererer med en ulik praksis mht. hvordan de behandler sine kunder. Ikke minst gjelder dette i forhold til adgangen til å avvise kunder og foreta innhenting av bakgrunnsinformasjon.

Komiteen har forståelse for at noen føler dette urettferdig, men ser samtidig at forsikringsselskapene har behov for å sjekke enkelte forhold vedrørende sine kunder. Siden en forsikring er basert på en gjensidig frivillig avtale mellom to parter, mener komiteen at dette er en del av en prosess hvor begge er avhengige av å finne frem til en avtale med den andre på akseptable vilkår.

Komiteen vil på denne bakgrunn støtte forslag nr. 1 fra representantene Bekkemellem Orheim, Gjøl og Storberget fremsatt i Dokument nr. 8:71 (2004-2005).

Vedrørende forslag nr. 2 fra de samme representanter mener komiteen at ordlyden i forslaget er for vagt.

Komiteen fremmer derfor følgende alternative forslag:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av konsekvensene ved innføring av kontraheringsplikt.»

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Arbeiderpartiet, vil samtidig fremholde at dette ikke betyr at flertallet har tatt stilling til om hvorvidt en slik mulig kontraheringsplikt bør innføres, og at flertallet vil komme tilbake med sitt syn på dette etter at Regjeringen har gjennomgått konsekvensene av en slik ordning.»

På denne bakgrunn gjorde Stortinget følgende vedtak (vedtak nr. 419, 6. juni 2005):

«I

Stortinget ber Regjeringen gjennomgå forsikringsselskapenes praksis med utarbeidelse av risikoopplysninger, som blir brukt blant annet for å gi avslag til søkere av ulike typer forsikring.

II

Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av konsekvensene ved innføring av kontraheringsplikt.»

Fra Justisdepartementets brev 29. april 2005 til justiskomiteen hitsettes:

«Jeg viser til justiskomiteens brev 28. april 2005 med vedlagt Dok.nr.8:71 (2004-2005) - med forslag i to punkter fra stortingsrepresentantene Karita Bekkemellem Orheim, Knut Storberget og Gunn Karin Gjul om rett til å tegne forsikring.

Forslagets første punkt gjelder forsikringsselskapenes praksis med å be om opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen. Selskapenes praksis på dette området er regulert i flere lovbestemmelser. Jeg vil først vise til forsikringsavtaleloven (lov 16. juni 1989 nr. 69) § 13-1, som åpner for at forsikringsselskapene kan be om opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen i forbindelse med tegningen av en personforsikring. Forsikringskunden har etter bestemmelsen plikt til å gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. Forsikringstakerne skal også uoppfordret gi opplysninger om «særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen». Når det gjelder bruk av genetiske opplysninger, følger det imidlertid begrensninger av lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m § 5-8, som setter forbud mot bruk av genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten.

Den nevnte bestemmelsen i forsikringsavtaleloven § 13-1 må ses i sammenheng med forsikringsvirksomhetsloven (lov 10. juni 1988 nr. 39) § 7-6, som pålegger forsikringsselskapene å fastsette premier som «står i rimelig forhold til

den risiko som overtas og i forhold til selskapets økonomi». Innholdsmessig foreslås denne bestemmelsen videreført som § 12-1 i det forslag til ny lov som Stortinget for tiden har til behandling, jf Ot.prp. nr. 68 (2004-2005).

Det andre forslaget går ut på å be regjeringen vurdere om det bør innføres en kontraheringsplikt, det vil si en lovfestet rett til å tegne en forsikringsavtale. Når man i forsikringsjuridisk sammenheng bruker begrepet «kontraheringsplikt», taler man vanligvis om et krav til saklig begrunnelse for å nekte å tilby forsikring. Jeg kan opplyse om at dette spørsmålet allerede er til vurdering i departementet, og at jeg har håp om å kunne sende ut et høringsbrev i løpet av mai måned.»

Med proposisjonen her følger departementet opp dette vedtaket fra Stortinget. Det vises også til Vedlegg 1, brev 5. november 2007 fra Kredittilsynet hvor det redegjøres for forsikringsselskapenes praksis med utarbeidelse av risikoopplysninger som kan føre til avslag på forsikringsøknad.

I *Dokument nr. 8:36 (2006-2007)* fremmet stortingsrepresentantene Lars Sponheim, Trine Skei Grande og Gunvald Ludvigsen følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen innføre et forbud mot bruk av opplysninger i pasientjournaler til kommersielle aktører som f.eks. forsikringsselskaper.

Stortinget ber samtidig Regjeringen utrede og legge til rette for at nødvendige helseopplysninger gis i særskilt erklæring.»

Om bakgrunnen for forslaget uttales i Dokument nr. 8: 36:

«Forslagsstillerne er bekymret for et vedvarende, økende press for å gjøre det enklere å samle, bruke og oppbevare personopplysninger om helse. Særlig gjelder dette forhold knyttet til private, kommersielle interesser som forsikringsselskaper.

Når man i dag undertegner en søknad om helseforsikring, samtykker man samtidig til at forsikringsselskapet får tilgang til pasientjournalen, eller til å spørre fastlegen om hvilke sykdommer den enkelte har hatt. Forsikringsselskapene får vide fullmakter gjennom samtykkeerklæringene. Selskapet kan bruke journalinformasjonen til å nekte folk full forsikring, eller gi avkorting av beløpet. Kommersielle aktører har selvfølgelig et behov for informasjon for å kunne gi forsikring, men forslagsstillerne mener at det må skje under forhold som i større grad ivaretar personvernet og en helhetsvurdering av pasientenes helse.

Det er etter forslagsstillerens mening svært betenkelig at pasienter ikke kan ha trygghet for

at fortrolig informasjon forblir mellom lege og pasient. Det er avgjørende at helsevesenet har tillit i befolkningen. Engstelse og utrygghet kan oppstå når opplysninger som er gitt i fortrolighet til helsepersonell, blir viderefremmet til en kommersiell aktør uten at pasienten selv har kontroll.

Problemstillingen gjelder også i erstatningssaker. Pasientopplysninger tolkes på en måte som kan forkorte erstatning ved for eksempel bilulykker og lignende. Hvis pasienter tidligere har hatt problemer med for eksempel hodepine eller psykiske plager, kan dette fortolkes som en permanent lidelse av forsikringsselskapet, til tross for at legen kan mene noe annet.

Det blir vanligere og vanligere å skaffe seg livsforsikringer og helseforsikringer. Det er etter forslagsstillernes mening svært betenkelig at et stort antall instanser, også kommersielle, skal ha tilgang til private opplysninger om oss. Koblingen mellom kommersielle interesser og sensitive personopplysninger er svært problematisk.»

Dokument nr. 8:36 (2006-2007) ble drøftet i Innst. S. nr. 187 (2006-2007), der justiskomiteen uttalte:

«Komiteen viser til at det fremlagte forslaget reiser en rekke prinsipielle problemstillinger med til dels kryssende hensyn. Komiteen understreker behovet for at det skjer en bred gjennomgang av forholdet mellom forsikringsbransjens behov for informasjon og den enkeltes personvern. Komiteen viser i denne sammenheng til statsrådets svarbrev til komiteen (jf. vedlagte brev av 9. februar 2007) og statsrådets henvisning til forsikringsloven § 12-1 hvor det fremgår at premietariffene skal utformes slik at det ikke skjer forskjellsbehandling mellom produkter, produktkombinasjoner eller kundegrupper. Komiteen støtter statsrådets tilnærming til spørsmålet og anbefaler at forsla-

get vedlegges protokollen i påvente av Regjeringens varslede lovproposisjon i løpet av 2007.»

Fra Justisdepartementets brev 9. februar 2007 til justiskomiteen siteres:

«Når det gjelder forsikringsselskapers bruk av personopplysninger, står forsikringsmessige interesser mot personverninteressene. Et forsikringsselskap kan ha behov for visse helseopplysninger om forsikringssøkeren for å kunne vurdere risikoen, samtidig som at forsikringssøkeren skal være beskyttet mot en krenkelse av sitt personvern.

Selskapenes praksis på dette området er regulert i flere lovbestemmelser. Jeg vil først vise til forsikringsavtaleloven (lov 16. juni 1989 nr. 69) § 13-1, som åpner for at forsikringsselskapene kan be om opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen i forbindelse med tegningen av en personforsikring. Forsikringskunden har etter bestemmelsen plikt til å gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. Forsikringstakerne skal også uoppfordret gi opplysninger om «særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen». Det gjelder lignende regler om opplysningsplikten ved et erstatningsoppgjør, jf. forsikringsavtaleloven § 18-1.

Den nevnte bestemmelsen i forsikringsavtaleloven § 13-1 må ses i sammenheng med forsikringsloven (lov 10. juni 2005 nr. 44) § 12-1, som pålegger forsikringsselskapene å fastsette premier som «står i rimelig forhold til den risiko som overtas og de tjenester som ytes». Bestemmelsen pålegger videre forsikringsselskapene å fastsette premier som er «betryggende ut fra selskapets økonomi». Premietariffene må utformes slik at det ikke vil skje «urimelig forskjellsbehandling mellom produkter, produktkombinasjoner eller kundegrupper».

3 Forholdet til reglene om risikovurderinger mv. i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven)

En forsikringsavtale innebærer en risikooverføring fra den som tegner forsikring til forsikringsselskapet. Forsikringstakeren overfører usikkerheten knyttet til om en risiko vil inntreffe (eksempelvis ved uføreforsikring) eller når den vil inntreffe (livsforsikring). Forsikringsselskapet påtar seg en rekke tilsvarende risikoer fra andre forsikringstakere. Til sammen oppnås på denne måten en risikoutjevning. Statistisk sett vil enkelte av avtalene innebære erstatningsutbetalinger. Det skal likevel ikke være flere enn at utbetalingene dekkes gjennom innbetaling av premie fra forsikringstakerne i samme risikogruppe. Mens den enkelte forsikringsavtalen representerer en sikkerhet for den enkelte, utgjør dermed forsikringskollektivet sikkerheten for selskapet. I tillegg skal premien dekke selskapets administrative kostnader og lignende.

Forsikringsavtaleloven regulerer spørsmål knyttet til inngåelsen av forsikringsavtalen, oppsigelse av forsikringsavtalen, forutsetninger for selskapets ansvar, erstatningsoppgjøret mv. Forsikringsavtaleloven skiller mellom skaldeforsikring og personforsikring. Skadeforsikring er forsikring mot skade på eller tap av ting og andre verdier, samt forsikring mot ansvar eller kostnader og lignende, typisk vanlig hjemforsikring og bilforsikring, se forsikringsavtaleloven § 1-1. Personforsikring er livsforsikring, ulykkesforsikring og sykeforsikring, jf. forsikringsavtaleloven § 10-1. (Spørsmål knyttet til helseopplysninger er først og fremst relevant for personforsikringene.)

Forsikringsselskapenes organisering og virksomhet er regulert i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven). Forsikringsloven inneholder ikke regler om krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse eller nærmere regler om selskapenes innhenting av opplysninger i forbindelse med tegning av forsikring. Loven inneholder imidlertid generelle krav til vilkår, premier og risikovurderinger, som er relevante for forslagene i pro-

posisjonen her. Justisdepartementet legger i proposisjonen her til grunn at reglene i forsikringsavtaleloven om forholdet mellom selskapet og forsikringstakerne må utformes innenfor de rammene som er nedfelt i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) (men bemerker samtidig at disse rammene gir rom for et visst skjønn). Videre må det unngås en dobbeltregulering som vil inntreffe om det gis regler i forsikringsavtaleloven om forhold som allerede er regulert i forsikringsloven.

Etter forsikringsloven § 6-7 gjelder for det første et generelt krav til at «et forsikringsselskap skal benytte forsikringsvilkår som er rimelige og betryggende». Kredittilsynet skal føre kontroll for å påse at de vilkårene som tilbys, er i samsvar med dette, og kan forby bruk av ubetryggende eller urimelige vilkår. Bestemmelsen viderefører § 7-7 i den tidligere forsikringsvirksomhetsloven av 1988.

Forsikringsloven setter i § 9-3 femte ledd krav til utformingen av selskapets premietariffer for livsforsikring, bl.a. for å sikre at premiene vil stå i et rimelig forhold til den risiko som overtas. Bestemmelsen lyder:

«Ved utformingen av pristariffene skal selskapet sørge for at:

a) selskapets premier vil stå i rimelig forhold til den risiko som overtas og de tjenester som ytes,

b) selskapets premier vil være tilstrekkelige til å gi sikkerhet for at forpliktelsene etter inngåtte kontrakter blir oppfylt, og vil være betryggende ut fra selskapets økonomi, og

c) det ikke vil skje urimelig forskjellsbehandling mellom produkter, produktkombinasjoner eller kundegrupper.»

Etter § 9-6 annet ledd skal Kredittilsynet føre kontroll for å påse at premier som benyttes, er i samsvar med reglene i § 9-3.

Tilsvarende regler gjelder for skadeforsikring etter § 12-1, som lyder:

«Et skadeforsikringsselskap skal benytte premier som står i rimelig forhold til den risiko som overtas og de tjenester som ytes.

Selskapets premier skal være tilstrekkelige til å gi sikkerhet for at forpliktelsene etter inngåtte kontrakter blir oppfylt og skal være betryggende ut fra selskapets økonomi.

Selskapet skal påse at premietariffene utformes slik at det ikke vil skje urimelig forskjellsbehandling mellom produkter, produktkombinasjoner eller kundegrupper.

Kredittilsynet skal føre kontroll for å påse at de premier som benyttes er i samsvar med reglene i første til tredje ledd. Kongen kan forby bruk av premier som Kongen finner er ubetryggende eller urimelige.»

Bestemmelsene i §§ 12-1 og 9-3 femte ledd viderefører § 7-6 i forsikringsvirksomhetsloven 1988.

Kravet om at premien skal stå i et rimelig forhold til risikoen, innebærer for det første at premien ikke skal være vesentlig lavere enn det risikoen tilsier. Dette har sammenheng med at det er nødvendig at premiene er tilstrekkelig høye til at selskapene kan dekke sine forpliktelser. Videre innebærer kravet til forholdsmessighet mellom premie og risiko at det ikke skal tas en vesentlig høyere premie enn det risikoen tilsier. Dette har blant annet sammenheng med at forsikring er et produkt som selges i et marked, basert på individuelle kost-nyttevurderinger hos kundene. Forsikring skiller seg derved prinsipielt fra trygdesystemet, som er en obligatorisk ordning der alle må være med, og der formålet er en samfunnsmessig utjevning. Markedet (forsikringskundene) antas generelt å være lite innstilt på å betale en premie som er vesentlig høyere enn det den risikoen som de selv representerer, skulle tilsi, for å finansiere forsikring av grupper av forsikringstakere med en betydelig høyere risiko. Man antar på denne bakgrunn at forsikringssystemet ikke ville fungere, som en frivillig ordning i et marked, om det skulle baseres på den samme typen utjevningstankegang som trygdesystemet er basert på. Utvalget drøfter dette i NOU 2000: 23 på side 33 under punkt 6.1.1, som følger:

«Et grunnleggende hensyn i forsikring er at det skal være samsvar mellom premie og den risikoen selskapet løper (se ovenfor 4). Sett fra kundens side er dette et spørsmål om det er samsvar mellom den premien som betales og den sjansen vedkommende har for å få en utbetaling fra selskapet etter forsikringsavtalen. Prisen skal med andre ord ikke være verken for høy eller for lav. Premien for en livsforsikring for en trettiåring skal slik sett være forskjellig fra den premien som en sekstiåring må betale,

fordi sjansen for at et dødsfall skal inntre er vesentlig forskjellig for de to.

I sammenheng med helseopplysninger til forsikringsselskaper taler dette hensynet for at i den grad helseopplysninger er relevante for å vurdere selskapenes risiko og premie, bør slike opplysninger kunne kreves. Bare om selskapet får vite om en forsikringssøker har en særlig risiko for sykdom eller ikke, vil det være mulig å oppnå et samsvar mellom premie og risiko. Men prinsippet gir ikke grunnlag for å kreve helseopplysninger som ikke er relevante for å bedømme fremtidig risiko.

Fullt ut er det vel ingen som tenker seg at premien skal samsvare med risikoen på individnivå. I forsikring har en alltid operert med ganske grove risikogrupper. Særlig før har dette vært en dyd av nødvendighet: Det har ikke vært mulig å beregne risikoen helt nøyaktig, og derfor heller ikke en premie som svarer helt til risikoen. Men ettersom en i fremtiden ser muligheten for en enda mer nøyaktig risikoberegning, for eksempel når det gjelder helseforhold ved hjelp av analyser av genmaterialet, kan gruppene om ønskelig gjøres mindre. Ved å benytte eller ikke benytte denne muligheten, har en da muligheten til å velge om forsikring skal innebære en viss grad av bevisst omfordeling av goder: De med best helsemessig prognose vil i så fall i noen grad subsidiere de med dårligst prognose. Dette synet går altså mye lenger enn risikoutjevning mellom medlemmer i tilnærmet samme risikogruppe.

Den mest ytterliggående varianten av omfordelingssynspunktet finner en i trygdesystemet. Her er alle med og betaler premie etter de samme regler, uansett hvilken risiko deres helsetilstand måtte representere når det gjelder utbetalinger. Det spørres derfor ikke en gang etter helseopplysninger. Men i et frivillig system, som forsikring i Norge i dag, vil dette trolig skremme bort de som mener de har minst helserisiko og trekke til seg de med høy risiko. Det meste av det de med minst helserisiko betaler, vil jo måtte gå til å subsidiere andre. Det blir da, basert på synet om bevisst omfordeling av goder, om å gjøre å finne et balansepunkt, der det er en passe grad av omfordeling. Premien må samsvare med risikoen på den måten at forsikringskunden ikke føler at de betaler en overpris. Men på den andre siden må samsvaret mellom premie og risiko ikke bli så rigid at det overhodet ikke er noen spredning av risiko forsikringskunder imellom.

I samband med helseopplysninger innebærer prinsippet om en passe grad av omfordeling at de beregninger som ligger til grunn for selskapenes beregning av premie på grunnlag av

helse- og livsrisiko ikke bør være altfor finmaskede. Dette trekker igjen i retning av at de helseopplysninger som innhentes, ikke skal være altfor detaljerte.

En konsekvens av tankegangen her er at det ikke er naturlig å se spørsmålet om helseopplysninger bare som et spørsmål om forholdet mellom den enkelte kunde eller forsikrede og selskapet. Helseopplysninger er også nødvendig av hensyn til de øvrige forsikringstakere for å sikre en passe grad av omfordeling. Uten slike opplysninger vil de med best helse kunne komme til å subsidiere de med dårligst helse i en slik utstrekning at de ikke finner forsikring regningssvarende. Dette er uheldig for dem, fordi de må sikre seg på annen måte enn ved forsikring. Men det ville også være uheldig for forsikringssystemet som helhet, fordi det ikke blir særlig rom for omfordeling om bare de med dårligst prognose ser seg tjent med forsikring.»

Som utvalget her gir uttrykk for, innebærer forsikring en risikoutjevning mellom forsikringskundene, ved at fellesskapet av forsikringskunder finansierer utbetalingene. Synspunktet som ligger bak lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 9-3 femte ledd og § 12-1 om forholdet mellom premie og risiko, er at risikoutjevningen i forsikring skal skje innenfor atskilte grupper der kundene innenfor hver gruppe risikomessig er relativt like. I forarbeidene til forsikringsvirksomhetsloven 1988 drøftes dette nærmere. Det uttales der at hovedsynspunktet er at de enkeltrisikoen som slås sammen til felles premiekalkulasjon, bør være såpass ensartede at ingen subsidiering av betydning innenfor gruppen forutsettes. I Ot.prp. nr. 42 (1986-87) uttales nærmere om dette på side 118:

«Harlem-utvalget gir i motivene uttrykk for det syn at premier fra en bransje eller større forsikringstakergruppe over tid ikke skal subsidiere en annen. Etter Departementets syn bør skadeforsikringspremier til enhver tid kalkuleres slik at ingen subsidiering forutsettes. Dette bør gjelde ikke bare i forholdet mellom hele forsikringsbransjer eller i større forsikringstakergrupper. Det bør i prinsippet gjelde for hver enkelt risiko. Ingen risiko bør fungere som melkeku, heller ikke på kort sikt.

Et slikt prinsipp vil ikke være til hinder for premiekalkulasjon på massebasis, f. eks. i forbrukerforsikring. Men de enkeltrisikoen som slås sammen til felles premiekalkulasjon bør være såpass ensartede at ingen subsidiering av betydning innenfor gruppen forutsettes.

Departementet vil tilføye at undertariffering i skadeforebyggende øyemed selvsagt bør aksepteres. Premiereduksjoner pga. sikrings tiltak i bedrifter mv. bør kunne være uforholdsmessig store, særlig dersom det gjelder tiltak for å forebygge personskader. Gode sikringstiltak bør oppmuntres gjennom lave forsikringspremier, selv om dette fører til at andre risikoen belastes noe høyere premier enn strengt tatt korrekt.»

Reguleringen av forholdet mellom premie og risiko i §§ 9-3 og 12-1 i forsikringsloven gjelder ikke direkte spørsmålet om avslag på forsikring. Selskapene kan i utgangspunktet påta seg enhver form for risiko, så lenge premien står i et rimelig forhold til risikoen. I noen tilfelle er det imidlertid ikke mulig for selskapene å beregne en riktig premie. Det kan tenkes at forsikringssøkeren representerer en så spesiell risiko at selskapet ikke er i stand til å bedømme denne, eller at selskapet av andre grunner ikke har tilstrekkelig informasjon til å bedømme risikoen. I slike tilfelle kan forsikringslovens regler tenkes å være til hinder for at selskapet kan tilby forsikring.

Videre kan det tenkes at forsikringssøkeren representerer en så høy risiko at en korrekt premie måtte bli så høy at den ville nærme seg den eventuelle forsikringssummen. Her mister forsikringen sin funksjon, og selskapene vil i en slik situasjon nekte forsikring fremfor å tilby forsikring til en slik premie. Forsikringslovens regler vil antakelig være til hinder for at selskapet i en slik situasjon likevel tilbyr forsikring til en betydelig lavere premie, og i stedet utjevner dette gjennom å øke premien til andre forsikringstakere. Man kan for eksempel tenke seg en gruppe forsikringstakere som er i en helsemessig situasjon som medfører en meget høy risiko for uførhet. I slike tilfelle kan forsikringsloven tenkes å være til hinder for at selskapet likevel tilbyr forsikring med uføredekning til denne gruppen, til en lavere premie enn det risikoen skulle tilsi, og i stedet dekker inn denne risikoen gjennom å øke premienivået for andre forsikringstakere. Den nærmere grensen for når forsikringsloven nødvendiggjør en forsikringsnektelse, og hva som ligger innenfor spillerommet for selskapenes vurdering av risikoen, er imidlertid ikke klar.

Utgangspunktet for tolkingen er her uttalelsene over fra Ot.prp. nr. 42 (1986-87) om at risikoen innenfor en gruppe bør være såpass ensartede at ingen subsidiering av betydning innenfor gruppen forutsettes, og tilsvarende at det ikke skal skje en subsidiering mellom ulike grupper. Det vil med dette utgangspunktet være opp til Kredittilsynet i

det enkelte tilfellet å vurdere hvor langt forsikringsloven tillater subsidiering mellom ulike grupper av forsikringstakerne, ut fra de hensyn som lovens regler om forholdet mellom premie og risiko er ment å ivareta.

For å kunne oppfylle kravene i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) om forholdet mellom premie og risiko må forsikringsselskapene innhente nærmere opplysninger om forhold som de anser er av en slik betydning for risikoen at det må tas hensyn til dette ved premieberegningen. Reglene om forholdet mellom premie og risiko i forsikringsloven må på denne bakgrunn ses i sammenheng med regler i forsikringsavtaleloven om sikredes plikt til å gi opplysninger om risikoen. Etter forsikringsavtaleloven § 4-1 (skadeforsikring) og § 13-1 (personforsikringer) kan selskapet i forbindelse med inngåelsen eller fornyelsen av en forsikringsavtale be om opplysninger om forhold som kan være av betydning for risikoen. Forsikringstakeren plikter å gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. Videre skal forsikringstakeren av eget tiltak opplyse selskapet om særlige forhold som han eller hun må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen. Konsekvensene av at sikrede ikke oppfyller sin opplysningsplikt, er at selskapets ansvar kan settes ned, og at selskapet kan si opp forsikringen, jf. forsikringsavtaleloven §§ 4-2 til 4-4 og §§ 13-2 til 13-4.

Forsikringsselskapenes praksis når det gjelder risikovurderingene ved personforsikringer, herunder inndelingen av forsikringstakerne i ulike risikogrupper og betydningen av innhenting av risikoopplysninger om den enkelte forsikrings søkeren, beskrives som følger i NOU 2000: 23 side 18 flg. i punkt 4.1.2:

«I tillegg til en risikobedømming på individuell basis foretar forsikringsselskapene en risikovurdering i forbindelse med fastsettelsen av premietariffen for det enkelte forsikringsprodukt. Risikovurderingen som er beskrevet ovenfor blir altså delt i to. Først lages det en premietariff basert på statistikk om død, uførhet og liknende i vedkommende marked. Deretter vurderes den enkelte forsikringssøker med hensyn til om hans eller hennes risiko avviker vesentlig fra premietariffens bestemmelser.

I premietariffen inngår forutsetninger om sannsynligheten for død og uførhet hentet fra statistikk og generell erfaring i det markedet forsikringen skal tegnes. Disse forutsetningene vil avhenge av kundenes helsetilstand,

bosted, alder med videre. I disse tallene legges det inn sikkerhetsmarginer, idet de forsikringstakerne som velger å kjøpe et bestemt forsikringsprodukt sjelden vil være lik den gruppe av befolkningen som statistikken er basert på. Normalgruppen i premietariffen vil som regel være relativt stor innenfor den målgruppen som forsikringsproduktet har. Dette er for å sikre forsikringsproduktet tilstrekkelig salgbarhet.

Når en forsikring skal tegnes, fastsettes premie og vilkår for den enkelte kontrakt med utgangspunkt i premietariffen. Forsikringsselskapet foretar en vurdering av om den enkelte kunde faller innenfor de forutsetninger som er gjort i premietariffingen for forsikringsproduktet, eller om forsikringsselskapet antar at vedkommende har en høyere risiko enn normalgruppens. Dersom det dreier seg om forsikring der utbetalingene avhenger av en bestemt persons liv eller helse, vil helseopplysninger være relevante i denne risikovurderingen. Utvalgets mandat omfatter forsikringsselskapers bruk av helseopplysninger i denne sammenhengen.

(...)

Det er opp til selskapet å vurdere hvor stor overdødeligheten skal være for at det skal forlanges tilleggspremie, og på hvilke trinn høyere tilleggspremie kan kreves, eller forsikring avslås. I Norge skal det en del til for at det beregnes tilleggspremie i livsforsikring, sjelden under 50 %, men undertiden over.

På tilsvarende måte som en behandler overdødelighet i livsforsikring, kan en behandle forhøyet sannsynlighet for sykdom, uførhet eller andre forhold det tegnes forsikring mot. I alle tilfeller må det fastsettes hvor stor risikoen skal være før det skal forlanges tilleggspremie. Grensene for når det tas tilleggspremie kan variere.»

På side 21 i punkt 4.2 uttaler utvalget videre:

«Den viktigste tilsynsmyndigheten er Kredittilsynet. Forsikringsvirksomhet i Norge krever i regelen konsesjon fra tilsynet. Tilsynet skal blant annet påse at premiene er tilstrekkelige til å oppfylle inngåtte forsikringsavtaler, og at de står i et rimelig forhold til den risiko som overtas og selskapets økonomi (forsikringsvirksomhetslovens § 7-6). Det skal videre påse at det benyttes forsikringsvilkår som er rimelige og betryggende (forsikringsvirksomhetslovens § 7-7). Dette innebærer at det er en lovpålagt plikt for selskapene til å vurdere risikoen som forsikringssøkere representerer før de inngår en individuell avtale om for eksempel livsforsikring, slik at forsikringen kan fungere i

samsvar med den grunnleggende ideen som er skissert ovenfor i 4.1.»

Når det gjelder selskapenes behov for å innhente helseopplysninger for å kunne bedømme risikoen, slik de plikter å gjøre etter forsikringsloven § 9-3 femte ledd, uttaler utvalget i NOU 2000: 23 punkt 9.1.1 side 50:

«Grunnen til at selskapene ber om helseopplysninger ved tegning, har sammenheng med den lovbestemte plikten til å påse at premiene står i forhold til risikoen (ovenfor i 4.2). En ønsker

- balanse mellom pris (premie) og risiko i den enkelte kontrakt
- å bevare selskapets solvens og soliditet over tid
- at det ikke skal bli mer attraktivt for personer med høy helserisiko å tegne forsikring enn det er for andre og
- at personer med normal eller ekstra god helserisiko skal få tegnet forsikring uten å belastes med ekstra premie for høye helserisikoer

Grunnen til at en kan ønske å begrense selskapenes adgang til å be om slike opplysninger, kan blant annet være personvern hensyn og en rett til å holde seg uvitende om egne risikoforhold.

(...)

Når helseopplysninger er innhentet, kan selskapet konkludere med at risikoen ved forsikringssøkeren er normal eller bedre. I så fall tilbys forsikring på vanlige vilkår. Er risikoen større enn normalt, kan forsikringen avslås helt, eller det kan kreves en tilleggspremie. I noen bransjer tilbyr en også forsikring med unntak (reservasjon) for forhold som gjør at risikoen anses høyere enn normalt – for eksempel reservasjon for ryggrelaterte plager i uføreforsikring.»

Som det fremgår over, er opplysningsplikten av grunnleggende betydning for at selskapene skal kunne oppfylle kravene til risikovurderinger og premiefastsettelsen i lov 10. juni 2005 nr. 44 om for-

sikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven).

I NOU 2000: 23 forslås det likevel regler som begrenser hvilke helseopplysninger selskapene kan kreve av forsikringssøkeren. Reglene om hvilke opplysninger selskapene kan kreve må imidlertid etter departementets syn ses i sammenheng med de risikovurderingene og den premiedifferensieringen ut fra risiko som forsikringsloven legger opp til. Selv om et forhold ikke innebærer en slik risiko at det bør kunne begrunne en forsikringssnektelse, kan selskapene likevel ha legitim grunn til å legge vekt på det aktuelle forholdet i premieberegningen. Med forslaget om å begrense opplysningsplikten vil utvalget blant annet hindre at selskapenes inndeling i risikogrupper med tanke på premiefastsettelsen, blir for finmasket, jf. punkt 9.4.2 på side 57 i utredningen. Spørsmålet om inndelingen i risikogrupper hører til de forhold som forsikringsloven § 9-3 femte ledd og § 12-1 skal regulere. (Se nærmere om disse reglene over.) En vurdering av endringer i disse grunnleggende prinsippene for forsikringsvirksomhet bør etter departementets syn eventuelt skje med utgangspunkt i reguleringen av dette i forsikringsloven, og ikke gjennom regler i forsikringsavtaleloven om hva selskapene kan kreve av opplysninger. Det vil gi liten sammenheng og konsekvens i systemet om man i forsikringsavtaleloven skulle begrense selskapenes mulighet til å innhente opplysninger som selskapene etter forsikringslovens system skal eller kan legge vekt på i premiedifferensieringen mellom ulike risikogrupper.

Utvalget mener i NOU 2000: 23 at den enkelte forsikringstakers rettsstilling generelt sett kan og bør styrkes i denne forbindelse. Departementet enig i det. Dette drøftes nærmere nedenfor i kapittel 9. Plikten til å gi helseopplysninger ved tegning av forsikring har også en side til den enkeltes personvern.

Departementet viser forøvrig til fremstillingen i NOU 2000: 23 kapittel 4, side 17 følgende, om forsikring i Norge i dag, som gir nærmere bakgrunn om forsikring generelt.

4 Krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse (partiell kontraheringsplikt)

4.1 Rettstilstanden i andre nordiske land

Lovgivningen om forsikringsavtaler bygger på nordisk samarbeid, uten at man nå kan si at det foreligger enslydende (uniforme) lover i de nordiske land. Om det nordiske lovsamarbeidet ved utformingen av forsikringsaftaleloven vises til NOU 1983: 56 Lov om avtaler om personforsikring side 22-23, NOU 1987: 24 Lov om avtaler om skadeforsikring s. 20 og Ot.prp. nr. 49 (1988-89) Om lov om forsikringsavtaler m m side 20.

På denne bakgrunn vil departementet nedenfor gi en oversikt over rettstilstanden i Danmark, Sverige og Finland når det gjelder krav om saklig grunn for å nekte forsikring.

4.1.1 Danmark

Forsikringsaftaleloven (lovbekendtgørelse nr. 999 af 5. oktober 2006, endret ved lov nr. 523 af 6. juni 2007) inneholder ingen bestemmelser om krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse. Etter § 3 b gjelder imidlertid en begrunnelsesplikt ved avslag. Bestemmelsen, som kom inn i loven ved lov nr. 434 af 10. juni 2003, lyder:

«Selskabets afslag på at tegne en forsikring som begæret og selskabets opsigelse af en forsikringsaftale skal efter anmodning begrundes.

Begrundelsen skal indeholde en henvisning til de relevante retsregler samt en kort redegørelse for, hvorfor forsikringen ikke kan tegnes, eller hvorfor forsikringsaftalen opsiges. Begrundelsen skal efter anmodning være skriftlig.»

Lovendringen ble foreslått av et utvalg som var oppnevnt for å revidere forsikringsaftaleloven. Utvalget vurderte også om det burde gis bestemmelser om en plikt for forsikringsselskapene til å tegne en forsikring, jf. betænkning nr. 1423/2002 om forsikringsaftaleloven kapittel 16. Utvalgets flertall fant imidlertid ikke grunnlag for å foreslå en slik regel. Begrunnelsen for flertallets standpunkt var særlig at forsikringsselskapene er pri-

vate virksomheter, og at en kontraheringsplikt ville innebære et vidtgående inngrep i selskapenes frie adgang til å fastsette sin egen virksomhetspolitikk. Utgangspunktet om avtalefrihet burde etter flertallets syn bare fravikes dersom det var et særlig behov for dette, noe flertallet ikke kunne se at det var. Flertallet pekte også på at det ikke var kjent med at nektelse av å tegne forsikring var noe stort praktisk problem. Det problemet med å kunne tegne forsikring som enkelte persongrupper opplever, burde etter flertallets syn løses gjennom samarbeid mellom forsikringsbransjen og de berørte interesseorganisasjoner, i stedet for gjennom å pålegge det enkelte forsikringsselskap en plikt til å tilby forsikring.

4.1.2 Finland

Den finske lag om försäkringsavtal 28.6.1994/543 inneholder ingen bestemmelse om krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse. Det pågår imidlertid et arbeid med revisjon av loven som bygger på betenkning 2006: 16 Förslag til reformering av lagen om Försäkringsavtal avgitt av en arbeidsgruppe nedsatt av det finske justitieministeriet. I denne utredningen drøfter arbeidsgruppen regler om kontraheringsplikt. Gruppen foreslår følgende bestemmelse som inneholder visse krav til hva som kan begrunne et avslag på å tilby forsikring:

«6 a § Uppgifter om grunden för avslag

Om en konsument eller en person som enligt 3 § 1 mom. kan jämföras med en konsument inte beviljas en försäkring skall grunden för avslaget meddelas försäkringssökanden, förutom om avslaget grundar sig på 11 § i lagen om förhindrande och utredning av penningtvätt (68/1998). På försäkringssökandens begäran skall grunden meddelas skriftligen. Grunden för avslaget skall vara förenlig med lag och god försäkringssed.»

Justisdepartementet har fått opplyst at det tas sikte på å fremme for Riksdagen i 2008 et lovfor-slag på grunnlag av utredningen.

4.1.3 Sverige

I Sverige gir forsikringsavtalslagen (lag 2005:104) bestemmelser om forsikringsselskapers adgang til å nekte å tilby forsikring. Lovens 1 § i kapittel 3 som gjelder skadeforsikring, lyder:

«Ett försäkringsbolag får inte vägra 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 för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den befarade skadans omfattning, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Ett avslag får inte grundas på att ett försäkringsfall har inträffat efter det att en ansökan har avsänts eller lämnats till försäkringsbolaget.»

Bestemmelsen viderefører med visse endringer 9 § i den tidligere konsumentforsikringslagen (lag 1980: 38). I forarbeidene til lag 2005:104 (Prop. 2003/04: 150 Ny forsikringsavtalslag s. 156 flg.) vises det til at reguleringen i stor grad tilsvarende praksis slik denne artet seg også før 1980, og at den ikke synes å ha medført ulemper for forsikringsselskapene. I forarbeidene er kravet til «særskilda skäl» beskrevet slik, jf. Prop. 2003/04 side 159-160 punkt 6.2.1:

«Innebörden av att försäkring kan vägras med hänvisning till särskilda skäl är att försäkringsbolaget har möjlighet att vägra skydd bl.a. därför att försäkringstagaren tillhör en kategori som det möter stora problem att försäkra med hänsyn till just detta försäkringsbolags förhållanden. Det som har sagts är dock inte avsett att leda till att ett försäkringsbolag som bedriver en rikstäckande verksamhet inom t.ex. villaförsäkring skall ha möjlighet att avböja försäkringsskydd för villaägare redan därför att huset ligger i ett område där brand- eller stöldrisken anses större än annars. Tanken är alltså inte att särskilda skäl skall anses föreligga att vägra någon försäkringsskydd som tillhör en genomsnittlig riskkategori, eller för den delen en kategori med större risker än så; ett avslag med hänvisning till riskbedömningen måste grundas på att risken för att försäkringsfall skall inträffa framstår som särskilt påtaglig. Om risken är hög, har försäkringsbolaget däremot rätt att begära en högre premie så länge det stämmer med vad bolaget normalt tillämpar i sådana fall.»

Bestemmelsen omfatter bare forsikring til forbruker («konsument»).

I lovens 1 § i kapittel 11 finnes en tilsvarende bestemmelse for personforsikringer, som lyder:

«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 skall bestämmas på grundval av hälsotillståndet vid ansökan.

Första stycket gäller inte i frågan om en försäkring som någon tecknar i egenskap av näringskidare til förmån för sitt företag.»

Forsikringer til næringsdrivende faller utenfor. I desember 2005 sendte det svenske Justitiedepartementet på høring en såkalt «diskussionspromemoria» (Ds 2005: 42) om kontraheringsplikt ved foretaksforsikring. Konklusjonen i utredningen er at det ikke bør foreslås regler om kontraheringsplikt ved foretaksforsikring på linje med det som gjelder overfor privatpersoner. Begrunnelsen for dette ble sammenfattet slik (punkt 3.7 side 46-47):

«Sammanfattningsvis kan sägas, att hur en kontraheringsplikt än utformas för företagsförsäkringens del den knappast kan avhjälpa nuvarande problem i vissa företagsbranscher. Den kan också inge betänkligheter från försäkringsteknisk synpunkt och även i ett internationellt perspektiv. En kontraheringsplikt kan naturligtvis såtillvida förbättra småföretagarnas ställning som den motverkar godtyckliga och alltför schablonmässiga bedömningar från försäkringsbolagets sida, framtvingar en motivering av försäkringsbolagets avslagsbeslut och ger möjlighet till en domstolsprövning av beslutet. När det gäller personförsäkring anses fördelar av detta slag väga tungt, men på skadeförsäkringens område framstår de snarast som marginella; man kan erinra om att en sådan prövning har varit ytterligt sällsynt under den tid som KFL har gällt. De förefaller inte tillräckliga för att motivera en reform av det diskuterade slaget, särskilt som den tydligen inte anses särskilt angelägen ens bland företrädarna för näringslivet. På detta håll har man framhållit vikten av brottsförebyggande och säkerhetsfrämjande åtgärder, och detta framstår utan tvivel som det lämpligaste sättet att försöka komma till rätta med problemet. Det förefaller naturligt att försäkringsbolagen tar särskild hänsyn till företagets ansträngningar i denna riktning när premier och villkor bestäms för en företagsförsäkring.»

4.2 Behovet for nye regler i forsikringsavtaleloven med krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse

4.2.1 Gjeldende rett

Etter § 9 a i lov 16. juni 1972 nr. 47 om kontroll med markedsføring og avtalevilkår (markedsføringsloven) kan Forbrukerombudet gripe inn og forby forretningsvilkår som finnes urimelige overfor forbrukerne, når allmenne hensyn tilsier forbud. Bestemmelsen har vist seg å ikke være særlig praktisk i forhold til kontraheringsnektelse overfor enkeltpersoner.

I forarbeidene til lov 10. juni 1988 nr. 39 om forsikringsvirksomhet forutsettes at selskapene ikke kan utelukke deler av landet fra dekning. I NOU 1983: 52 Forsikring i Norge uttales om dette, i spesialmerknadene til § 2-1 på side 84:

«Selv om det er ønskelig at hele landet dekkes med forsikringstilbud mener utvalget at man ikke skal kunne pålegge det enkelte selskap å drive landsomfattende virksomhet, for eksempel ved å ha et bestemt antall distriktskontorer eller å bruke midler på markedsføring over hele landet. Selskapet må selvfølgelig likevel akseptere tegning fra hele landet.»

Videre uttales i NOU 1983: 52 på side 30 i punkt 8, samt i Ot.prp. nr. 42 (1986-97) Om lov om forsikringsvirksomhet på side 28 i punkt 1.3, at et grunnleggende hensyn er at markedet bør kunne gi alle et tilstrekkelig tilbud – til alle grupper av forsikringstakere og over hele landet – om forsikring av de verdier og interesser det er behov for å få dekket. Drøftelsene rundt dette knyttet seg til forslaget til § 2-1 annet ledd om at tillatelse til å drive forsikringsvirksomhet skal nektes dersom tillatelsen vil få uheldige virkninger for forsikringstakerne eller grupper av forsikringstakere. Denne regelen er i dag å finne i § 2-1 tredje ledd bokstav c i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven). Det ligger i dette at konsesjon kan nektes dersom selskapet ikke gir et tilfredsstillende tilbud til grupper av forsikringstakere, og videre at det i den forbindelse kan oppstilles vilkår i tillatelsen. Myndighetene kan derfor gjennom forsikringslovens regler gripe inn hvis et selskap begrenser forsikringstilbudet slik at det får uheldige virkninger for forsikringstakerne.

Forsikringsavtaleloven inneholder ikke noe generelt krav til saklig grunn ved forsikringsnektelser.

I juridisk teori har det med tyngde vært hevdet at det kan utledes på ulovfestet grunnlag at det gjel-

der en generell plikt for forsikringsgiverne til å tilby forsikring, med mindre nektelsen har saklig begrunnelse. Trine-Lise Wilhelmsen drøfter spørsmålet i artikkelen Forsikringsselskapenes kontraheringsplikt, Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjoner (NFJFP) nr. 69, 1995. Wilhelmsen sonderer her mellom total og partiell kontraheringsnektelse. Total kontraheringsnektelse innebærer en total nektelse av forretningsforbindelse, mens en partiell nektelse innebærer en nektelse basert på visse vilkår, slik at søkeren gis en mulighet til å kontrahere ved å tilfredsstille vilkårene. Tilsvarende innebærer en total kontraheringsplikt en absolutt plikt til å tilby forsikring, mens en partiell kontraheringsplikt innebærer en forpliktelse til å yte forsikring med mindre det foreligger saklig grunn til å nekte. Wilhelmsens syn er at det er behov for å oppstille et prinsipp om partiell kontraheringsplikt for forsikringsselskaper, bl.a. på bakgrunn av at de offentligrettslige reglene som utvalget viste til i NOU 1983: 56 (prisloven § 23), nå er opphevet. Wilhelmsen uttaler bl.a. om dette (side 51):

«For å unngå helt tilfeldige resultater mener jeg etter dette at det også med utgangspunkt i FAL og ulovfestede prinsipper må oppstilles et krav om at selskapets kontraheringsnektelse og kontraheringsvilkår må være saklig begrunnet og konsekvent. I motsatt fall kommer man i en situasjon hvor forsikringstageren blir helt avhengig av selskapenes vurdering, og ikke har anledning til å få et avslag på nytegning eller bruk av bestemte kontraheringsvilkår, i visse tilfeller heller ikke nektelse av å fornye forsikringen, prøvet for Forsikringsskadenemnda og domstolene. Dette er etter mitt skjønn en lite heldig situasjon.»

På side 57 konkluderer Wilhelmsen som følger:

«Derimot inneholder FAL ingen direkte generell regel om kontraheringsplikt ved første gangs tegning, og heller ikke noe krav til nyanseringen av premie- eller forsikringsvilkårene. Antagelig må man likevel kunne utlede et krav av FAL om at nektelse av førstegangs tegning og bruk av varierende premie- og forsikringsvilkår må ha saklig begrunnelse, det vil si at nektelsen må være begrunnet i forsvarlige risikomessige hensyn, og være konsekvent.»

Hans Jacob Bull: Innføring i Forsikringsrett – Utkast til en lærebok, 9. utgave, Oslo 2003, drøfter spørsmålet om kontraheringsplikt på side 105 flg. Bull viser til at Forsikringsskadenemnda i sak 3337 av 20. september 1999 sluttet seg til Wilhelmsens syn, og mener bl.a. på denne bakgrunn at det ut fra foreliggende teori og praksis må være forsvarlig å

konkludere med at det følger av systemet i forsikringsavtaleloven at en nektelse av forsikring må ha saklig grunn. Han sier videre:

«Hva som utgjør saklig grunn vil variere med om det er snakk om en lovpålagt forsikring eller ikke. [...] Elementer i saklighetsvurderingen vil ellers være om nektelsen er begrunnet i en forsvarlig risikomessig vurdering, og om den bygger på en konsekvent praktisering av regelverket.»

Spørsmålet om forsikringsselskapers kontraheringsplikt omtales også i NOU 2000: 23 punkt 9.8.1 side 65. Utvalget legger til grunn at det ikke foreligger noen generell kontraheringsplikt, men viser til at et mindretall i Forsikringsskadenemnda i noen saker om skadeforsikring har lagt til grunn at det foreligger en kontraheringsplikt, og uttaler:

«Det er imidlertid ikke umulig at kontraheringsplikt kan etableres på fritt grunnlag i enkelte tilfeller.»

De p a r t e m e n t e t skal bemerke at det kreves klare holdepunkter før en kan slå fast at det foreligger en kontraheringsplikt, i strid med de uttrykkelige uttalelsene om dette i forarbeidene til forsikringsavtaleloven. Dette gjelder selv om prisloven § 23 nå er opphevet, og situasjonen derfor er en annen enn utvalget la til grunn i NOU 1983: 56. Det vil først være med en langvarig, konsekvent og klar praksis at nemndpraksis kan gi rimelig sikkert grunnlag for å konkludere med en alminnelig regel om partiell kontraheringsplikt. I høringsbrevet 23. mai 2005 uttalte departementet at det nok kan være usikkert om en ut i fra dagens lovgivning og praksis kan utlede en regel om krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse. Forsikringsskadenemnda har i en rekke saker etter Justisdepartementets høringsbrev i mai 2005 lagt til grunn at det gjelder et ulovfestet krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse. Det vises blant annet til Forsikringsskadenemndas uttalelser om kontraheringsnektelse på grunn av manglende premiebetaling i sak 5722 20. juni 2005, sak 5808 17. oktober 2005 og sak 6105 6. april 2006, samt til nemndas uttalelser om kontraheringsnektelse på grunn av betalingsanmerkninger i sakene 5655 og 5656 23. mai 2005, sak 5707 13. juni 2005 og sak 5839 24. oktober 2005. Denne utviklingen kan nå gjøre det nærliggende å oppstille en slik ulovfestet regel, i hvert fall for tilfelle der det må anses klart at nektelsen savner saklig grunnlag. Det nærmere innholdet i et eventuelt ulovfestet krav til saklig grunn ved kontraheringsnektelse i forsikring er imidlertid uklart.

På ett område er det gitt regler om forsikringsplikt. Etter *forskrift 1. april 1974 nr. 3 om trafikkskyld mv.* er selskapene pliktig til å tilby bilansvarsforsikring som nevnt i § 15 i lov 3. februar 1961 om ansvar for skade som motorvogner gjør (bilansvarslova). Dette har blant annet sammenheng med at bileiere har en forsikringsplikt etter bilansvarsloven § 15. Etter nevnte forskrift kan likevel selskapene fastsette i vedtekter som meldes til Vegdirektoratet, at bare de som hører til visse yrkes- eller interessegrupper, eller er bosatt i et bestemt område, har rett til å få tegnet slik forsikring i selskapet.

Ved fornyelse av et løpende forsikringsforhold etablerer forsikringsavtaleloven en rett for sikrede til å få fornyet avtalen, jf. § 3-5 (skadeforsikring) og § 12-9 (personforsikring). Forsikringsselskapet har bare rett til å nekte fornyelse når det foreligger «særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet». Utgangspunktet for tolkingen av regelen er at selskapets adgang til å si opp forsikringen ved utløpet av den formelle forsikringstiden ikke bør være større enn i forsikringstiden, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988-89) punkt 3.2.3.3 side 49. Selskapets adgang til å si opp forsikringen i forsikringstiden er nærmere regulert i §§ 4-3 og 4-4 (skadeforsikring) og §§ 13-3 og 13-4 (personforsikring). Selskapet kan etter disse bestemmelsene si opp forsikringen dersom det har fått uriktige eller ufullstendige opplysninger om risikoen, forutsatt at visse vilkår er oppfylt i den forbindelse. Blant annet kreves at selskapet ikke kjente eller burde kjent til dette forhold da det fikk opplysningene, og at det forhold opplysningene gjelder, er av betydning for selskapet. Når det gjelder det nærmere innhold i kravet til «særlige grunner», uttales i NOU 1987: 24 punkt 3.3.3 side 63:

«Etter utvalgets oppfatning må hovedregelen være at selskapet bare skal kunne avbryte et løpende forsikringsforhold dersom det inntreffer et særskilt forhold som gjør dette rimelig. Dette vil være tilfelle dersom selskapet blir kjent med at det i forbindelse med avtaleinngåelsen har fått et vesentlig fortegnert risikobilde eller forsikringstageren svikaktig gir gale opplysninger i forbindelse med skadeoppgjøret. I utkastet §§ 4-3 og 8-1 annet ledd er selskapet gitt en uttrykkelig rett til å si opp en løpende forsikringsavtale i slike tilfeller. Ved siden av disse tilfellene bør selskapets adgang til å gå til oppsigelse være begrenset til der hvor det foreligger en særlig grunn som gjør det rimelig å la selskapet komme ut av forsikringsforholdet. Som eksempel på «særlige grunner» kan nevnes situasjoner hvor det synes rimelig at selskapet får anledning til å avvikle avtaleforholdet

fordi tillitsforholdet mellom selskapet og forsikringstakeren er falt bort eller at det risikobil- det som selskapet har lagt til grunn, er funda- mentalt endret uten at dette skyldes et forhold som gir selskapet oppsigelsesrett etter utkastet § 4-3.»

Videre uttaler utvalget i NOU 1987: 24 punkt 3.3.3 på side 64 at det at en forsikringstaker er en ulykkesfugl, og har høyere skadefrekvens enn det normale, ikke alene bør kunne begrunne en oppsi- gelse. Utvalget sier videre om dette:

«Det må i tilfellet komme noe i tillegg som viser at tillitsforholdet mellom forsikringstakeren og selskapet er brutt. Selskapet må f eks kunne påvise at forsikringstakeren har medvirket til fremkallelse av forsikringstilfellet, eller gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger ved skadeoppgjør.»

Når det gjelder rimelighetsvurderingen, vises i Ot.prp. nr. 49 (1988-89) til muligheten for selskapet til å tilby forsikring til endrede vilkår, jf. punkt 3.2.3.2 side 49.

Når selskapet nekter å fornye forsikringen, skal det etter §§ 3-5 og 12-9 gi sikrede et skriftlig og grunnlagt varsel og opplyse om adgangen til å kreve nemndbehandling etter § 20-1, eventuelt om andre muligheter for å få prøvd om selskapet har rett til å unnlate fornyelse.

4.2.2 Forslagene om partiell kontraherings- plikt i NOU 2000: 23 og høringsbrevet 31. mai 2005

Utvalgets flertall i NOU 2000: 23 anser at det er nødvendig med regler om kontraheringsplikt og uttaler (utredningen punkt 9.8.2 side 65):

«Etter *flertallets* syn er det nødvendig å gjeninn- føre regler om kontraheringsplikt for å sikre at forbrukeren virkelig får forsikring uten å måtte gi flere opplysninger enn de forsikringsselska- pet etter reglene ovenfor kan kreve. Siden utvalget går inn for at avslag på forsikring skal begrunnes (ovenfor i 9.7), kan dette formuleres som et krav til begrunnelsen: Avslaget skal begrunnes utfra det som lovlig kan kreves av opplysninger.

(...)

Reglene om kontraheringsplikt innebærer at det å få forsikring blir en rettighet for forsikringssøkeren. Forsikringssøkeren har imid- lertid ikke krav på andre forsikringer enn de som selskapet vanligvis tilbyr til forsikringssø- kerer i hans eller hennes kategori. Regelen blir slik sett et krav om likebehandling mellom for- sikringskunder.»

På denne bakgrunn la utvalgets flertall frem et forslag til en ny § 13-1 j i forsikringsavtalelo- ven:

«§ 13-1j. (begrunnelse. Plikt til å tilby forsik- ring)

Avslag på søknad om personforsikring skal begrunnes.

Bygger avslaget i det vesentlige på opplys- ninger om helseforhold som selskapet ikke kan kreve etter bestemmelsene ovenfor, har selska- pet på forlangende likevel plikt til å tilby forsik- ring.»

(Utvalgets forslag her må ses i sammenheng med utvalgets forslag om at selskapet bare kan be om opplysninger som alene eller sammen med andre opplysninger kan ha vesentlig betydning for risikovurderingen, jf. punkt 8.4 i proposisjonen her.)

Et mindretall, som besto av medlemmene Flat- ner og Krogh, som begge var oppnevnt etter for- slag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæ- ringens Hovedorganisasjon, samt medlemmet Ljungmann oppnevnt etter forslag fra Finansdepar- tementet, mente imidlertid at det ville være prinsipielt feilaktig å lovfeste en kontraheringsplikt. De uttalte blant annet (utredningen punkt 9.8.2 på side 65):

«Mindretallet kan ikke se at utvalgets forslag til presisering av forsikringssøkers opplysnings- plikt gjør dette mer nødvendig enn det som tid- ligere har vært tilfelle. Det vises videre til at det grunnleggende forsikringsbehov i Norge er dekket av folketrygden og andre lovfestede ordninger. Det er således opp til den enkelte om vedkommende ønsker å sikre seg ytterli- gere gjennom individuelle forsikringsavtaler. Etter mindretallets oppfatning bør denne frivil- ligheten også reflekteres i en frivillighet fra for- sikringsselskapenes side. De hensyn som fler- tallet vektlegger kan ivaretas gjennom et krav om at begrunnelsen for et avslag skal være sak- lig.»

Utredningen i NOU 2000: 23 gir ikke noen nær- mere redegjørelse for behovet for regler om forsikringsnektelser, for eksempel hvor vanlig det er med forsikringsnektelser, hvem som opplever dette eller hva som gjerne er grunnlaget for nektel- sene.

I høringsbrevet 31. mai 2005 foreslo Justisde- partementet nye regler i forsikringsavtaleloven §§ 3-10 (skadeforsikring) og 12-12 (personforsikring) om partiell kontraheringsplikt for selskapene. For- slaget lød som følger:

«§ 12-12 Avvisning av kunder

Selskapet kan ikke uten saklig grunn nekte noen på vanlige vilkår en forsikring som selskapet ellers tilbyr allmennheten.

Som saklig grunn for avslag regnes at det foreligger særlige forhold knyttet til risikoen for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, eller til det sannsynlige omfanget av en eventuell skade, samt andre særlige forhold som medfører at avslaget ikke kan anses urimelig overfor den enkelte.

Bygger avslaget på opplysninger som selskapet etter særskilt bestemmelse i eller i medhold av lov er avskåret fra å kreve fra forsikringstakeren eller den sikrede, anses dette ikke for å være saklig grunn.

Kunden skal underrettes om avslag og om begrunnelsen for dette uten ugrunnet opphold, om ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Begrunnelsen skal angi hvilke forhold som ligger til grunn for avslaget, samt hvilket av alternativene i annet ledd forholdet anses å knytte seg til. Om kunden ber om det, skal det også redegjøres nærmere for de konkrete risikovurderinger som er foretatt.

Underretningen om avslag skal inneholde opplysninger om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd, jf. § 20-1.»

Høringsbrevet viste til at forslagene i NOU 2000: 23 aktualiserer spørsmålet om å innføre mer generelle regler i forsikringsavtaleloven om krav om saklig grunn ved nektelse av å tilby forsikring. Departementet ga i høringsbrevet uttrykk for at usaklig forsikringsnektelse antakelig hører til unntakene, siden det er i selskapenes egen forretningsmessige interesse å tilby forsikring med mindre det foreligger særlige risikoforhold eller andre saklige grunner til å avslå. Det ble imidlertid vist til at media har omtalt noen saker der det har vært reist spørsmål om forsikringsnektelser har vært tilstrekkelig saklig begrunnet. Departementet nevnte også at ett problemkompleks synes å skille seg ut i denne forbindelse, nemlig forsikringsnektelse på grunnlag av betalingsanmerkninger. Høringsbrevet pekte videre på at usaklig forsikringsnektelse, i den grad det forekommer, kan være svært problematisk for den det gjelder. Departementet sa følgende om dette i høringsbrevet:

«Å bli nektet forsikring kan ramme den enkelte tungt. Forskjellige slags forsikringer utgjør i dag en vesentlig del av folks følelse av trygghet, og forsikringsselskapene spiller også i sin markedsføring på behovet for den tryggheten som forsikring gir. En nektelse av å tilby en person en alminnelig forsikringstjeneste vil derfor

gjørne innebære at vedkommende opplever å bli nektet en grunnleggende trygghet. Når det gjelder lovpålagte forsikringer, kan en nektelse av å tilby forsikring innebære at vedkommende ikke lovlig kan utøve en bestemt type aktivitet eller virksomhet. Også enkelte andre typer forsikringer enn de lovpålagte er nødvendige for å delta i samfunnslivet på vanlig måte. For eksempel kreves det som regel boligforsikring for å få boliglån. Departementet mener på denne bakgrunn at det er grunn til å reise spørsmål om loven bør stille visse krav til sakligheten av den vurderingen som et forsikrings-selskap foretar når det nekter å tilby en person et forsikringsprodukt på vanlige vilkår, og videre om vedkommende etter loven bør ha rett til å få en begrunnelse for avslaget og rett til å bringe spørsmålet om sakligheten av denne inn for Forsikringsskadenemnda, som er opprettet som tvisteløsningsnemnd i medhold av forsikringsavtaleloven § 20-1.»

På denne bakgrunn konkluderte departementet i høringsbrevet med at det er behov for uttrykkelige lovregler som oppstiller et krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse.

4.2.3 Høringsinstansenes syn

Flertallets forslag i NOU 2000: 23 om å lovfeste en kontraheringsplikt for forsikringsselskapene støttes av *Forbrukerrådet, Forbrukerombudet, Diakonhjemmets sykehus, Rogaland fylkeskommune, Oslo kommune og Randaberg kommune, Finansforbundet og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund. Diakonhjemmets sykehus* uttaler:

«Dette er et viktig punkt når det gjelder å beskytte svake grupper, ikke minst i et samfunn som blir mer og mer preget av dataregistre som man må regne med lekkasjer i.»

Forbrukerombudet ser lovfesting av kontraheringsplikten som et hinder for at en forsikringskunde skal bli «tvunget» til å oppgi flere opplysninger enn det selskapet har krav på. *Vest-Agder fylkeskommune* mener det er viktig at et forsikringsselskap ikke skal kunne gi avslag på forsikring på grunnlag av opplysninger som det ikke har adgang til å vektlegge. *Landsorganisasjonen i Norge* stiller seg positiv til forslaget om å lovfeste en kontraheringsplikt for selskapene dersom «den kan bidra til å gjøre reglene om innskrenkning av opplysningsplikten [...] effektive i selskapene».

Barne- og familiedepartementet uttaler:

«Når det gjelder forslaget til lovbestemmelse § 13-1j er vi av det syn at hovedregelen om kon-

traheringsplikt klart bør fremgå her og ikke «gjemmes bort» i motivene.»

Kredittilsynet, Buskerud sentralsykehus, Den Norske Aktuarforening og Finansnæringens Hovedorganisasjon støtter mindretallet som går mot å lovfeste en kontraheringsplikt for forsikringsselskapene. *Kredittilsynet* gir uttrykk for at en kontraheringsplikt for forsikringsselskapene er unødvendig, da «de hensyn som flertallet vektlegger vil ivaretas gjennom et krav om at begrunnelsen for et avslag skal være saklig og at nektelsen ikke skal være urimelig». *Finansnæringens Hovedorganisasjon* mener en kontraheringsplikt vil gripe inn i selskaperes frihet til å drive forretning.

Forslaget i høringsbrevet 31. mai 2005 om at det gis lovregler med krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse støttes av de fleste høringsinstansene. Ingen høringsinstanser går uttrykkelig imot dette. *Forbrukerombudet* mener imidlertid at det ikke er tilstrekkelig å oppstille et krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse, og at det bør gis regler som går mer i retning av å etablere en generell rett til forsikring for alle, uavhengig av risiko. (Uttalelsen om dette er gjengitt nedenfor i punkt 4.5.2.)

Høringsinstansenes uttalelser om hvordan de har erfart problemer knyttet til usaklig forsikringsnektelse fra sitt ståsted, er av særlig interesse ved vurderingen av behovet for nye lovregler om dette.

Datatilsynet, Forbrukerombudet, Forsikringsklagekontoret, Juss-Buss og Norges Automobilforbund, som alle støtter at det gis lovregler med krav til saklig begrunnelse ved forsikringsnektelse, fremhever særlig at forsikringsnektelser på grunnlag av betalingsanmerkninger har vært utbredt.

Datatilsynet viser i sitt hørings svar til at forsikringsselskaperes praksis synes å ha utviklet seg slik at et økende antall personer blir nektet forsikring fordi de har betalingsanmerkninger, og uttaler:

«Det er også Datatilsynets erfaring at det er et økende antall personer som per i dag blir nektet forsikring på ulikt grunnlag. Hoveddelen av dem som henvender seg til Datatilsynet, forteller om forsikringsnekt på bakgrunn av registrerte betalingsanmerkninger. Et stort antall av disse nektes inngåelse av avtale om bilforsikring. Det fremstår som et paradoks at samtidig som kravet om bilansvarsforsikring er lovpålagt, blir flere bileiere nektet bilforsikring fordi de for eksempel ikke har betalt telefonregningen sin.»

Forbrukerombudet viser til at forsikringsnektelse er et reelt problem, særlig for personer med betalingsanmerkninger, og uttaler:

«I likhet med Forbrukerrådet, Barne- og familiedepartementet og Forsikringsklagekontoret har jeg mottatt en rekke henvendelser fra forbrukere som har blitt nektet å tegne forsikring som ellers blir tilbudt allmennheten. Dette gjelder både forsikringer som det etter lov er påbudt å ha, eksempelvis ansvarsforsikring på bil, og ikke-obligatoriske forsikringer. Det har i disse tilfellene vært særlig betalingsanmerkninger som har vært selskapets begrunnelse for å nekte å tilby forsikringen. Jeg er således overbevist om at fenomenet forsikringsnekt er et reelt problem for et ikke ubetydelig antall forbrukere, og da særskilt personer som har betalingsanmerkninger. En forsikringsnektelse kan, som departementet skriver, ramme den enkelte hardt, og vil ofte ramme personer som allerede er i en vanskelig livssituasjon. Etter min mening foreligger det et klart behov for regler mot forsikringsnektelse som mangler saklig grunn.

Det har som kjent vært en noe uklar situasjon i forhold til om det allerede på ulovfestet grunnlag eksisterer en kontraheringsplikt med mindre det finnes saklig grunn for nektelse. Jeg er nok av dem som er av den oppfatning at forslaget i stor grad er en kodifisering av allerede gjeldende ulovfestet rett. Likevel vil det være et positivt tilskudd til FAL om det nå blir etablert et generelt lovfestet krav til saklig grunn for at et selskap skal kunne nekte kontrahering og at en eventuell nektelse kan overprøves av Forsikringsskadenemnda eller domstolene. Jeg stiller meg således positiv til forslaget om at det må kreves saklig grunn for forsikringsnektelse, at en nektelse må begrunnes og at vurderingen skal kunne overprøves av forsikringsskadenemnda eller domstolene.»

Forsikringsklagekontoret viser til at klager som gjelder forsikringsnektelse, så langt ikke har vært noen stor gruppering ved kontoret, men at det har vært en markert økning i løpet av 2004 og 2005. Forsikringsklagekontoret uttaler om dette:

«Forsikringsklagekontoret deler departementets oppfatning om behovet for den foreslåtte lovendring og den begrunnelse som gis for dette. Allerede i 1995 ble det «lovtomme» rom påpekt av Forsikringsskadenemnda, se ut. 21971. Klager som gjelder forsikringsnektelse har så langt ikke vært noen stor gruppering ved kontoret, men det har vært en markert økning, særlig innenfor skadeforsikring i løpet av 2004 og 2005. Til orientering vises til kontorets års-

beretning for 2004 side 27, se vedlegg. Andre eksempler kan nevnes:

- avslag på yrkesskadeforsikring for polske arbeidere i Norge
- avslag på tvungen trafikksforsikring for snøscootere med mindre man også har andre forsikringer i samme selskap»

Av årsberetningen for 2004 (side 27), som Forsikringsklagekontoret her viser til, fremgår at det særlig er klager knyttet til forsikringsnektelse på grunn av betalingsanmerkninger som økte i 2004. I årsberetningen sies om dette:

«De siste årene har FKK fått et økende antall henvendelser fra personer som ikke får tegnet forsikring. Dette gjelder i første rekke skadeforsikringer som bilansvar-, kasko-, hus-, innbo-, og reiseforsikringer. Kontoret får også henvendelser om kontraheringsnektelser og høye premier i livsforsikring, men disse holdes her utenfor.

Grunnlaget for selskapenes kontraheringsnektelser i skadeforsikring de siste årene, er at klagerene har vært dårlige betalere i en eller annen form, dvs. i det aktuelle forsikrings-selskap, hos andre selskaper eller i forhold til andre kreditorer. Selskapene begrunner denne praksis med at personer som er og har vært dårlige betalere statistisk sett er en dårlig risiko for selskapet å ta. Selskapene hevder også at statistikken viser at disse personene har flere skader enn andre.

(...)

Utover vinteren og våren 2004 merket FKK en tydelig økning av antallet telefonhenvendelser og vi har i 2004 registrert over 100 skriftlige klager om kontraheringsnektelser. Ca 85 % gjelder også nektelse av ansvarsforsikring på bil. Om lag 40-50 saker er avsluttet; av disse har minst 34 løst seg i favør av klager.

(...)

Det har imidlertid vært vanlig at selskapene, både før og etter klage til FKK, har tilbudt ansvarsforsikring til en høy premie på mellom 10.000 og 25.000. Begrunnelsen fra selskapet er at personer med betalingsanmerkninger innebærer en større risiko enn personer uten betalingsanmerkninger.»

Norges Automobilforbund peker på at 85 % av Forsikringsklagekontorets saker om forsikringsnektelse dreier seg om bilforsikring, og fremhever at det særlig er nektelser på grunnlag av betalingsanmerkninger som er aktuelt. NAF uttaler om dette:

«NAF stiller seg i det vesentlige positiv til de foreslåtte endringer i forsikringsavtaleloven. Forslaget avstedkommer imidlertid følgende bemerkninger:

Vi deler ikke departementets syn og utgangspunkt når det hevdes at usaklig nektelse av forsikring, ikke er et omfattende problem. Gjennom vår rolle som medlems- og forbrukerorganisasjon har vi de senere år mottatt et stadig økende antall klager fra folk som er blitt nektet å tegne forsikring. Så vidt vi har oppfattet det, er dette de samme erfaringer både Forbrukerrådet og Forsikringsklagekontoret har gjort jfr. sistnevntes årsberetning for 2004 hvor det fremkommer at 85% av henvendelsene om kontraheringsnektelse, gjelder nettopp ansvarsforsikring på bil.

Vi konstaterer at ved nektelse av tegning av ansvarsforsikring på bil, gjøres dette på et område hvor selskapene etter bilansvarsloven og forskrift om trafiktrygd har en kontraheringsplikt.

Årsaken til nektelse kan være flere. Imidlertid synes en «gjenganger» å være at vedkommende har en tidligere betalingsanmerkning på seg. Avvisning på dette grunnlag kan både være ulovlige og usaklige, jfr. bl.a. Personvernemndas avgjørelse 2004-08. NAF kan ikke se behovet for at selskapene skal kunne nekte å tegne forsikring som følge av betalingsanmerkninger. Forhåndsbetaling løser slik vi ser det, dette på en tilstrekkelig måte. Det kan være ulike, periodiske og ikke nødvendigvis tilbakevendende årsaker til betalingsproblemer. Selv om selskapene via media har påstått at det kan være en statistisk sammenheng, trenger etter vår oppfatning ikke tidligere anmerkninger si noe som helst om risikoen for den enkelte i dag. En vanskelig livssituasjon blir heller ikke bedre om man nektes å tegne forsikring på bil og hjem.

Når man avvises på områder hvor det foreligger en kontraheringsplikt for selskapene, er det enda lettere å avvise på områder hvor tegningen er frivillig. Her benyttes imidlertid også andre metoder. Som eksempel kan nevnes at ved tegning av kaskoforsikring på bil, settes premien så høy at det i realiteten er å betrakte som en nektelse av å tegne forsikring.

Som eksempel på grunner til nektelse av forsikring kan også nevnes antall skadetilfeller. En ukritisk bruk av statistikk med antall skadetilfeller i en gitt periode uten å ta hensyn til skadens art, omfang, årsak og skadehistorikk, kan etter NAF's oppfatning være usaklig grunn til å nekte forsikring.

NAF deler departementets syn på at det er behov for en lovhjemmel som fastslår at nektelse av å tegne forsikring krever en saklig begrunnelse. Forbrukerombudet kan med hjemmel i markedsføringsloven, riktignok gripe inn å forby forretningsvilkår som er urimelige. Etter vår oppfatning vil imidlertid de

sivilrettslige konsekvenser i forhold til den enkelte forsikringstakers rettigheter, sikres bedre gjennom forslaget om at forsikringsselskapene ikke uten saklig grunn skal kunne nekte en person forsikring på vanlige vilkår. Departementets presisering av at «vanlige vilkår» også omfatter premien, er etter NAF's oppfatning vesentlig.»

Også *Forbrukerrådet* trekker i sin høringsuttalelse særlig frem problemet med forsikringsnektelse på grunnlag av betalingsanmerkninger, men viser i tillegg til at man mener å se en generell utvikling der listen for å få personforsikringer gradvis er blitt lagt høyere, og uttaler:

«Tidligere har Forbrukerrådet hatt få henvendelser vedr. forsikringsnekt. Imidlertid har vi merket oss en markant økning av henvendelser de siste årene, hvor forbrukere klager på at de blir nektet å tegne forsikring eller at selskapet ikke vil fortsette forsikringsforholdet. Vårt inntrykk er at lista for å få tegnet forsikring gradvis er blitt lagt høyere, både innenfor liv- og skadeforsikring. Denne utviklingen både skremmer og bekymrer oss. Spesielt på bakgrunn av at det kan se ut som om selskapene innhenter data som gjør at de kan selektere ut de gruppene som de mener kan ha høy risiko. Som eksempel kan nevnes betalingsanmerkninger. Forbrukerrådet frykter imidlertid at det i neste omgang kan dukke opp spørsmål fra selskapene som går på evner, yrke, arbeidsledighet, trygdede etc. Det er i grunnen bare selskapenes egen fantasi som setter grenser – slik det er nå. Vår bekymring går ut på om det faktisk ikke er en reell skaderisiko som ligger bak selskapenes avslag, men at det i virkeligheten er slik at selskapene rett og slett ikke ønsker å inngå avtaler med de kundene som de tror kan bli «problemkunder». Fra vårt ståsted ser det ut som om selskapene mao. bare ønsker å ha «de beste kundene». Etter Forbrukerrådets mening ødelegger en slik antiseleksjon noe av tanken med forsikring, nemlig det å spre risiko på alle. Et eksempel på dette er at i en periode avslo en del selskaper forespørsel om nyttegrunn hvis forbrukeren hadde betalingsanmerking, og begrunnet dette med økt kredittrisiko. Da Forbrukerrådet og Forsikringsklagekontoret påpekte at dette kunne unngås ved å innta en kontantklausul i avtalen, endret selskapene begrunnelsen til at betalingsanmerkninger gav økt skaderisiko, dvs. selskapene mente at folk som slurvet med økonomien sin også ville være uaktsomme på andre områder.»

Aller Internett, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Kreftforeningen, Nordland Fylkeskommune og Norsk forbund for utviklingshemmede, som

alle støtter at det gis lovregler med krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse, omtaler særlig forsikringsnektelser som er begrunnet i helsemessige årsaker.

Aller Internett viser til informasjon om forsikringsnektelser innhentet av Kanal 24 i april 2004 og uttaler:

«I april 2004 innhentet Kanal 24 informasjon fra forsikringsselskapene som tyder på at nesten 40 prosent av alle som søker om uføreforsikring ikke får vanlig forsikring. 25 prosent av alle som søker om en uføreforsikring får en reservasjon tilknyttet forsikringen, 10 prosent får avslag på søknaden, mens 3 til 4 prosent må betale en tilleggspremie.

Skadevirkningene av dette omfanget av forsikringsnektelser og reservasjoner er store. For det første ender en stor del av befolkningen opp uten tilfredsstillende standardsikring i tilfelle helseproblemer. Maksimal utbetaling fra Folketrygden hvis man blir arbeidsufør er cirka 230.000 kroner per år. Alt ut over dette, er det implisitt forutsatt at markedet skal løse i vårt samfunn. I tillegg tror vi at forsikringsselskapenes praksis fører til at konkurranse hindres. Mange vil heller forbli i firmaet de tegnet forsikring hos da de var relativt unge, fremfor å måtte fylle ut et nytt egenerklæringsskjema hos et nytt selskap.

Vi mener at skadevirkningene av omfanget av helt eller delvis avviste forsikringskunder er særlig store innenfor området helseforsikringer, og vil derfor spesielt fokusere på dette området. Imidlertid har vi også opplysninger som tyder på forsikringsnektelser på urimelige grunnlag innenfor andre forsikringstyper, og vil nedenfor også belyse disse områdene etter beste evne.

Henvendelser fra våre lesere gir oss stadig grunn til å tvile på selskapenes edruehet i risikovurderinger knyttet til helse.»

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon uttaler at man har registrert et økende antall henvendelser om forsikring til sitt rettighetssenter, fra 16 henvendelser i 2003 til 35 henvendelser i 2006 (av ca 1000 henvendelser i året). Organisasjonen viser til at de fleste henvendelsene gjelder avslag på forsikring på grunn av helsemessige forhold, og uttaler videre:

«For de grupper FFO representerer er spørsmålet av sentral betydning når det gjelder forsikring som avslås på grunn av søkers helsetilstand. Personer som søker om forsikringer plikter å gi opplysninger til forsikringsselskapet om helsemessige forhold som kan være av betydning for forsikringsforholdet. I tvilstilfel-

ler innhenter forsikringsselskapet supplerende informasjon om søkers helse. Det er så opp til forsikringsselskapene og deres samarbeidende spesialister å avgjøre om det foreligger et helsemessig forhold som medfører særlig risiko for forsikringsutbetalinger.

FFO opplever at det er stor frustrasjon rundt dagens praksis. FFOs Rettighetscenter har mottatt en rekke henvendelser fra personer som mener at forsikringsselskapenes samarbeidende spesialister har foretatt en feilaktig vurdering av deres helsetilstand. De er selv av den oppfatning at det slett ikke foreligger «særlige helsemessige forhold». Som et eksempel på dette kan nevnes en henvendelse til Rettighetscenteret i 2003 fra en person som ... 7 år tidligere var suicidal. Hun har senere gjennomgått behandling, og mener selv at hun ble «frisk» for flere år siden. Hun bestrider derfor at det i dag foreligger «særlige helsemessige forhold» av betydning for hennes søknad om gjeldsforsikring.

I andre tilfeller er de personer som kontakter Rettighetscenteret enige i at det foreligger særlige helsemessige forhold, men mener at disse forholdene ikke medfører en økt risiko for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, eller har sammenheng med det sannsynlige utfallet av en eventuell skade.»

Kreftforeningen viser til at man har fått flere henvendelser om forsikringsnektelse fra tidligere kreftsyke, og uttaler:

«Disse har vært symptomfrie i flere år, og opplever det som en stor belastning å få avslag på forsikringssøknad. I tillegg til at de opplever å bli nektet en grunnleggende trygghet, skaper dette en unødvendig frykt for at de likevel ikke er friske.»

Nordland fylkeskommune viser til at mange mennesker med funksjonshemming og sykdommer ikke får tegnet livsforsikring, og uttaler:

«Mange mennesker med funksjonshemming og kroniske sykdommer får ikke tegnet livsforsikring. Dette fører til at de ikke får forsikret seg selv og sine nærmeste mot bortfall av inntekt som følge av sykdom, ulykke eller dødsfall.

Saken ble høyst aktuell da en i Avisa Nordland 7. mars 2006 kunne lese om Nikolai på 1 år, som ble nektet barneforsikring med begrunnelse at han hadde Downs syndrom. Gutten er ikke syk på noen måte. Han har en kromosomfeil, og det er ingen sykdom. Det han kan få er en ulykkesforsikring. Det går også frem at representanter for bransjen mener det er sjelden at barn med Downs syndrom får tegnet fullverdig barneforsikring. Det begrunnes med

at de har større sjanse for å bli arbeidsuføre enn andre barn.

(...)

Et annet konkret tilfelle, som rådet er gjort kjent med, er for tidlig fødte tvillinger som ikke får forsikring på grunn av for lav fødselsvekt. Barna er friske og det er så langt ikke påvist senskader.»

Norsk Forbund for Utviklingshemmede uttaler:

«Det burde ha fremstått som klart for departementet at mennesker med funksjonsnedsettelser, stort sett automatisk utelukkes fra å få en forsikring.»

Finansdepartementet og *Finansnæringens Hovedorganisasjon*, som begge støtter at det lovfestet et krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse, viser til at avvisning av forsikringskunder i mange tilfelle er saklig begrunnet.

Finansdepartementet viser til at man ikke venter at et lovforslag som angitt vil medføre at det blir inngått vesentlig flere forsikringsavtaler enn i dag, og uttaler:

«Avvisning av forsikringskunder skyldes i mange tilfeller problemer med å gjøre tilfredsstillende anslag på risiko eller sannsynlig skadeomfang, eller avslaget kan være basert på antakelser om at det uansett ikke er grunnlag for å kreve en premie som står i forhold til den risikoen selskapet skal overta. Slike antakelser vil bygge på mer eller mindre grundige vurderinger av risiko og betalingsvilje hos forsikringskunder.

(...)

Finansdepartementet antar at forsikringskunder som søker å oppnå forsikringstilbud fra et bredt utvalg av forsikringsselskaper, nokså sjelden blir stående helt uten et forsikringstilbud som følge av usaklige nektelser fra samtlige tilbydere i markedet. Dette avhenger imidlertid i vesentlig grad av hvorvidt hvert selskap foretar reelle og selvstendige vurderinger, eller om det kan være tendenser til at selskapene velger å legge seg på samme praksis som sine konkurrenter.

Finansdepartementet støtter lovforslaget om at forsikringsnektelser skal ha saklig begrunnelse. Et slikt krav vil blant annet kunne virke som en sikkerhetsventil mot at forsikringsselskaper kopierer hverandres avvisning av kundegrupper, uten selvstendig vurdering. Vi antar at begrunnelseskravet i utkastet til lovforslaget, sammen med adgangen til å bringe avslag at inn for Forsikringskadenemnda, vil gi det enkelte forsikringsselskap en ekstra tilskyndelse til å vurdere om det foreligger til-

strekkelige opplysninger til å anslå risiko, slik at det kan utarbeides et tilbud om forsikring.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon mener omfanget av usaklig forsikringsnektelse ikke er så stort at det er behov for nye regler om dette, men viser samtidig til at man ser at et slikt lovforslag kan være viktig for de som rammes.

Høringen tyder på at forsikringsnektelse på grunnlag av etnisk bakgrunn, religion, nasjonalitet mv. ikke er noe som forekommer i dag. Om det skulle skje, vil det være i strid med forbudet i diskrimineringsloven 3. juni 2005 nr. 33 § 4.

Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndigheter uttaler at man ikke er kjent med at nektelse av forsikring for innvandrere- og minoritetsgrupper er et omfattende problem i Norge, men at man støtter forslaget fordi man er opptatt av å styrke vernet mot diskriminering av etniske minoriteter.

Senter mot etnisk diskriminering (SMED), som også støtter forslaget, uttaler at senteret har erfart at etnisk eller nasjonal opprinnelse eller religion «på flere områder gjøres til et vurderingstema ved tilbud av varer eller tjenester som ellers tilbys allmennheten, eller at det knyttes særlige vilkår til tjenesten». SMED viser særlig til at personer med reisebevis for flyktninger eller asylsøkerbevis, nektes å etablere kundeforhold i bank, fordi banken ikke aksepterer deres legitimasjonsdokumenter, men nevner ikke eksempler på forsikringsnektelse på grunnlag av etnisk eller nasjonal opprinnelse eller religion.

4.2.4 Departementets vurdering

Departementet foreslår i § 3-10 (skadeforsikring) og § 12-12 (personforsikring) i forsikringsavtaleloven nye regler med krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse. Forslaget er basert på høringsbrevet fra Justisdepartementet 31. mai 2005.

Høringen bekrefter inntrykket av at forsikringsnektelser på grunnlag av betalingsanmerkninger har vært et betydelig problem. Dette problemet skulle imidlertid nå være løst, etter at Personvernemnda i sitt vedtak 23. mai 2005 fant at det etter lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) ikke er adgang til å benytte betalingsanmerkninger i en risikovurdering i forsikring (se punkt 4.6.1.1). I Forsikringsklagekontorets årsrapport fra 2005 (side 16) fremgår også at det innenfor motorvognforsikring var færre konflikter i 2005 om kontraheringsnektelse på grunn av betalingsanmerkninger enn i 2004. Forsikringsklagekontorets årsrapport fra 2006 nevner ikke temaet. Som det

fremgår av vedlegg 1 i proposisjonen her, Kredittilsynets brev 5. november 2007, sier nå bransjenormen fra Finansnæringens Hovedorganisasjon eksplisitt at nye kunder ikke kan avvises på det grunnlag at de vurderes som en kreditt risiko. Selv om dette spesielle problemet som nevnt nå synes løst, mener departementet at det forhold at selskapene utviklet en slik praksis, generelt kan være illustrerende for behovet for regler som stiller krav til saklig grunn ved forsikringsnektelser.

Praksis fra Forsikringsskadenemnda viser at de fleste sakene om forsikringsnektelse for nemnda har dreid seg om nektelse på grunn av betalingsanmerkninger, misligholdte premieinnbetalinger eller svik eller mistanke om svik på sikrings side. Forsikringsskadenemnda har relativt få saker om forsikringsnektelse på grunn av helsemessige forhold. Forsikringsklagekontoret sier i sin årsrapport for 2002 at det heller ikke er mange saker som blir avvist på grunn av medisinske uklarheter eller uenigheter. D e p a r t e m e n t e t vil imidlertid i denne forbindelse vise til at det i dag er begrenset hvilken mulighet nemnda har til å gå inn i medisinske spørsmål. (Se om dette punkt 7.1.) At nemnda ikke får inn mange saker om usaklige forsikringsnektelse på grunn av helsemessige forhold, betyr derfor ikke nødvendigvis at slike forsikringsnektelser ikke forekommer i noe større grad enn det erfaringen fra nemnda kan tyde på. En del høringsinstanser uttaler seg om forsikringsnektelser som er begrunnet i helsemessige forhold. *Aller Internett* viser til at 25 % av alle som søker om uføreforsikring, får en reservasjon knyttet til forsikringen, mens 10 % får avslag på søknaden. Høringsinstansene nevner ellers eksempler på at barn er nektet forsikring for fremtidig uførhet på grunnlag av Downs syndrom, men fikk ulykkesforsikring. Videre nevner *Kreftforeningen* at tidligere kreftsykdom kan medføre vanskeligheter med å få forsikring.

D e p a r t e m e n t e t viser her til at selskapene opererer med en liste over bestemte sykdommer og lidelser, «Retningslinjer for helsebedømmelse», som antas å innebære en særlig helserisiko. (Se nærmere om dette punkt 7.1.) Dersom forsikringssøkeren har sykdommer eller lidelser som er omfattet av denne listen, vil det medføre at vedkommende enten ikke får forsikring, eventuelt ikke før det er gått en viss tid, eller at forsikring tilbys bare til særlige vilkår eller til en høyere premie. Nærmere informasjon om selskapenes praksis her fremgår av Kredittilsynets brev 5. november 2007, som er tatt inn som vedlegg 1 til proposisjonen. I henhold til informasjonen der vil de fleste med diabetes eller høyt blodtrykk kunne tegne per-

sonforsikringer, men ofte med et premietillegg. Alle som nylig har hatt hjerteinfarkt, vil få avslag, men om det er gått mer enn et halvt år siden infarktet, og situasjonen er stabil, vil de fleste få tegne forsikring til forhøyet premie. Det fremgår videre av Kredittilsynets brev at barn med Down syndrom ikke får tegnet uføredekning, men kan få ulykkesforsikring, mens barn med dysleksi, hos flere selskaper vil få tegnet forsikring på normale vilkår. Se for øvrig nærmere informasjon i det nevnte brevet.

Praksis i selskapene der man nektes personforsikringer om man lider av visse sykdommer og lignende, må i utgangspunktet forstås i lys av kravene i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) om at selskapene skal foreta risikovurderinger, jf. kapittel 3. Som det fremgår der, kan det være i strid med forsikringslovens regler om en særlig risiko ikke får konsekvenser i form av høyere premie, andre særskilte vilkår og begrensninger, eller eventuelt en nektelse.

Det forhold at man har sett en del saker, blant annet i media, der det stilles spørsmål om en nektelse er tilstrekkelig saklig begrunnet, kan etter departementets syn tilsi at det er behov for at lovgivningen fastsetter nærmere grenser for hvilke krav som stilles til selskapene ved forsikringsnektelser. Både selskapene og kundene vil etter departementets syn være tjent med at visse spørsmål blir avklart, og at det gis regler som skal beskytte forsikringssøkerne mot vilkårlige og usaklige avslag. Departementet viser særlig til at det er grunn til å oppstille krav om at de *risikobetraktningene* som selskapene legger til grunn, er tilstrekkelig saklige og relevante.

4.3 Nærmere om hva som bør omfattes av reglene om forsikringsnektelse

4.3.1 Høringsbrevet

Forslaget i høringsbrevet 31. mai 2005 gjelder det å «nekte noen på vanlige vilkår en forsikring». Det presiseres i høringsbrevet at forsikringsselskaperes normale prisdifferensiering ut fra risikomesige forhold i utgangspunktet ikke rammes av den foreslåtte lovbestemmelsen. Høringsbrevet uttalte følgende om dette:

«Med «vanlige vilkår» siktes det til selskapets normale forsikringsvilkår for det aktuelle produktet. Videre omfattes premieberegningen. Med «vanlig» premie menes selskapets normale premieberegning i henhold til forsikringsvirksomhetsloven § 7-6, hvor det fremgår at

premiene skal stå i et rimelig forhold til den risiko som overtas, og i forhold til selskapets økonomi. Vanlige differensieringer i forsikringspremien mellom ulike grupper av forsikringstakere samt normale unntak og forbehold som er basert på generelle forsikringstekniske vurderinger, herunder tilgjengeligheten av reassuranse, vil falle inn under det som må anses som «vanlige vilkår». Bestemmelsen vil etter dette ikke kunne omgås ved at selskapet i stedet for å nekte noen å tegne forsikring, tilbyr forsikring med en vesentlig forhøyet premie eller med særskilte forbehold og unntak, når slike særlige vilkår ikke har saklig grunn. Departementet vil presisere at det ikke er meningen å begrense selskapenes anledning til å skreddersy et forsikringstilbud for tilfelle der det foreligger særlige risikoforhold e.l. I slike tilfelle må selskapet kunne velge mellom å avslå å tilby forsikring, eller å tilby forsikring bare til en vesentlig forhøyet premie og/eller med særskilte unntak eller vilkår. Men også i slike tilfelle kreves det saklig grunn etter lovforslagene annet og tredje ledd, og reglene i fjerde og femte ledd om krav til begrunnelse og rett til å klage saken inn for Forsikringssskadenemnda vil komme til anvendelse.»

4.3.2 Høringsinstansenes syn

Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet, Kreftforeningen og Finansnæringens Hovedorganisasjon drøfter om selskapenes alminnelige prisdifferensiering mellom kundegrupper som har ulik risiko, bør være omfattet av reglene som foreslås om forsikringsnektelse.

Barne- og familiedepartementet og Kreftforeningen tar til orde for at slik prisdifferensiering bør være omfattet av reglene. *Barne- og familiedepartementet* uttaler at en vesentlig forhøyd premie i realiteten kan innebære et avslag for den potensielle forsikringstakeren, og nevner i den forbindelse prisdifferensiering basert på kjønn. *Kreftforeningen* ber generelt om at departementet vurderer om kravet til begrunnelse bør gjelde også ved forhøyd premie, og viser til behovet for å ramme tilfelle der selskapene forsøker å omgå kravet til saklig grunn ved nektelse. *Norges Automobilforbund* gir uttrykk for at risikobetraktninger og premiedifferensiering basert på alder må være forsvarlige og kunne dokumenteres av selskapet.

Finansdepartementet og Finansnæringens Hovedorganisasjon presiserer at man legger til grunn at forslaget ikke er ment å omfatte selskaperes alminnelige prisdifferensiering mellom kundegrupper med ulik risiko.

Finansdepartementet uttaler:

«Ettersom lovforslaget etter vårt syn ikke kan forstås som et krav om subsidiering av bestemte personer eller grupper, antar vi at presiseringen «vanlige vilkår» i første ledd, kun er ment å avskjære selskapene fra å forsøke å omgå en regulering ved å kreve en premie som klart overstiger det som følger av vanlig praksis for premieberegning innenfor forsikringsvirksomhetslovens rammer. Dette kunne nemlig vært et alternativ til å nekte forsikring. Dette bør imidlertid presiseres i en eventuell lovproposisjon slik at en unngår feiltolkninger. Vi bemerker her at i tilfeller der skaderisiko eller sannsynlig skadeomfang antas å være spesielt stort, vil «vanlige vilkår» kunne innebære en premie som langt overstiger hva øvrige forsikringskunder skal betale, og det kan føre til at premien ligger over hva kunden er villig til å betale. At det er et betydelig gap mellom selskaps premiekrev og kundens betalingsvilje eller -evne, behøver derfor ikke i seg selv bety at det etter lovforslaget vil foreligge en ulovlig nektelse eller ikke «vanlige vilkår».»

Finansnæringens Hovedorganisasjon beskriver hvordan selskapenes prissetting er basert på inndeling av kundene i ulike risiko-/prisgrupper, som følger:

«Innholdet i hva som må anses for vanlige og aksepterte vilkår for overtakelse av risiko i et marked vil kunne variere fra generell «standardpris», via ulike typer prisdifferensiering, forbehold, betingelser, unntak, sikkerhetsforskrifter, spesielle forhøyede egenandeler, franchise, rabatteringer, førsterisikodekninger og til avslag fordi selskapet ikke ser seg i stand til å overta en risiko.

Saklighetskriteriet – herunder forståelsen av lovens kriterium; «vanlige vilkår» må reflektere dette.

Det er - generelt sett - svært sjelden aktuelt kun med individualisert vurdering og prissetting. Vurderings- og prisingsmekanismene baserer seg på at det er funnet å være statistisk sammenheng mellom visse kjennetegn og erfart risiko (for skade, uførhet, død osv). Slike kjennetegn kan (selvfølgelig variabelt med type forsikring) for eksempel være biltype, kjørelengde, bosted, alder, sykdommer, fritidsaktiviteter i form av ekstremidrett, sosio-økonomiske forhold, skadehistorikk, betalingsanmerkninger, forebyggings- og sikringstiltak med sikte på redusert skade m.m.

Basert på en kartlegging av en del ulike kjennetegn hos en potensiell kunde, henføres så denne under en «risiko-/prisgruppe» med tilsvarende andre kunder. En kunde med andre

karakteristika i form av andre faktorer av risikomessig betydning, henføres til en annen prisgruppe men for denne «like» kunder.

Når det gjelder individuelle personforsikringer er det noe vanligere å benytte mer individualisert vurdering eller mindre risikogrupper enn det man kan se på enkelte andre områder som for eksempel ulykkesforsikringer. Hvor spesifikke eller grovkornede vurderingene og gruppeinndelingene er, varierer med type forsikring og omfanget av forhold som påvirker risikobildet.

(...)

Hensikten med disse helt nødvendige differensieringskriteriene er å oppnå en - for alle kundene /kundegruppene - riktigst mulig pris i forhold til risiko.

Slik differensiering er helt nødvendig og avgjørende for at forsikringsselskapene skal tilfredsstillende kravene om sammenheng mellom risiko og pris og for at markedet skal fungere.

FNH viser til departementets mange uttalelser i høringsnotatet om at forslagene ikke er ment å gripe inn i disse forhold, da differensiert risikovurdering og prising m.m. (forbehold, pålegg, avslag) anses helt nødvendig og fundamentalt for forsikringsvirksomhet i et marked.»

Forbrukerrådet, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Aller Internett og Kreftforeningen reiser spørsmålet om ulike former for særskilte betingelser og forbehold bør være omfattet av reglene om krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse.

Aller Internett AS og Forbrukerrådet reiser spørsmål om såkalt «bundling», det vil si det at kundene tillates å tegne forsikring bare dersom de har andre forsikringer i samme selskap. *Forbrukerrådet* reiser også spørsmål om andre forhold ved måten forsikringsselskapene tilbyr sine produkter på, kan innebære forsikringsnektelse. For det første viser Forbrukerrådet til at ordningene med kollektive forsikringsavtaler kan føre til at personer uten arbeid ikke får tegnet forsikring i det hele tatt, dersom selskapene skulle komme til å tilby bare kollektive forsikringer. Forbrukerrådet uttaler også at forsikringsselskapene gjennom å tilby forsikringer bare over internett, kan utelukke ressursvake grupper som ikke har tilgang til PC. Forbrukerrådet uttaler om slike forhold:

«På området kollektive forsikringer, ser Forbrukerrådet fare for en situasjon sammenlignbart med kontraheringsnektelse, og som vi derfor vil gjøre departementet oppmerksom på.

Det foreligger nå en del kollektive forsikringsavtaler der det er inngått avtaler mellom bestemte grupperinger og forsikringsselskap. Et eksempel er Juristforbundets kollektive

avtale med Vital. Forsikringspremien er svært avtalt og det må vel kunne antas at det har noe å gjøre med at jurister er gode forsikringsrisikoer. Tilsvarende avtaler foreligger for en rekke andre yrkesgrupper som er presumptivt gode risikoer. På denne måten slipper Vital å tegne forsikring med de andre som er presumptivt dårligere risikoer. Dette resulterer i at de [med] høy risiko må gå ut på det åpne markedet for å tegne forsikring. Prisene er der vesentlig høyere enn for de som kan få forsikring gjennom de kollektive ordningene. Forbrukerrådet frykter at man på sikt kan få et A og B lag av forsikringstakere; de som kan tegne billige kollektive forsikringer og de som ikke kan det. Spesielt vil de som ikke er fagorganiserte eller som av ulike årsaker ikke er inne på arbeidsmarkedet, arbeidsledige, hjemmeværende, sosialklienter etc. kunne falle urimelig dårlig ut, i verste fall risikere å ikke få tegnet forsikring i det hele tatt, dersom selskapene skulle komme til å kun tilby kollektive forsikringer. Dette er en situasjon som ligger tett opp til kontraheringsnektelse, og som vi finner svært uheldig.

En annen form for kontraheringsnektelse er at noen selskaper forlanger at man må tegne minst tre forsikringer for å bli kunde i selskapet. Det tar ikke utgangspunkt i personopplysninger, men vi finner det likevel viktig [at] departementet gjøres oppmerksom på det i denne sammenheng. Poenget vårt er at det er mange grupper i befolkningen som ikke trenger tre forsikringer, og som derfor faller utenfor selskapets alminnelige vilkår for tegning. F.eks. vil en leietaker som ikke har bil, sjeldent ha bruk for annet enn en innboforsikring og kanskje en reiseforsikring. Reiseforsikring har imidlertid de fleste allerede gjennom sin betalingskortsavtale. Et annet eksempel kan være selskaper som kun tilbyr forsikring over internett. På denne måten slipper selskapene å tegne forsikring med ressursvake grupper som ikke har råd til pc og internett.»

Aller Internett og Kreftforeningen tar til orde for at særskilte forbehold og begrensninger i deknningen som tilbys den enkelte, må være omfattet av reglene. Typiske eksempler på slike innskrenkninger kan være for eksempel at det gjøres unntak for rygglidelser for en person med en historikk med rygglidelser.

Finansnæringens Hovedorganisasjon viser til at forslaget ikke må gripe inn i krav som selskapene stiller for å avgrense og konkretisere betingelsene for den risikoen som selskapene påtar seg, og uttaler:

«Som nevnt over forstår vi forslaget til å ikke gripe inn i etablert vanlig praksis mht ulike former for prisdifferensieringer og betingelser / forbehold dersom det er praksis og kriterier som det enkelte selskap anvender som generelle kriterier for å kunne ha nødvendig og tilstrekkelig kontroll på den risikoen de påtar seg. Slike forhold må ut fra å være vanlige og generelt praktiserte vilkår, anses som saklige.

Vi vil nevne noen eksempler for å illustrere dette. Disse er tatt både fra liv- og skadesiden.

Slike forhold kan for eksempel være tegningsbestemmelser og vilkår i de enkelte selskapene om at en forsikringsdekning bare selges som tilleggsdekning til en annen (grunn-) dekning (bilkasko kun som tillegg til ansvarsforsikring), at visse produkter bare tilbys til visse kundegrupper (f.eks. superdekninger basert på spesialbefaring av objektet), spesial- eller premium-dekninger bare til visse kategorier (total-) kunder, at det stilles krav til statsborgerskap eller botid i Norge (som kan være aktuelt for visse personforsikringer), at kunden registrerer båten i Småbåtregistret, at bygninger er sikret på bestemte måter m.m.m.

Dette vil være generelle kriterier og prinsipper for risikoovertakelse av parallell karakter til departementets eksempel med selskaper som tilbyr forsikringer av en viss type bare til en bestemt krets (for eksempel medlemmer av bestemte organisasjoner).

(...)

FNH legger med andre ord til grunn at begrepet «vanlige vilkår» må forstås til å være selskapets generelle kriterier, krav og retningslinjer som er betingelser og kriterier som alle potensielle kunder blir møtt med.»

For øvrig vises også til punkt 5.3 med høringsinstansenes merknader til NOU 2000: 23 når det gjelder krav til begrunnelse ved tilbud om personforsikring på særskilte vilkår.

4.3.3 Departementets vurdering

Departementet foreslår at reglene om forsikringsnektelse skal gjelde det å nekte noen på vanlige vilkår en forsikring som selskapet ellers tilbyr allmennheten, i tråd med forslaget i høringsbrevet, jf. første ledd i forslaget til nye bestemmelser i forsikringsavtaleloven §§ 3-10 og 12-12.

(I tillegg foreslås regler om begrunnelse også der det kreves en særlig høy premie, uten at det er tale om en forsikringsnektelse. Se nærmere om dette kapittel 6.)

En forsikringsnektelse kan være fullstendig, eller delvis. Begge deler bør være omfattet av reglene om forsikringsnektelse. En fullstendig for-

sikringsnektelse har man der selskapene avviser en kunde helt, eller tilbyr en kunde en type forsikring og nekter en annen. Delvis forsikringsnektelse har man der selskapet tilbyr en kunde forsikring med reservasjoner som innebærer visse nærmere bestemte unntak fra dekningen, for eksempel at psykisk sykdom eller hjertelidelser ikke er dekket. Med departementets forslag tas det sikte på at reglene skal omfatte alle tilfelle der kunden blir avskåret fra nærmere bestemte forsikringsdekninger som vanligvis tilbys andre.

Enkelte høringsinstanser påpeker at selskapernes alminnelige premiedifferensiering og inndeling i risikogrupper i den forbindelse bør være saklig begrunnet. Departementet er enig i at den alminnelige prisdifferensieringen bør være underlagt krav til saklighet, men viser til at lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) allerede regulerer dette. Som det fremgår i kapittel 3, krever forsikringsloven §§ 6-7, 9-3 og 12-1 allerede at forsikringsvilkårene skal være rimelige, og at premien skal stå i et rimelig forhold til risikoen. Kredittilsynet har tilsynet med at selskapene opererer med premier som er i samsvar med disse prinsippene i forsikringsloven. Departementet ser på denne bakgrunn ikke behov for i tillegg å etablere i forsikringsavtaleloven et saklighetskrav knyttet til den alminnelige premiedifferensieringen. Departementet foreslår derfor ikke at tilbud på forsikring til særlig høy premie skal være omfattet av reglene om forsikringsnektelse. Det er likevel et behov for regler om begrunnelse i slike tilfelle, se om dette kapittel 6.

I visse tilfelle kan det tenkes at selskapet i stedet for å avvise en forsikringssøker, setter umulige vilkår, for eksempel en urimelig høy premie, og at tilbudet i realiteten er et forsøk på å omgå reglene om krav til saklig grunn. Til dette skal departementet først bemerke at et forsikringstilbud til en premie som åpenbart er alt for høy i forhold til den aktuelle risikoen, vil være i strid med forsikringslovens regler. Ved slike forsøk på omgåelser er det likevel hensiktsmessig at forsikringsavtalelovens regler om forsikringsnektelse gjelder i tillegg for å unngå omgåelser av reglene om forsikringsnektelse.

Forbrukerrådet har i høringen reist spørsmål om tilbud av forsikring som tilbys bare gjennom kollektive avtaler, på internett eller i sammenheng med andre forsikringsprodukter («bundling»), kan anses å ligge nært opp til forsikringsnektelse, fordi dette kan gjøre det vanskelig for visse grupper å få forsikring. D e p a r t e m e n t e t har notert seg disse betraktningene, men vil i den sammenheng

presisere at lovforslaget ikke har til hensikt å pålegge selskapene å markedsføre forsikring på bestemte måter. Poenget med lovforslaget er at *når* et selskap først tilbyr et forsikringsprodukt til allmennheten, så er det ikke adgang til å nekte forsikring til visse personer som henvender seg til selskapet og ber om forsikring, uten at avslaget har saklig grunn. Forsikringsloven § 2-1 annet ledd innebærer visse forutsetninger med hensyn til at selskapene må gjøre forsikring tilgjengelig slik at det ikke får uheldige virkninger for grupper av forsikringstakere, jf. om dette i kapittel 4.2.1 foran. Innenfor rammene i forsikringsloven, som Kredittilsynet har tilsynet med, må det være opp til selskapene selv hva slags forsikringsprodukter de vil tilby i markedet, hvilket marked selskapene henvender seg til, eller hvordan de markedsfører produktene. Tilsvarende gjelder såkalt «bundling», altså det at selskapene krever at en forsikringstaker tegner flere typer forsikring i selskapet.

4.4 Bør reglene også gjelde forsikring til næringsdrivende?

4.4.1 Forslaget i høringsbrevet

I høringsbrevet ble det foreslått at selskapet ikke uten saklig grunn skal kunne nekte «noen» å tegne en forsikring på vanlige vilkår. Det ble ikke drøftet nærmere hvem som omfattes av uttrykket «noen».

4.4.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstanser fra forsikringsbransjen tar opp spørsmålet om forslaget bør begrenses til å gjelde bare i forbrukerforhold, eller om også juridiske personer/næringsdrivende bør være omfattet.

Norske Pensjonskassers Forening tar opp spørsmålet om selskapenes nektelse av å tegne forsikring av konkurransemessige årsaker, og viser særlig til en situasjon der livsforsikringsselskapene skulle avslå å tegne forsikringer for innskuddsfritak/premiefritak under uførhet for pensjonsordninger i innskuddspensjonsforetak. På denne bakgrunn anmodes om at det presiseres at forslaget også gjelder forsikringsnektelser som rammer juridiske personer som en del av et forsikringsprodukt.

CEFOR og *Finansnæringens Hovedorganisasjon* mener derimot at forslaget bør begrenses til å gjelde bare privatforsikringer/forbrukerforhold.

Finansnæringens Hovedorganisasjon viser til at bakgrunnen for forslaget og departementets situasjonsbeskrivelse knytter seg til forbrukerforhold,

og mener at det verken er påvist behov for eller utredet konsekvensene av å innføre regler om forsikringsnektelse i næringsforsikring. Finansnæringsens Hovedorganisasjon uttaler:

«FNH mener dette bakteppet og departementets situasjonsbeskrivelse er dekkende og må reflekteres i en eventuell lovendring på en slik måte at den både er tilstrekkelig presis og heller ikke videre enn det er behov og legitimt grunnlag for. Slik sett må lovendringen blant annet avgrenses til å gjelde privatforsikringer / forbrukerforhold. Det synes ikke å være behovsmessig legitimitet i å innføre dette for næringslivskunder. Samtidig er det ikke anført noen konsekvensvurderinger av om man skulle tenke seg slike regler på næringsområdet.

(Et eksempel som kan understøtte dette er yrkesskadeforsikring som er en lovpålagt ordning. Det var der tidlig uttalt frykt for at næringsdrivende ville kunne bli nektet forsikring med den følge at de ble stående uforsikret. Næringen opprettet derfor en poolordning hvor forsikringspliktige arbeidsgivere som ikke fikk tegnet forsikring i et selskap, kunne få avdekket seg. Denne poolordningen har i løpet av sin snart 15 årige historie hatt under en håndfull saker til vurdering. Selv disse har stort sett så fått forsikring etter ny vurdering i et selskap. Et par andre eksempler fra næringsområdet de siste årene er trehoteller og asylmottak. Det synes uomtvistet at de få tilfellene hvor det har vært problem med å etablere forsikring, er dette klart risikomessig betinget. Det har klart ikke vært grunnlag for å påstå usaklighet. Så vidt vi har registrert er det heller ikke fremholdt usaklighet her.)

(...)

Som det fremkommer i departementets behovsbeskrivelse og øvrig begrepsbruk i høringsnotat retter forslaget seg mot enkeltpersoner / forbrukere.

FNH ber om at det fremkommer klart at bestemmelsene gjelder denne gruppen forsikringskunder. Vi mener denne avklaringen er nødvendig da selve lovteksten i forslaget er generell og vid. Vi mener at det verken er påvist behov for eller tilstrekkelig utredet eller vurdert konsekvensene av at slike regler eventuelt også skulle gjelde overfor næringsdrivende kunder som for eksempel etablerer kollektive forsikringer med spesielle tilknyttede deknninger, rettigheter og sammensatte forsikringsløsninger.»

CEFOR viser til at forslagene ikke passer for næringsforsikring og uttaler:

«Vi er av den oppfatning at forslaget ikke passer for næringsforsikring. Der er bruk av

meglere utbredt også blant mindre næringsdrivende, slik at muligheten for å skaffe dekning i inn- og utland er stor. De tilfellene en dekning avslås i sjø- eller transportforsikring begrunnes [dette] med risikobetraktninger, enten knyttet til forsikringsobjektet/transportmåten eller til kundens antatte forhold til forsikringsvilkårene.

Argumentasjonen og begrepsbruken i departementets høringsnotat synes å indikere at det er forbrukermarkedet og privatpersoner forslaget er rettet mot. Høringsnotatet inneholder ingen drøftelse av behovet for å gi bestemmelsen anvendelse på næringsforsikring. Vi anser det som svært betenkelig å gi bestemmelsen anvendelse på næringsforsikring uten at behovet og konsekvensene er utredet.

Dersom bestemmelsen får anvendelse på næringsforsikring, kan det stilles spørsmål om den kan få analogisk anvendelse i de tilfeller hvor selskapet tilbyr en dekning, men til en pris som den næringsdrivende finner i realiteten innebærer et usaklig avslag. I stedet for å prøve å oppnå en gunstigere pris i markedet gjennom en megler, kan enkelte kunder velge å klage tilbudet inn for Forsikringskadenemnda og i ettertid saksøke selskapet for mulig økonomisk tap som følge av et avslag.

Vi forutsetter for øvrig at den foreslåtte § 3-10 kun kommer til anvendelse på avtaler som FAL er ufravikelig for, jfr. § 1-3 annet ledd, dersom den får anvendelse på næringsforsikring.»

4.4.3 Departementets vurdering

Departementet er enig i uttalelsene fra *Finansnæringsens Hovedorganisasjon* og *CEFOR* om at bakgrunnen for forslagene i høringsbrevet først og fremst er eksempler på usaklige forsikringsnektelser i forbrukerforhold. Likevel foreslår departementet ikke å avgrense reglene til forbrukerforhold, slik disse høringsinstansene tar til orde for. Departementet ser det for det første som ønskelig at virkeområdet er det samme for alle bestemmelsene i forsikringsavtalelovens enkelte deler, hvis ikke særskilte hensyn tilsier noe annet. I del A er det ikke vanlig å skille mellom privatforsikring og næringsforsikring. Forsikringsavtaleloven kapittel 3, hvor den foreslåtte § 3-10 vil inngå, inneholder ikke noe slikt skille. I § 7-1 om hvem en forsikring gjelder til fordel for, skilles det mellom forsikring i og utenfor næringsvirksomhet. Der er imidlertid dette skillet nødvendig for å gi reglene mening. Departementet mener en bør unngå å innføre et slikt skille i forsikringsavtaleloven annet enn der dette er helt nødvendig. (Som det fremgår i punkt 4.1.3, er reglene om kontraheringsplikt i Sverige

begrenset til forsikring i forbrukerforhold. Departementet viser i denne forbindelse til at svensk rett, i motsetning til den norske forsikringsavtaleloven, generelt skiller mellom forbrukerforsikring og næringsforsikring.)

Lovens del B – og herunder kapittel 12 – gjelder bare personforsikringer. Her oppstår derfor ikke spørsmål om forsikring til næringsdrivende. For kollektive forsikringsordninger gjelder reglene i kapittel 12 bare «så langt de passer», jf. § 19-1. Kollektive forsikringer tilbys ikke til allmennheten, og faller derfor utenfor de reglene som foreslås, jf. nærmere om dette i punkt 12.1 i spesialmerknadene til §§ 3-10 og 12-12. Departementet anser forslaget fra *Norske pensjonskassers forening* for å ligge utenfor rammene for det som er formålet med forslaget i høringsbrevet, og foreslår derfor ikke en slik særlig regel som foreslås i høringsuttalelsen. Det antas at slike konkurransemessige forhold i tilfelle heller bør reguleres i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven).

Finansnærings Hovedorganisasjon og *CEFOR* viser til at de fleste forsikringsnektelser i næringsforhold har vært saklig begrunnet, men det samme gjelder nok i forbrukerforhold. Departementets forslag er i alle tilfelle ment å avhjelpe de relativt få unntakstilfellene der usaklige forsikringsnektelser faktisk forekommer. Selv om bestemmelsene antakelig vil få større betydning ved forsikring til privatpersoner enn ved næringsforsikring, kan man neppe utelukke at usaklige forsikringsnektelser også kan forekomme ved forsikring til næringsdrivende. Spesielt gjelder dette mindre næringsdrivende. Små og mellomstore bedrifter vil ofte stå i et liknende forhold til forsikringsselskapene som privatpersoner gjør når det gjelder forhandlingsposisjon og muligheten til å innhente forsikringer i markedet.

For virksomheter som er unntatt fra forsikringsavtalelovens tvingende karakter, jf. forsikringsavtaleloven § 1-3 annet ledd, synes det derimot å være mindre behov for regler om forsikringsnektelse. Videre synes det å være best i samsvar med forsikringsavtalelovens system at de nye reglene om forsikringsnektelse her ikke kommer til anvendelse. Bestemmelsen i § 1-3 annet ledd, som angir hvilke regler som kan fravikes ved avtale, synes imidlertid ikke direkte anvendelig ved saker om forsikringsnektelse, der det jo ikke inngås noen avtale. Departementet foreslår derfor et nytt tredje ledd i forsikringsavtaleloven § 1-3, som presiserer at virksomheter som er omfattet av annet ledd, også er unntatt fra anvendelsen av § 3-

10. (Bestemmelsen i § 12-12 om personforsikring er ikke relevant i denne forbindelse.)

4.5 Det nærmere innholdet i saklighetskravet

4.5.1 Forslaget i høringsbrevet

I høringsbrevet foreslo departementet følgende presisering av innholdet i kravet til saklig grunn:

«Som saklig grunn for avslag regnes at det foreligger særlige forhold knyttet til risikoen for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, eller til det sannsynlige omfanget av en eventuell skade, samt andre særlige forhold som medfører at avslaget ikke kan anses urimelig overfor den enkelte.»

Første og annet alternativ om «særlige forhold knyttet til risikoen for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, eller til det sannsynlige omfanget av en eventuell skade» knytter seg til selskapenes risikobetraktninger. Høringsbrevet presiserte at forsikringsselskapene må kunne legge til grunn risikobetraktninger og nekte å tilby forsikring der de finner at risikoen er uønsket høy, og at vurderinger som ligger innenfor rammen av reglene i forsikringsvirksomhetsloven, vil bli å anse som saklige. Departementet sa om dette i høringsbrevet:

«Forsikringsselskapene er private aktører som drives etter forretningsmessige prinsipper, og det ligger også i forsikringsvirksomhetsloven § 7-6 at det skal være et visst samsvar mellom premie og den risiko selskapet påtar seg. Forsikringsselskapene må derfor kunne legge til grunn en risikobetraktning ved vurderingen av om selskapet vil tilby en person et forsikringsprodukt eller ikke, og de må kunne nekte å tilby forsikring eller oppstille særskilte vilkår der man finner at risikoen er uønsket høy. Annet ledd presiserer derfor at en slik risikobetraktning er å anse som saklig grunn. Forutsetningen er at denne risikovurderingen er forsvarlig. Vurderinger som ligger innenfor rammen av reglene i forsikringsvirksomhetsloven §§ 7-6 og 7-7, vil bli å anse som saklige. Det ligger også i dette at det i helt spesielle tilfelle kan være så vanskelig å vurdere hvilken risiko en kunde representerer og hvordan en riktig premie skal beregnes, at selskapet av den grunn kan ha saklig grunn til å nekte forsikring.»

Høringsbrevet oppstilte ingen nedre grense, i form av noe rimelighetskrav eller liknende, for hva slags risiko som kan begrunne avslag, så lenge selskapets risikovurderinger er forsvarlige og i tråd med reglene i forsikringsvirksomhetsloven.

Når det gjelder avslag på grunnlag av andre særlige forhold enn risikobetraktninger, foreslo høringsbrevet at avslaget bare vil være saklig om det ikke kan anses urimelig overfor den enkelte. Høringsbrevet sa om dette:

«I tillegg til forhold knyttet til risikoen kan etter annet ledd tredje alternativ «andre særlige forhold» utgjøre saklig grunn, dersom dette forholdet medfører at avslaget ikke kan anses urimelig overfor den enkelte. Typiske eksempler på dette kan være at vedkommende tidligere er dømt for forsikringssvindel, eller at vedkommende ikke vil gi selskapet nødvendige opplysninger om risikoen. For at forsikringsselskapene skal kunne foreta en risikovurdering, er det ofte nødvendig at kundene oppfyller sin opplysningsplikt. Forsikringsselskapenes plikt til å tilby forsikring må derfor ses i sammenheng med plikten for den som etterspør forsikring til å gi opplysninger om risikoen, jf. forsikringsavtaleloven kapittel 4 og kapittel 13. Om kunden ikke selv bidrar til sakens opplysning på denne måten, kan dette i seg selv være et slikt særlig forhold som etter annet ledd tredje alternativ kan begrunne nektelse av å tilby forsikring.»

Høringsbrevet viste ellers til at de nærmere grensene for saklighetskravet må trekkes opp gjennom Forsikrings-skadenemndas og domstolens praksis.

4.5.2 Høringsinstansenes syn

Følgende høringsinstanser har uttalt seg om kravet til saklig grunn: *Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet, Forbrukerombudet, Forbrukerrådet, Kredittilsynet, Norges Bank, CEFOR, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Kreftforeningen, Nordland fylkeskommune og Norges Automobilforbund.*

Høringsinstansene kan grovt sett sies å falle i to grupper. Representantene med tilknytning til finans og forsikring, *Finansdepartementet, Norges Bank, Kredittilsynet, CEFOR og Finansnæringens Hovedorganisasjon*, støtter forslagene i høringsbrevet om det nærmere innholdet i kravet til saklig grunn. Disse høringsinstansene legger i den forbindelse betydelig vekt på høringsbrevets uttalelser om at risikovurderinger vil være saklig grunnlag for avslag. *Barne- og familiedepartementet* støtter forslagene, og uttaler at man er enig i at det bør gjelde et forsvarlighetskrav, og at dette kravet bør synliggjøres i lovteksten.

Andre høringsinstanser etterlyser en terskel for når risikovurderinger kan være saklig grunnlag

for avslag. Dette gjelder *Forbrukerrådet*, som mener man bør gå mye lenger i å lovregulere retten til forsikring, samt *Forbrukerombudet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Kreftforeningen.*

Finansdepartementet viser særlig til at forslaget i høringsbrevet ikke legger opp til at personer med lav risiko skal finansiere personer med høy risiko, og uttaler:

«Forsikringsvirksomhetsloven bestemmer blant annet at et forsikringsselskap skal benytte premier som står i rimelig forhold til den risiko som overtas og i forhold til selskapets økonomi. Dette gjenspeiles i lovforslaget (annet ledd) der det blant annet heter at «som saklig grunn for avslag regnes at det foreligger særlige forhold knyttet til risikoen for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, eller til det sannsynlige omfanget av en eventuell skade.»

Finansdepartementet legger derfor til grunn at det i utkastet til lovforslag ikke legges opp til at enkelte personer eller grupper med særskilt høy risiko skal subsidieres av forsikringstakere med lavere risiko, eller via forsikringsselskapenes overskudd. Dermed synes det heller ikke å være grunn til å frykte at forsikringstakere med lav risiko skal avstå fra å forsikre seg (som følge av premieøkninger forårsaket av høyrisikogrupper) eller at forsikringsselskapene i økende grad vil velge å etablere seg som såkalte nisjeselskaper som bare tilbyr forsikring til grupper med antatt lav skaderisiko.

(...)

Risikovurderinger kan være vanskelige og kostnadskrevende. Vi mener man, generelt og uavhengig av en eventuell lovregulering, kan vente grundigere risikovurderinger når det handler om større grupper av antatt sammenliknbare forsikringstakere, enn for små grupper eller enkeltstående forsikringstakere. Jo større gruppen er, jo bedre vil normalt også det statistiske grunnlaget være for beregning av risiko. Departementet antar at en nektelse av fremsettelse av forsikringstilbud basert på en vurdering av at selskapets foreliggende statistiske grunnlag for fastsettelse av premie ikke er dekkende for den aktuelle forsikringen, vil være saklig. Dette vil særlig være aktuelt i forhold til personer med spesielle risikomessige kjennetegn. Med en større gruppe kan selskapet videre spre kostnadene ved risikovurdering og utforming av forsikringsvilkår på flere kunder.

(...)

Finansdepartementet støtter lovforslaget om at forsikringsnektelser skal ha saklig begrunnelse. Et slikt krav vil blant annet kunne

virke som en sikkerhetsventil mot at forsikringsselskaper kopierer hverandres avvisning av kundegrupper, uten selvstendig vurdering.»

Kredittilsynet presiserer at man vil understreke «viktigheten av det som sies i Justisdepartementets høringsbrev om at forsikringsselskapene er private aktører som drives etter forretningsmessige prinsipper, og at det ligger i forsikringsvirksomhetsloven [1988] § 7-6 at det skal være samsvar mellom premie og den risiko selskapet påtar seg». Videre uttaler Kredittilsynet:

«Forsikringsskadenemnda bør utvise tilbakeholdenhet med å overprøve selskapets risikovurdering innenfor forsikringsvirksomhetslovens § 7-6.»

Norges Bank presiserer at det er viktig at risikobetraktninger som ligger innenfor rammen av forsikringsvirksomhetslovens regler, regnes som saklige.

Finansnæringens Hovedorganisasjon presiserer at forsikringsselskapene må kunne legge vekt på risiko ved vurderingen av om selskapet vil tilby en person et forsikringsprodukt eller ikke. Organisasjonen viser til at et forsikringsselskap selv må avgjøre hva slags risikotyper det ønsker å ta inn i de forsikringsordningene som tilbys, ut fra hensynet til inntjening og nødvendigheten av å beskytte seg mot uønskede risikoer, og uttaler:

«Departementet understreker at lovforslaget ikke har til hensikt å pålegge selskapene å påta seg noen økt risiko i forhold til dagens praksis, samt at forslagene heller ikke tar sikte på å gripe inn i gjeldende praksis med å kreve økt premie eller særlige vilkår hvor det foreligger særskilt risiko.

FNH legger etter dette til grunn at forslaget er ment å fange opp og beskytte enkeltpersoner mot usaklige avvik fra alminnelig praksis, og ber om at dette fremkommer klart i forarbeidene.

(...)

FNH mener det er helt essensielt – og at det klart er saklig – at et forsikringsselskap selv kan avgrense det forretningsområdet/de risikotyper det ser seg i stand til å overta. Forutsetningen for at dette skal anses saklig ihht den aktuelle bestemmelsen må være at de potensielle kundene behandles etter like kriterier.

Departementet nedfeller følgende kommentar i tilknytningen til forslaget:

«Forsikringsselskapene er private aktører som drives etter forretningsmessige prinsipper, og det ligger også i forsikringsvirksomhetsloven §7-6 at det skal være et visst samsvar mellom premie og den risiko selskapet påtar

seg. Hensynet til inntjening og nødvendigheten av å beskytte seg mot uønsket risiko står sentralt i selskapenes vurderinger. Forsikringsselskapene må derfor kunne legge til grunn en risikobetraktning ved vurderingen av om selskapet vil tilby en person et forsikringsprodukt eller ikke, og de må kunne nekte å tilby forsikring eller oppstille særskilte vilkår der man finner at risikoen er uønsket høy. Annet ledd presiserer derfor at en slik risikobetraktning er å anse som saklig grunn. Forutsetningen er at denne risikovurderingen er forsvarlig.»

FNH er av den oppfatning at dette gir en god beskrivelse av at det må anses saklig å nekte å overta en risiko dersom den av selskapet vurderes til å være uønsket høy og / eller det av andre grunner vil være vanskelig å «matche» risikoen med «riktig» pris eller hensiktsmessige betingelser for øvrig. Tilsvarende kan også gjelde hvor risikoen av annen grunn er så spesiell at et selskap ikke finner det forretningsmessig forsvarlig å ta den på seg. Det vises her til det vi har fremholdt innledningsvis om at et grunnprinsipp for forsikring er inndeling av risikoer i grupper. Forutsetningen for forsvarlig forsikringsdrift er at det er grunnlag for å utjevne risikoen mellom kunder i forsikringsselskapets kundefelleskap. Det kan i praksis tenkes at visse risikoer er av så spesiell karakter at et selskap etter sin forsikringsporteføljes art og sammensetning ikke ser det riktig å ta inn slike helt spesielle risikoer nettopp fordi det ikke er andre kunder av samme kategori å spre risikoen på (på en rimelig måte). Dette henger også sammen med at noen typer risiki er så spesielle at selskapene ikke finner å kunne bygge opp nødvendig kompetanse til å kunne foreta en nødvendig gjennomgang og vurdering av denne type risiko. Dette gjelder dog primært for næringslivsforsikring samt for små selskaper med mer nisjepreget satsning. På denne bakgrunn ber vi om at departementets vurderinger slik de fremkommer her – supplert med de tilleggsbetraktningene vi har nevnt – inntas under merknadene til de enkelte bestemmelsene i et lovforslag.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon drøfter også bruken av statistisk materiale i risikovurderingene, og gir uttrykk for at en faktor som statistisk viser seg å skille mellom god og dårlig risiko, generelt bør være å anse som saklig grunn for nektelse. Det uttales om dette:

«Anvendelsen av saklighetskravet i loven må så baseres på den risikomessige betydningen av ulike kriterier. Dersom den er klar / stor / signifikant, bør anvendelsen av kriteriet anses å være saklig.

(Vi ser her bort fra at det kan være naturlig at samfunnet for å verne spesielle grupper, interesser eller friheter helt generelt, forbyr å legge vekt på visse diskrimineringskriterier som rase, religion samt genetisk testbaserte opplysninger i hht bioteknologilovgivningen. Dette vil da være forhold som ingen – og da heller ikke forsikringsselskapene – kan vektlegge.)

Saklighetsvurderingen må slik FNH ser det, med andre ord ikke variere med hva slags art eller type enkeltopplysning det dreier seg om (forhold knyttet til utstyr eller type bil, brukeren, en persons helse, økonomien, vedkommendes handlingsmønster og måte å ta vare på det forsikrede objekt, sikrings- eller forebyggingstiltak eller andre forhold), men basere seg på om selskapet har statistisk signifikant grunnlag for at visse kriterier faktisk er gode indikator på forhøyet eller redusert risiko (og dermed om kriteriet kan anvendes til å differensiere premien eller eventuelt i siste instans indikere at risikoen er så høy eller spesiell at den ikke kan overtas).

Gitt at en faktor rent faktisk og statistisk viser seg å være et godt kriterium for å skille på god og dårlig risiko, bør det anses saklig å anvende denne i relasjon til forsikringsavtalelovens regler. Noe annet er som nevnt om annen lovgivning på generell basis spesialregulerer visse forhold eller interesser.»

CEFOR uttaler generelt at man tiltrer synspunktene fra FNH.

Forbrukerombudet støtter forslaget i utgangspunktet, men mener det bør gjelde en nedre terskel for hva slags risiko som kan utgjøre saklig grunn for nektelse:

«Når det gjelder utforming av bestemmelsenes ordlyd, ville jeg som nevnt foretrekke at det i større grad ble konkretisert hva som ligger i begrepet «saklig grunn». Det bør herunder etableres en terskel for når økt skaderisiko og skadeomfang anses som saklig grunn for avslag. Regelen vil etter min mening miste mye av sitt innhold, hvis kun marginale utslag skal få relevans. Herunder vil det etter min mening være naturlig og klart hensiktsmessig at også økt skaderisiko og skadeomfang som grunn for nektelsen blir underlagt en rimelighetsvurdering lik den siste alternativ i §§ 3-10 (2) og 12-12 (2) legger opp til. Dette vil gjøre at Forsikringsskadenemnda vil kunne overprøve selskapets vurdering i tilfeller hvor nektelsen vil virke urimelig, eksempelvis hvor nektelsen er begrunnet i økt skaderisiko/skadeomfang og denne økningen er marginal eller virker svært søkt. Som kjent kan de fleste personer plasseres i en eller annen form for «risikogruppe»

uten at dette alltid bør være relevant i forhold til forsikringsytelsen man ønsker seg.»

Forbrukerrådet mener forslaget gir selskapene for stor frihet til selv å avgjøre hvordan risikoen skal vurderes, og etterlyser en nærmere avgrensning av når en økt risiko kan være saklig grunn for avslag. Videre uttaler Forbrukerrådet at det må gjelde et krav til årsakssammenheng mellom de faktorer som legges til grunn i selskapenes risikovurderinger, og den aktuelle risikoen, og at det i tillegg må oppstilles et rimelighetskrav knyttet til hvordan et avslag kan virke inn på den enkelte. Forbrukerrådet tar også til orde for at forsikring er et nødvendighetsgode som alle bør ha tilgang til, og at selskapene derfor til en viss grad bør pålegges å gi forsikring på vanlige vilkår til alle, uavhengig av risikoen, for eksempel når det gjelder forhold som vedkommende ikke selv kan noe for. Forbrukerrådet uttaler om dette:

«Forbrukerrådet har i lengre tid etterlyst en lovfestet rett til forsikring. Forbrukerrådet er imidlertid skuffet over fremlagte forslag, som i liten grad inneholder konkrete forbedringer, men er mer en kodifisering av gjeldende rett. Etter Forbrukerrådets mening er det uheldig at de vage grensene for hva som skal være saklig og rimelig grunn for avslag på en forsikringssøknad opprettholdes, da det nettopp er disse spørsmål som har vært tema i de mange klagene Forbrukerrådet har mottatt og som også har vært behandlet i forsikringsskadenemnda. Videre mener Forbrukerrådet at det er uheldig at lovforslaget åpner for at selskapene i så stor grad selv kan definere saklig grunn ut fra skaderisiko.

Forbrukerrådet er derfor svært overrasket over at lovforslaget mangler en bred politisk verdivurdering knyttet til hva som er akseptabelt/uakseptabelt som begrunnelse for å nekte forsikring. Forbrukerrådet mener at de samfunnsetiske dilemmaene som reises i disse sakene, bør avklares politisk og ikke overlates til forsikringsskadenemnda eller den enkelte dommer. Etter Forbrukerrådets syn, er det derfor svært viktig at det snarest nedsettes et bredt politisk utvalg som ser nærmere på innholdet av saklig nektelse og som også vurderer det enkelte typetilfellet.

Etter Forbrukerrådets syn er forsikring viktig både i samfunnet og for samfunnet. Forbrukerrådet ser på de mest vanlige forsikringene som et nødvendighetsgode som alle bør ha tilgang til. Innen tingforsikring vil dette gjelde hus, innbo og bil. For personforsikring vil det være gjeldsforsikring, livsforsikring og uføredekning, men kanskje begrenset opad til en bestemt sum, jf. Røsægutvalgets innstilling.

Ansvarsforsikring må også gå inn under kategorien «nødvendighets gode», som alle må gis tilgang til å tegne, både av hensyn til den som kommer i ansvar og for den uskyldige tredjepart som kan bli rammet, for eksempel at en fotgjenger blir påkjørt av en syklist. Forbrukerrådet mener derfor at alle forbrukere må kunne få tegnet forsikring, slik at de sikres den trygghet forsikring er ment å gi. Det er viktig å poengtere at forsikringsselskapene har et helt spesielt samfunnsansvar til å tilby forsikringsgrupper i hele landet et tilstrekkelig forsikringstilbud, selv om de driver kommersielt.

(...)

Forbrukerrådets innvending til forslaget er at den er for skjønsmessig formulert, og gir selskapene for stort slingringsmonn til selv å bestemme hvordan og ut fra hvilke kriterier risikoen skal vurderes.

I tillegg savner vi et krav til årsakssammenheng. Det må med andre ord stilles et krav om årsakssammenheng mellom det aktuelle parameter (de som indikerer økt risiko) og den økte risiko for at forholdet skal kunne ha relevans. Selv om det statistisk kan påvises en større skaderisiko hos personer med betalingsanmerkninger, så foreligger det ingen faktisk årsakssammenheng i følge professor Bent Natvig. Årsaken til den økte statistiske risikoen selskapene har fremlagt på dette feltet, er i følge Natvig at det foreligger «en skjult felles variabel mellom statistikken og økt skadeutbetalinger».

Et annet konkret eksempel som er aktuelt, er innen bilforsikring. Selskapene tar høyere bilforsikringspremie for personer under 25 år enn dem som er over. Det kan helt sikkert påvises større statistisk risiko for denne aldersgruppen enn for andre aldersgrupper. Forbrukerrådet betviler likevel årsakssammenheng. Risikoen hos de under 25 år er jo svært individuell ettersom hvor lenge de har kjørt bil, hvor meget, samt personlige forhold. Forbrukerrådet mener at selskapene heller burde sette opp premien for de som har liten kjøreefaring. Da ville det etter vårt syn kunne foreligge årsakssammenheng, jf. det vil presumptivt være flere skader hos dem med liten kjøreefaring enn de med mye kjøreefaring.

Det må imidlertid presiseres at selv om det foreligger grunn til avslag ut fra skaderisiko og årsakssammenheng, må det gis retningslinjer for at det, likevel kan være forhold selskapet ikke kan ta med i sin vurdering, bl.a. risikoer forsikringstaker ikke kan noe for. Det er slike retningslinjer Forbrukerrådet mener bør gis en bred politisk drøftelse.

Forbrukerrådet mener også at et avslag etter første alternativ i andre ledd må knyttes

opp til hvordan avslaget vil virke inn på forsikringssøkeren, slik som i alternativ to.»

Også *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* mener kravet til saklig grunn er for vagt definert, og at det bør etableres en nedre terskel for hvilken risiko som kan begrunne avslag på forsikring, og uttaler:

«Slik det fremgår av lovforslaget er «saklig begrunnelse» vagt definert. Det settes ingen krav til graden av risiko for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, eller graden av sannsynlighet for omfanget av en eventuell skade. «Andre særlige forhold» åpner for en stor grad av skjønn fra forsikringsselskapenes side.

FFO mener at det bør foreligge en kvalifisert risiko før det kan anses for sakelig å avslå forsikring for enkeltpersoner. Dersom det ikke innføres en viss terskel før forsikringsselskapene kan avvise en kunde, eller tilby forsikring på særskilte vilkår vil bestemmelsen, etter FFOs oppfatning, bli vanskelig å håndheve. FFO mener følgelig at det gjennom bestemmelsens ordlyd bør etableres en terskel for når økt risiko for skade og stort skadeomfang kan anses som en sakelig grunn for avslag.»

Kreftforeningen tar også til orde for at det bør gis en nærmere redegjørelse for hva som er en forsvarlig risikovurdering, «dvs. en nærmere definering av hva slags grunnlag forsikringsselskapene kan bygge sin risikovurdering på».

Nordland fylkeskommune uttaler at avslag må være basert på en individuell vurdering.

Barne- og familiedepartementet, Forbrukerrådet, Forsikringsklagekontoret, Landsorganisasjonen i Norge, Norges Automobilforbund og Næringslivets Hovedorganisasjon uttaler seg om ulike typer forhold som kan tenkes å begrunne avslag på grunn av «andre særlige forhold».

Forbrukerrådet tar opp et spørsmål som ikke er berørt i høringsbrevet, knyttet til en lovregulering med en bestemt tidsgrense for hvor langt tilbake i tid selskapet kan legge vekt på særlige forhold som forsikringssvindel og lignende, og uttaler om dette:

«Dersom det gis avslag for eksempel fordi forsikringssøker er tatt for forsikringssvindel eller har hatt mange forsikringstilfeller i løpet av de siste årene, mener Forbrukerrådet at det må gis en hjemmel for at slike kunder ikke kan «svartelistes» for en ubegrenset periode.

Nemndpraksis viser at det er behov for en slik lovregulering, og Forbrukerrådet mener at en karantenetid på tre år bør være lenge nok.»

Forsikringsklagekontoret uttaler følgende om betydningen av at en forsikringssøker er tatt for forsikringssvindel:

«Forsikringsskadenemnda har i flere uttalelser vektlagt at forsikringsavtalen må bygge på et tillitsforhold mellom partene, som ødelegges ved utvist svik og derfor må gi selskapet rett til å nekte fornyelse. Med dette som et klart utgangspunkt kan man allikevel reise noen spørsmål om «svikerens» fremtidige forsikringsmuligheter:

- kan svik overfor selskap A gi selskap B rett til å avvise en forsikringssøknad?

- gyldigheten av en evigvarende fremtidig kontraheringsnektelse, se ovenfor.

Til det siste spørsmålet bemerkes at flere selskap, etter det vi kjenner til, praktiserer en tre-års regel, slik at man etter 3 år påny kan tegne forsikring i selskapet.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon uttaler om slike «særlige forhold» som kan tenkes å være saklig grunn for avslag:

«Departementet har i tilknytning til det alternative kriteriet «andre særlige forhold», gitt noen eksempler.

FNH forutsetter at det bare er eksempler og ingen uttømmende opplisting, men at bestemmelsen er ment å gi grunnlag for å vektlegge ulike konkrete forhold som da må underlegges en rimelighetsvurdering.

Et par andre eksempler som må kunne tenkes aktuelt vil etter vårt syn være kunder med gammel uoppgjort gjeld til selskapet eller kunder som for eksempel tidligere er sagt opp i henhold til forsikringsavtalelovens regler pga svært omfattende skadehistorikk.»

Norges Automobilforbund tar særlig opp spørsmålet om betydningen av skadehistorikk, og uttaler:

«Som eksempel på grunner til nektelse av forsikring kan også nevnes antall skadetilfeller. En ukritisk bruk av statistikk med antall skadetilfeller i en gitt periode uten å ta hensyn til skadens art, omfang, årsak og skadehistorikk, kan etter NAFs oppfatning være usaklig grunn til å nekte forsikring.»

Forsikringsklagekontoret viser i forbindelse med sine merknader om forsikringsnektelse på grunnlag av betalingsanmerkninger til at det ligger i forsikringsavtalelovens system at kunder skal være dekket mot skader som skyldes vanlig uaktsomhet, og at det da synes uriktig at selskapet skal kunne trekke inn faktorer som selskapet mener kan indikere økt risiko for slik alminnelig uaktsomhet. Det uttales om dette:

«I denne forbindelse påpekes at en av hovedtankene bak reglene om brudd på sikkerhetsforskrift og uaktsom fremkallelse av forsikringstilfellet er at den forsikrede skal være dekket mot skader som skyldes «hverdagslig slurv» eller vanlig uaktsomhet. Dette var allerede regulert i preseptoriske lovbestemmelser i forsikringsavtaleloven av 1930. Ved lovendringen i 1989 ble skyldterskelen for å påberope brudd på sikkerhetsforskrift senket fra «forsømmelser» i FAL 1930 § 51 til «mer enn bare lite å laste» i FAL 1989 § 4-8. Adgangen til reaksjoner overfor uaktsomhet knyttet til skadens inntreden antas uttømmende regulert i de preseptoriske bestemmelsene inntatt FAL 1989 kapittel 4 og 13 og det synes da uriktig at selskapet alternativt kan trekke dette inn som et kriterium ved forsikringstegningen. Her vises til ut. 1926, hvor nemnda avviser at brudd på sikkerhetsforskrift kan benyttes som oppsigelsesgrunn i hht. FAL § 3-3.»

Et særlig spørsmål er hvorvidt betalingsmislighold overfor selskapet kan utgjøre saklig grunn for forsikringsnektelse. *Forbrukerombudet* uttaler om dette at det bør være et minstekrav at forbrukeren gjentagende har utvist vesentlig betalingsmislighold overfor det samme forsikrings-selskapet de siste årene.

(Spørsmålet om bruk av betalingsanmerkninger til risikovurderinger i forsikringsforhold er særskilt omtalt i punkt 4.6.1.1.)

Noen høringsinstanser drøfter om selskapenes frykt for manglende premiebetaling i slike tilfelle bør kunne avhjelpest gjennom et krav om forskuddsbetaling.

Forsikringsklagekontoret viser til at det ofte ligger et kreditlement i fornyelsen i forsikringsforhold, men slik at forsikringsavtalelovens bestemmelser gir rom for at selskapene kan operere med en kontantklausul, og uttaler:

«Lovgiver har forutsatt at selskapet kan ta forbehold om at første premie skal være betalt før ansvaret begynner å løpe, se § 2-2 (a) og § 11-2 (a) hvor det fremgår at et slikt forbehold må fremheves i forsikringsbeviset. Etter det vi kjenner til er dette hovedregelen for livsforsikring, men kun for helt spesielle produkter innen skadeforsikring. I skadeforsikring har man videre det forhold at forsikringen blir automatisk fornyet etter § 3-6 med mindre den sies opp av en av partene. Dette kan gjøre det noe tungvint å få inn en virksom kontantklausul, som også gjelder ved fornyelse av en skadeforsikring.

Muligheten skulle imidlertid være tilstede, dersom varsel etter § 5-1 sendes ut noe tidligere enn det som er normalen i dag. Bestem-

melsen krever at varsel sendes med 1 måneds betalingsfrist og det vi erfarer som normalt er at varsel sendes ca 1 måned før forfall. Betales ikke premien ved forfall skal selskapet ihht § 5-2 sende et nytt varsel med minst 14 dagers betalingsfrist og med beskjed om at forsikringen opphører dersom ikke betaling skjer innen angitt frist. Sendes første varsel 14 dager tidligere, kan en ikke se annet enn at selskapet kan sette opphørsdato til forfallsdato i avtaler med kontantklausul. For personforsikring se §§ 14-1 og 14-2.»

Landsorganisasjonen i Norge synes skeptiske til bruk av forskuddsbetaling, og uttaler:

«LO mener også at å gi en generell adgang til å kreve forhåndsbetaling utover det som i dag er praksis, ikke vil avhjelpe dem som har generelle betalingsproblemer i andre forhold, men kan reelt sett frata dem muligheten til å tegne forsikringen, samtidig som selskapet fritas for å begrunne avslaget.»

Barne- og familiedepartementet og *Forbrukerombudet* synes å være mer positive til forskuddsbetaling. *Barne- og familiedepartementet* peker likevel på at et krav om forskuddsbetaling eller depositum ikke kan være så høyt at det oppstår et misforhold mellom beløpet og selskapets risiko. *Forbrukerombudet* peker på sin side på at problemet bare oppstår det første året av forsikringen og ikke ved senere fornyelser, og uttaler:

«Til dette kommer at forsikringsselskapene har anledning til å sikre seg det første året gjennom en kontantklausul om at forsikringen ikke trer i kraft før den er betalt, og at selskapene gjerne sier opp en forsikring ved manglende betaling etter fornyelse.»

4.5.3 Departementets vurdering

Departementet foreslår et krav til saklig grunn som i hovedsak følger opp forslaget i høringsbrevet, jf. forslaget § 3-10 annet ledd og § 12-12 annet ledd, men med en noe forenklet ordlyd. Lovforslaget skjerper imidlertid kravet til saklig grunn i forhold til forslaget i høringsbrevet, ved at det kreves at det foreligger en særlig risiko, og videre ved at det kreves en rimelig sammenheng mellom denne risikoen og avslaget.

I det foreslåtte annet ledd første punktum i de nye bestemmelsene foreslås en regel om at en særlig risiko kan begrunne avslag på forsikring. Denne regelen må forstås på bakgrunn av det grunnleggende prinsippet i forsikring om at man må søke om forsikring *før* det oppstår en omstendighet som medfører en særlig risiko for at et for-

sikringstilfelle inntreffer, og ikke *etter* at den aktuelle omstendigheten oppstår. Forhold som innebærer en særlig risiko for at det vil inntreffe omstendigheter som er dekket under den aktuelle forsikringen, vil ut fra dette prinsippet kunne medføre avslag.

Forslaget i høringsbrevet refererte helt generelt til risikoen, uten noen nærmere kvalifisering. Departementet er imidlertid enig med de høringsinstansene som har tatt til orde for at lovforslaget bør etablere en form for terskel for hvilken risiko som kan begrunne avslag på forsikring, Som *Forbrukerombudet* påpeker i sin høringsuttalelse, kan de fleste alltid plasseres i en eller annen risikogruppe, uten at det nødvendigvis er relevant i forhold til den aktuelle forsikringsytelsen. Regelen vil miste mye av sitt innhold dersom enhver liten risikoøkning kan være saklig grunn for avslag. **D e p a r t e m e n t e t** foreslår derfor en regel om at det må foreligge en særlig risiko, før forsikring kan avslås. (Se nærmere om risikobegrepet i kapittel 12 i spesialmerknadene til forslaget § 3-10.) Departementet legger imidlertid til grunn at selskapene i dag normalt bare nekter forsikring der det foreligger en slik særlig risiko. For øvrig tilbys som regel forsikring til høyere premie hvis risikoen er høyere enn i normalgruppen. (Se kapittel 3 om prinsippene i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) om forholdet mellom premie og risiko.) Departementet antar på denne bakgrunn at den regelen som foreslås om krav til særlig risiko, stort sett er i samsvar med alminnelig god praksis i forsikringsselskapene, og derfor ikke vil få vidtrekkende virkninger for forsikringsmarkedet. Likevel har man sett for mange tilfeller der det med god grunn har vært stilt spørsmål ved om en forsikringsnektelse har vært velbegrunnet ut i fra risiko. Sakene om nektelse på grunnlag av betalingsanmerkninger, se om dette i punkt 4.2 over, er også et eksempel på dette. Departementet legger til grunn at det nok må antas at det fortsatt forekommer saker der selskapene i dag nekter forsikring ut i fra risiko, på et utilstrekkelig grunnlag.

Det vil være noe begrenset i hvilken grad Forsikringsskadenemnda kan overprøve selskapenes konkrete vurderinger av risikoen, jf. kapittel 7 nedenfor. Departementet antar imidlertid at nemnda iallfall vil kunne spille en rolle ved å slå ned på eventuelle tydelige tilfelle av overtramp fra selskapenes side. Dette vil nok være mest aktuelt i saker der selskapet viser til en lite overbevisende risikomessig sammenheng, og det er grunn til å tro at selskapets egentlige beveggrunn for nektelse er

noe annet, for eksempel et annet særlig forhold som ikke oppfyller kravet til rimelighet i annet ledd annet punktum (se nedenfor om dette).

I tillegg til at nektelse må forutsette en særlig risiko, foreslår departementet at det må være en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. I dette ligger for det første et krav om at avslaget ikke må gå lenger enn det den særlige risikoen tilsier. Det vil si at det i utgangspunktet bare er adgang til å nekte forsikringsdekning for forhold som den særlige risikoen knytter seg til. Videre må selskapet, i stedet for å nekte forsikring helt, tilby en forsikring med begrenset dekning dersom det gjennom særskilte forbehold og begrensninger er mulig å unnta de omstendighetene fra dekning, som den særlige risikoen knytter seg til.

For det annet ligger det i kravet til rimelig sammenheng mellom risikoen og avslaget et krav til hvilket faktisk grunnlag selskapene kan basere sine risikovurderinger på. Som det fremgår av høringsuttalelsen fra *Finansnæringens Hovedorganisasjon* gjengitt ovenfor i punkt 4.3.2, er selskapenes risikovurderinger i utgangspunktet vanligvis basert på statistikk. Etter d e p a r t e m e n t e t s syn bør selskapene fortsatt kunne basere sine risikovurderinger på generell statistikk. Det er neppe grunn til å pålegge selskapene å foreta individuelle risikovurderinger i alle tilfelle. *Forbrukerrådet* tar til orde for at det bør oppstilles krav om direkte årsakssammenheng mellom det forhold som statistikken tar utgangspunkt i, og den økte risikoen. D e p a r t e m e n t e t mener at et slikt krav neppe vil være hensiktsmessig. Spørsmålet om hva som er indirekte og direkte årsakssammenheng, kan ha en slik grad av kompleksitet at det neppe vil gi større klarhet å knytte lovens saklighetskrav til et slikt kriterium. Det kan derimot være grunn til å kreve at det er en rimelig sammenheng mellom den generelle statistikken som selskapene legger til grunn, og risikoen i den konkrete saken der forsikring nektes. Departementet tenker her særlig på statistikk som ikke knytter seg direkte til en konkret risikofaktor, men som indikerer mer generelt at det kan foreligge en særlig risikofaktor. I slike tilfelle kan det fremstå som urimelig at selskapene ikke har foretatt mer individuelle vurderinger før forsikring nektes.

Videre innebærer regelen et krav til at den statistikken som anvendes, holder et tilstrekkelig faglig nivå og er tilstrekkelig oppdatert og tidsmessig.

Forsikringskadenemnda kan nok spille en rolle her ved å utvikle visse prinsipper for når det anses rimelig at selskapene baserer et avslag på generell statistikk, når mer individuelle vurderin-

ger bør kreves, og generelt hvilke krav som bør gjelde for den statistikken som legges til grunn. Dersom en sak reiser slike spørsmål at det kreves særskilt ekspertise om risiko og statistikk, kan derimot Forsikringskadenemnda neppe ha mulighet for å overprøve selskapenes risikobetraktninger, uten at nemnda tilføres relevant ekspertise i den enkelte saken. Se nærmere om dette i kapittel 7 om nemnda.

(Statistikk over sammenhengen mellom bilførerens alder og ulykker, som *Forbrukerrådet* nevner spesielt i sin høringsuttalelse, knytter seg til den alminnelige premiedifferensieringen. Dette faller utenfor anvendelsesområdet for forslaget §§ 3-10 og 12-12, jf. punkt 4.3.)

I tillegg til regelen i annet ledd første punktum i forslaget til ny § 3-10 og ny § 12-12, som stiller krav til selskapenes risikobetraktninger, foreslår departementet i annet ledd annet punktum et generelt krav om at forsikringsnektelser som er begrunnet i andre særlige forhold, ikke må anses urimelig overfor den enkelte. Bestemmelsen følger opp forslaget i høringsbrevet om dette. Høringsinstansene drøfter i denne forbindelse spørsmål knyttet til tidligere forsikringssvindel, tidligere skadehistorikk og betalingsmislighold overfor selskapet. Det nærmere innholdet i dette kravet til rimelighet, for eksempel betydningen av tidligere forsikringssvindel og hvor lang karenperiode i den forbindelse som er rimelig, bør overlates til Forsikringskadenemnda og domstolene å vurdere. I spesialmerknadene til bestemmelsen i punkt 12.1 redegjør departementet nærmere for hva som omfattes av bestemmelsen.

Departementet går ikke inn for å følge opp Forbrukerrådets forslag om at forsikringsselskapene generelt ikke skal kunne nekte å tilby forsikringer som er å anse som nødvendighetsgoder, og at selskapene ikke bør kunne vektlegge «risikoer som forsikringstaker ikke kan noe for». En slik regel ville innebære at man på visse områder innførte en absolutt *rett* til forsikring på forsikringssøkernes side, det vil si en total kontraheringsplikt for selskapene. Dette vil i utgangspunktet innebære et vesentlig brudd på prinsippene i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) om forholdet mellom premie og risiko, jf. om dette kapittel 3 foran. Skal en slik *rett* til forsikring fungere på en hensiktsmessig måte, vil det normalt kreve en tilsvarende *plikt for alle* til å tegne en slik forsikring, som for eksempel ved den tvungne bilansvarsforsikringen. Se i denne sammenheng NOU 2000: 23 punkt 4.1.3 på side 19, hvorfra hitsettes:

«En kunne tro at høye og lave risikoer uten videre ville utjevne hverandre, og at helseinformasjon derfor ikke ville være nødvendig ved tegning av forsikring. Befolkningen blir jo ikke sykere selv om forsikringsselskapene ikke sitter på helseinformasjon. En slik løsning ville være mulig i et tilfelle med tvungent (lovpålagt) medlemskap, som for eksempel folketrygden, der alle må være med. Men det ville ikke være riktig å satse på at høye og lave risikoer utjevnet hverandre så lenge den gruppen som risikoen er spredd på, ikke reflekterer hele befolkningen, men kun de som frivillig tegner forsikring i et marked i konkurranse.»

En slik generell omlegging av systemet som Forbrukerrådet tar til orde for, der det etableres en rett til forsikring uavhengig av risiko, ville på denne bakgrunn antakelig måtte innebære at forsikring utviklet seg mer i retning av en privat, tvungen trygdeordning. Departementet anser dette som lite ønskelig. Spørsmålet om det på begrensede områder kan være grunn til å etablere en forsikringsplikt, for eksempel etter mønster av bilansvaret, faller utenfor rammen for proposisjonen her.

Departementet viser for øvrig til høringsuttalelsene fra Finansdepartementet, Kredittilsynet, Norges Bank og Kredittilsynet om betydningen av risikovurderinger i forsikring, som er gjengitt i punkt 4.5.2.

På bakgrunn av *Forbrukerrådets* høringsuttalelse har departementet videre vurdert om selskapene innenfor kravene til forholdet mellom premie og risiko i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) bør pålegges å tilby forsikring til visse grupper som selskapene anser som høyrisikogrupper, og som derfor nektes forsikring i dag ut fra en forretningsmessig vurdering i selskapene. En slik regel måtte eventuelt utformes skjønnsmessig, i form av et krav om en «vesentlig risikoøkning» før forsikring kan avslås. Vurderingstemaet ved anvendelsen av en slik regel måtte være hvor langt forsikringsloven er til hinder for at det tilbys forsikring, til en aktuell premie. Departementet er kommet til at en slik regel ikke er å anbefale.

For det første ville en regel som pålegger selskapene å tilby forsikring til grupper der selskapene anser at risikoen er uønsket høy, kunne medføre utilsiktede virkninger i forsikringsmarkedet. Slike virkninger kan gjelde hva slags produkter og produktsammensetninger som tilbys, økt premienivå, segmentering av forsikringsmarkeder, bruk av nisjeselskaper osv. For eksempel kan det tenkes

at slike regler kunne føre til at selskapene begrenser tilbudet av forsikringsprodukter eller begrenser hva slags dekning som tilbys innenfor et produkt, for på den måten å unngå de risikoene selskapene ikke ønsker å dekke. Et eksempel her kan være barneforsikring: Barn med visse sykdommer, syndromer, lidelser eller annet som selskapene anser at medfører økt risiko for uførhet, får i dag ikke tilbud om barneforsikring med uføredekning, men tilbys kun ulykkesforsikring. Etter det departementet er kjent med, kan det nærmere innholdet i den barneforsikringen som tilbys, variere en god del fra selskap til selskap. Noen selskaper har en mer omfattende dekning i sin barneforsikring enn andre. De selskapene som tilbyr en mer omfattende dekning, for eksempel ved at barneforsikringen også inkluderer uføredekning, vil gjerne være tilbakeholdne med å tilby slik dekning til barn som representerer en økt risiko for uførhet. Selskaper som bare tilbyr en mer begrenset dekning, vil derimot gjerne ha en lavere «terskel» for hvilke barn som kan få denne forsikringen. Dersom man innførte krav som uansett pålegger selskapene å tilby barneforsikring også til barn som representerer en økt risiko for uførhet, kan et mulig resultat bli at selskapenes reaksjon på dette er å velge å ikke inkludere barneforsikring med uføredekning i sitt tilbud. Lite vil da være vunnet. Det kan altså tenkes at en slik regel vil begrense det generelle tilbudet av forsikringsprodukter som en god del forsikringstakere ville funnet nytte i, selv om personer med en høyere risiko ikke får tilbud om produktet.

Når det gjelder spørsmålet om hvordan en slik regel kunne tenkes å medføre en økning av premienivået, viser departementet til NOU 2000: 23, punkt 4.1.3 side 19. Her illustreres med et talleksempel hvor følsomt systemet er for forhøyet risiko, og hvilken betydelig premieøkning som kan bli nødvendig, dersom risikoen innenfor en forsikringsordning økes:

«Hvor følsomt systemet er når det gjelder forhøyet risiko, kan illustreres med et talleksempel.

Vi forutsetter at et selskap tilbyr livsforsikring på kr. 500.000,- og at gjennomsnittlig dødelighet er 2 promille pr. år. Tegner 1000 personer slik forsikring, ville en forvente at en måtte utbetale to erstatninger à kr. 500.000,- årlig, dvs. kr. 1 mill. For å dekke inn denne risikoen – uten hensyn til administrasjon, avkastning, sikkerhetsmarginer og liknende – må hver av de 1000 betale kr 1 mill / 1000 = kr. 1000,- i premie.

Uten helseopplysninger kunne en tenke seg at tre personer som vet de er inne i sitt siste

leveår tegner slik forsikring. (Med korrekte helseopplysninger hadde disse blitt avvist som kunder.) En kan da forvente ikke to, men omtrent fem dødsfall dette året blant de tusen som har tegnet slik forsikring som i eksempelet ovenfor. En vil da kunne regne med årlige utbetalinger på ca. kr. 2,5 mill (= kr. 500.000,- x 5). Riktig premie skulle da bli kr. 2,5 mill / 1000 = kr. 2500,. De tre personene med særskilt høy helserisiko gir således store utslag på hvilken premie som er nødvendig for å oppnå balanse. En kan ikke regne med at dette utjevnes av seg selv uten kontroll med helseopplysningene.

Det finnes et illustrerende eksempel fra virkeligheten på hvordan dette arter seg. På 1980-tallet skulle forsikringsselskapene lansere gjeldsforsikring. De forsøkte å gjøre det uten noen form for helsevurdering og risikokartlegging. Bakgrunnen var at de trodde at tilnærmet alle med lån ville forsikre seg, og at det var så mange med lån at de representerte en så stor del av befolkningen at premien kunne baseres ene og alene på statistisk grunnlag. Man trodde med andre ord at ordningen ville bli så attraktiv at den ville fungere tilnærmet som en obligatorisk ordning. Dette viste seg å slå feil. Det ble en overvekt av lånekunder med dårligere helse enn gjennomsnittet som valgte å tegne gjeldsforsikring. Dette ga et såkalt skjevt utvalg («adverse selection»), og tapene for forsikringsselskapene ble så store at man måtte innføre helsevurdering.»

En slik premieøkning som eksemplet her viser, kunne føre til at lavrisikogrupperne finner de aktuelle forsikringene mindre attraktive. Departementet viser i den forbindelse til sitatet fra NOU 2000: 23 side 33 punkt 6.1.1, gjengitt foran i kapittel 3 i proposisjonen her, der det vises til at et system hvor de med lavest risiko subsidierer de med høyest risiko, kan være uheldig for forsikringssystemet som helhet.

Departementet vil også vise til at det sentrale temaet ved anvendelsen av en regel som påla selskapene å tilby forsikring så langt reglene i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) ikke er til hinder for det, måtte vært hva som nærmere ligger i forsikringslovens krav om forholdet mellom premie og risiko. Spørsmålet ville her vært om forsikringsloven i et gitt tilfelle ville være til hinder for at selskapene tar inn en bestemt høyrisikogruppe, og utjevner kostnadene ved dette på de andre forsikringstakerne ved en premieøkning. Departementet viser her til Trine-Lise Wilhelmsen, Forsikringsselskapers kontraheringsplikt, Norsk Forsikringsjuridisk forenings publikasjoner (NFJPF) nr. 69, 1995, på side 11, der hun uttaler:

«Dersom risikoen er av en slik karakter at premien nærmer seg det beløpet som kan komme til utbetaling, taper forsikringen mye av sin funksjon. Spørsmålet er derfor hvor stor økning i risikoen i forhold til normalrisikoen som skal til før man kan si at forsikringskollektivet ikke er tjent med å utjevne risiko knyttet til visse befolkningsgrupper eller geografiske områder.»

Denne typen spørsmål hører i utgangspunktet under Kredittilsynet å vurdere som tilsynsorgan for at forsikringsselskapenes virksomhet oppfyller forsikringslovens bestemmelser og de formålene som ligger til grunn for den loven, herunder at forsikringsvirksomhet ikke drives på en måte som får uheldige virkninger for grupper av forsikringstakere. Etter departementets syn bør det ikke legges opp til en regel som innebærer at domstolene og Forsikringsskadenemnda skal foreta denne typen vurderinger i enkelttilfelle av forsikringsnektelser som innklages. Forsikringsskadenemnda og domstolene vil ikke ha tilgang til den nødvendige faglige ekspertisen, herunder forsikringsmatematisk ekspertise, som slike vurderinger ville kreve, og denne typen vurderinger ville gripe inn i kjernen av selskapenes forretningsmessige vurderinger. Dette kunne få betydelige økonomiske og administrative konsekvenser både for selskapene og deres kunder, som domstolene og nemnda neppe vil kunne overskue.

4.6 Særlige forhold som ikke kan begrunne forsikringsnektelse

4.6.1 Gjeldende rett

4.6.1.1 Kredittopplysninger

Personvernemnda har i sitt vedtak 23. mai 2005 funnet at det er i strid med lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) å utnytte betalingsanmerkninger til en risikovurdering ved inngåelse av forsikringsavtale. Personvernemnda uttalte:

«Personvernemnda slutter seg til Datatilsynets vurdering om at bruk av kredittopplysninger til risikovurdering er uforenlig med det opprinnelige formålet med innsamlingen, og at bruken av kredittopplysninger til risikovurdering dermed forutsetter et informert samtykke fra den registrerte, jf. personopplysningsloven § 11 første ledd litra c. Etter Personvernemndas vurdering er bruk av kredittopplysninger til risikovurderingsformål uansett ikke saklig begrunnet i den behandlingsansvarliges virksomhet, jf. personopplysningsloven § 11 første ledd litra b. I motsetning til regelen i person-

opplysningsloven § 11, første ledd litra c gir regelen i personopplysningsloven § 11 første ledd litra b ikke anledning til avvikelse ved samtykke.

FNH har anført at det er statistisk grunnlag som viser at det er en klar sammenheng mellom betalingsudyktighet og skadehyppighet. Anførselen er ikke nærmere utdypet eller dokumentert av FNH. Personvernemnda mener uansett at en mulig statistisk sammenheng ikke kan benyttes ved vurdering av det enkelte tilfellet. »

4.6.1.2 *Kjønn, etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn samt nedsatt funksjonsevne*

Etter § 3 i lov 9. juni 1978 nr. 45 om likestilling mellom kjønnene (likestillingsloven) er det ikke tillatt med direkte eller indirekte forskjellsbehandling mellom kvinner og menn. Etter § 4 i lov 3. juni 2005 nr. 33 om forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet, religion mv. (diskrimineringsloven) er diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn i utgangspunktet forbudt. Begge lovene omfatter diskriminering i forsikringsforhold. I NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet foreslås tilsvarende regler som i likestillingsloven og diskrimineringsloven, om forbud mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Barne- og likestillingsdepartementet arbeider med en odelstingsproposisjon om forslagene i NOU 2005: 8.

Klagenemnda for likestilling fant 21. januar 2004 i vedtak 1/2004 (under dissens) at bruken av kjønn som variabel ved beregning av forsikringspremie for ulike skade- og sykeforsikringer er i strid med forbudet mot direkte diskriminering i likestillingsloven § 3.

Både likestillingsloven og diskrimineringsloven håndheves av Likestillings- og diskrimineringsombudet og Likestillings- og diskrimineringsnemnda.

En praksis der et av kjønnene eller visse etniske, nasjonale, religiøse mv. grupper nektes forsikring, vil normalt rammes av de ovennevnte lovforbud mot diskriminering. Det kan imidlertid ikke utelukkes at forskjellsbehandlingen kan anses som saklig begrunnet, jf. likestillingsloven § 3 fjerde ledd og diskrimineringsloven § 4 fjerde ledd, dersom det skulle være en signifikant forskjell i risiko mellom ulike grupper. (Man kan for eksempel tenke seg at det ville være saklig om medlemmer tilhørende en religiøs selvmordskult blir nektet livsforsikring.)

4.6.1.3 *Visse helseopplysninger*

Etter lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) § 5-8 er det forbudt å be om, motta, besitte eller bruke opplysninger som er fremkommet ved genetiske undersøkelser som omfattes av bioteknologiloven § 5-1 eller ved systematisk kartlegging av arvelig sykdom i en familie. Dette betyr at forsikringsselskapene ikke kan benytte slik informasjon i sine risikovurderinger.

Videre er det gitt en del forskrifter med bestemmelser om at visse helseopplysninger ikke kan benyttes i forsikringsøyemed. Se nærmere om dette i punkt 8.4.

4.6.2 **Forslaget i høringsbrevet**

I høringsbrevet 31. mai 2005 foreslo departementet en regel om at «opplysninger som selskapet etter særskilt bestemmelse i eller i medhold av lov er avskåret fra å kreve» ikke kan anses som saklig grunn for forsikringsnektelse. Forslaget var utformet med sikte på bruk av helseopplysninger som selskapene etter loven ikke kan kreve, og var basert på forslaget i NOU 2000: 23 til § 13-1 annet ledd i forsikringsavtaleloven. I høringsbrevet ble det særlig vist til bioteknologiloven § 5-8. Forsikringsnektelse på grunnlag av betalingsanmerkninger ble også drøftet i høringsbrevet. Det ble vist til at bruk av kredittopplysninger til risikovurderinger i forsikring er i strid med personopplysningsloven, jf. Personvernemndas vedtak 23. mai 2005. Departementet ga uttrykk for at kredittopplysninger etter dette neppe kan anses som saklig grunn for forsikringsnektelse, men foreslo ikke noen egen lovregel om dette.

I høringsbrevet ble det også vist til at forsikringsforhold faller inn under virkeområdet til diskrimineringsloven. Høringsbrevet foreslo ikke nærmere regler om forholdet mellom diskrimineringslovgivningen og kravet til saklig grunn ved forsikringsnektelse.

4.6.3 **Høringsinstansenes syn**

Spørsmålet om bruken av opplysninger som selskapet etter lov er avskåret fra å kreve fra forsikringstakeren eller den sikrede, kommenteres av *Helse- og omsorgsdepartementet*, *Aller Internett*, *Finansnæringens Hovedorganisasjon* og *Kreftforeningen*, som alle støtter forslaget om at slike opplysninger ikke kan utgjøre saklig grunn.

Følgende høringsinstanser har uttalt seg om spørsmålet om bruken av betalingsanmerkninger i selskapenes risikovurderinger: *Barne- og familie-*

departementet, Datatilsynet, Kredittilsynet, Forbrukerombudet, Forbrukerrådet, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Forsikringsklagekontoret, Juss-Buss, Landsorganisasjonen i Norge og Norges Automobilforbund. Det er bred enighet om at betalingsanmerkninger ikke i seg selv bør kunne utgjøre en saklig grunn for nektelse.

Kredittilsynet uttrykker skepsis til sammenhengen mellom betalingsanmerkninger og skaderisiko, og uttaler:

«Det er fra næringens side tidligere opplyst at skadeforsikringsselskapene har statistisk grunnlag som viser at det er en klar sammenheng mellom betalingsdyktighet og skadehyppighet. Kredittilsynet vil innskrenke seg til å bemerke at bruk av statistikk som nevnt synes å representere en ny praksis i skadeforsikring og at tilsynet ikke er kjent med hva slags eller hvilken statistikk skadeforsikringsselskapene baserer innføring av betalingsanmerkninger/betalingsdyktighet som faktor i risikobedømmelsen på.»

Datatilsynet viser til at bruk av betalingsanmerkninger som et ledd i risikovurderingen av kunder ikke er i samsvar med personopplysningsforskriften § 4-3, og uttaler:

«Hensynet bak opprettelsen av kredittopplysningsbaser, herunder registrering av betalingsanmerkninger, er å ha et verktøy til bruk i handelslivet for å forhindre at man inngår avtaler med betalingsudyktige selskap eller enkeltpersoner. Kredittopplysninger (betalingsanmerkninger) skal ikke benyttes til andre formål, selv om det viser seg at det er en sammenheng mellom dårlig betalingssevne og det forhold som ønskes belyst.

Datatilsynet er av den oppfatning at bruk av betalingsanmerkninger som et ledd i risikovurderingen av potensielle forsikringskunder, herunder til å avslå en forsikringsøknad, ikke er en korrekt bruk av denne type personopplysninger. Bruken er ikke i samsvar med personopplysningsforskriften § 4-3 der det stilles et krav om saklig behov.

Etter tilsynets praksis, skal det i hovedsak foreligge et element av kreditt før kredittopplysninger (betalingsanmerkninger) kan etterspørres. Forsikringen vil først være gjeldende etter at risikovurderingen er foretatt og forsikringstaker har mottatt et tilbud. Ved vurderingen av forsikringsøknaden, foreligger det ikke et slikt saklig behov.

På denne bakgrunn vil det å avslå en forsikringsøknad på bakgrunn av registrerte betalingsanmerkninger, allerede i dag være i strid med gjeldende rett.»

Forbrukerombudet uttaler om betalingsanmerkninger:

«Når det gjelder betalingsanmerkningers innvirkning på skaderisikoen, har jeg ikke sett dokumentasjon som bekrefter forhøyet skaderisiko, slik det fra bransjens side har vært hevdet at er tilfelle. Jeg kan derfor ikke se at betalingsanmerkninger kan begrunne forsikringsnektelse på bakgrunn av økt skaderisiko. Det må videre bemerkes at hvis man forutsetter at det er en sammenheng mellom betalingsanmerkninger og økt skaderisiko (og at denne gruppen således finnes mer slurvete, uaktomme eller lignende enn normalen), er dette i tilfelle subjektive forhold hos forsikringstaker som det gjennom sikkerhetsforskrifter og avkortningsreglene i stor grad allerede blir tatt høyde for.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon gir uttrykk for at betalingsanmerkninger ikke bør gis en særlig behandling i forhold til andre omstendigheter som påvirker selskapenes risikovurdering, og uttaler:

«FNH mener at den eneste riktige lovgivningsmessige tilnærming til slike spørsmål om ulike enkeltstående faktorer som kan være aktuelle å anvende i risikovurderingen, bør være at forsikringsavtaleloven er «generell» (slik som foreslått ved det generelle saklighetskravet) og ikke regulerer enkeltstående ulike risikoparametre spesifikt. Vi mener det vil være en uheldig lovgivningsteknikk om man på ulike tidspunkt og på mer eller mindre konkret og situasjonsbetinget grunnlag, plukker ut og spesialregulerer enkelte spesifikke kriterier eller risikoparametre.»

Spørsmålet om diskrimineringslovgivningen i forhold til forsikring kommenteres av *Kommunal- og regionaldepartementet, Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndigheter, Likestillingsombudet* og *Senter mot etnisk diskriminering*, som alle støtter forslagene i utgangspunktet.

Kommunal- og regionaldepartementet uttaler at man antar at personer med innvandrerbakgrunn vil kunne være utsatt for nektelse av forsikring, uten at det foreligger saklig grunn for nektelsen.

Likestillingsombudet peker på at det som departementet skriver i høringsbrevet om diskrimineringsloven, vil gjelde tilsvarende for likestillingsloven, og uttaler:

«Departementet skriver at nektelse av å tegne forsikring vil kunne rammes av forbudet i diskrimineringsloven § 4 første ledd mot indirekte diskriminering dersom det kan påvises at enkelte grupper regelmessig blir nektet å

tegne forsikring. Ombudet vil påpeke at det også kan være en grunn til å tro at det foregår direkte diskriminering. Det avgjørende er om man kan påvise at det legges vekt på etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn (direkte diskriminering) eller har vilkår som fører til at personer på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk, religion eller livssyn blir stilt særlig ufordelaktig sammenliknet med andre (indirekte diskriminering).

Etter departementets lovforslag skal det foretas en rimelighetssensur for nektelse av forsikring på grunn av «andre særlige forhold», men ikke når nektelsen skyldes risikobetraktninger. Likestillingsombudet antar at nektelse av forsikring på grunn av kjønn som regel vil skyldes risikobetraktninger. Jeg vil i den forbindelse vise til vedtak fra Klagenemnda for likestilling om adgangen til å ta ulik pris på forsikring for menn og kvinner: Sak 1/2004. Det går klart frem at det ikke er tilstrekkelig at ulike pris er begrunnet med risikobetraktninger. Det samme bør gjelde for nektelse av forsikring. Bestemmelsen er ikke i tråd med gjeldende rett. Loven er neppe ment å skulle redusere individenes vern mot forskjellsbehandling. Lovteksten bør derfor bringes i tråd med gjeldende rett, for eksempel ved en henvisning til likestillingsloven og diskrimineringsloven.»

Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndigheter gir uttrykk for at nektelse av forsikring for innvandrere og minoritetsgrupper ikke er et omfattende problem i Norge, og uttaler:

«Kontaktutvalget er ikke kjent med at nektelse av forsikring for innvandrere og minoritetsgrupper er et omfattende problem i Norge. Kontaktutvalget er imidlertid svært opptatt av å styrke vernet mot diskriminering av etniske minoriteter i Norge. Kontaktutvalget støtter derfor departementets forslag.»

Senter mot etnisk diskriminering uttaler at en nektelse av å tegne forsikring på grunn av søkerens etnisitet, religion mv., vil være i strid med forbudet mot diskriminering i diskrimineringsloven, og viser til at saken kan bringes inn til Likestillings- og diskrimineringsombudet. Senteret anbefaler at det inntas i kommentarene til lovendringen at det anses som usaklig å nekte noen å tegne forsikring på grunn av etnisk eller nasjonal opprinnelse, eller religion, samt å oppstille vilkår som utelukker en eller flere etniske eller nasjonale grupper fordi disse ikke kan oppfylle vilkåret som forsikrings-selskapet stiller. Senteret uttaler videre:

«SMED mener at etnisk eller nasjonal opprinnelse ikke kan vurderes som risikofaktor i seg

selv, uten individuell vurdering av den enkelte forsikringstaker. Forsikringstakerens opprinnelsesland kan for eksempel ikke begrunne et avslag på søknad om forsikring. Etter vår vurdering skal det svært mye til før en persons etniske bakgrunn alene kan legitimere et avslag på søknad om forsikring, noe som gjenspeiler seg i forbudet mot denne form for diskriminering i straffeloven § 349 a. Av samme grunn vil heller ikke etnisk eller nasjonal opprinnelse, eller religion kunne anses som «andre særlige forhold» ved forsikringstaker, jf forslaget andre ledd, andre alternativ.»

To høringsinstanser, *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* og *Norsk Forbund for Utviklingshemmede*, viser til at problemstillinger rundt diskriminering er aktuelle også i forhold til de gruppene som disse organisasjonene representerer.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon uttaler:

«For de grupper FFO representerer vil lovforslaget være en nødvendig og naturlig følge av den vedtatte FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, og forslag til «lov om likeverd og tilgjengelighet» ... (se NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet). Som departementet selv understreker kan forsikrings-selskaperes avvisning av kunder komme i konflikt med bestemmelser om ikke-diskriminering, dersom avvisningen mangler saklig begrunnelse (se bl.a. uttalelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet av 18 jan. 2007). FFO forventer at denne problemstillingen vil bli særlig aktuell ved en vedtakelse av forbud mot diskriminering av funksjonshemmede.»

Norsk Forbund for Utviklingshemmede peker på at i tillegg til oppregningen i høringsbrevet av «generelle forhold som kjønn, rase, etnisk bakgrunn, religion osv.» må også funksjonsnedsettelser være et forhold som ikke alene kan begrunne at man utelukkes fra forsikringsdekning.

4.6.4 Departementets vurdering

Departementet foreslår regler om at opplysninger som selskapet i eller i medhold av lov er avskåret fra å kreve fra forsikringstakeren eller den sikrede, ikke kan være saklig grunn for forsikringsnektelse, jf. tredje ledd annet punktum i forslaget til §§ 3-10 og 12-12. Bestemmelsen er utformet særlig med henblikk på helseopplysninger som selskapene etter bestemmelser i lov og forskrift er avskåret fra å spørre om, og følger opp forslaget om dette i høringsbrevet og i NOU 2000: 23.

Videre foreslår departementet en bestemmelse i tredje ledd første punktum i forslaget til §§ 3-10 og

12-12 om at andre forhold som det etter lovgivningen ellers er forbudt å legge vekt på, ikke kan utgjøre saklig grunn for forsikringsnektelse. Denne bestemmelsen innebærer for det første at et forhold som vil bli rammet av lovfestede forbud mot diskriminering, ikke kan utgjøre saklig grunn for forsikringsnektelse etter forsikringsavtaleloven. Departementet er riktig nok ikke kjent med at forsikringsnektelser som innebærer ulovlig diskriminering, har forekommet i praksis. (Prisdifferensiering mellom kjønnene, som Likestillingsombudet nevner i sin høringsuttalelse, er ikke å anse som forsikringsnektelse, jf. om dette punkt 4.3.) Departementet anser det likevel prinsipielt viktig med en slik bestemmelse som gjør det klart at en forsikringsnektelse ikke saklig kan begrunnes i forhold som diskrimineringslovgivningen forbyr å legge vekt på i forsikring.

Videre innebærer den foreslåtte bestemmelsen at heller ikke forhold som det er i strid med personvernlovgivningen å legge vekt på i risikovurderinger i forsikring, kan utgjøre saklig grunn for forsikringsnektelse. Dette er særlig relevant for betalingsanmerkninger, jf. Personvernemndas vedtak 23. mai 2005.

I NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet, foreslås som nevnt tilsvarende regler som i likestillingsloven og diskrimineringsloven, om forbud mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne, og Barne- og likestillingsdepartementet arbeider med en odelstingsproposisjon om forslagene der. Et særlig spørsmål er hvilken vekt selskapene i sine risikovurderinger kan legge på forhold som medfører nedsatt funksjonsevne. *Norsk Forbund for Utviklingshemmede* har uttalt i høringen at funksjonsnedsettelse ikke i seg selv bør kunne begrunne nektelse av forsikring. D e p a r t e m e n t e t er enig i dette. Det forhold at en person har nedsatt funksjonsevne, bør ikke i seg selv

(uavhengig av risiko) kunne danne grunnlag for nektelse av forsikring. En slik forsikringsnektelse ville også kunne innebære diskriminering i strid med artikkel 25 (e) i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, som forbyr diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne når det gjelder helseforsikring og livsforsikring, og som krever at slik forsikring er tilgjengelig for denne gruppen «in a fair and reasonable manner». Dette innebærer blant annet at det må stilles de samme kravene til helseopplysninger for personer med nedsatt funksjonsevne som til andre, og helseopplysningene må vurderes på den samme måten. Når det gjelder spørsmålet om diskriminering i forsikringsforhold, skiller imidlertid nedsatt funksjonsevne seg fra forhold som kjønn, etnisitet, nasjonalitet, religion og liknende, som er forhold som ikke har noen direkte sammenheng med helse. Nedsatt funksjonsevne vil som regel skyldes helsemessige forhold, og helsemessige forhold kan være en relevant opplysning for risikovurderingen ved mange personforsikringer. Et forbud mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne bør etter departementets syn ikke stenge for å legge vekt på relevante helseopplysninger som viser økt risiko. For eksempel må en person som er ufør eller som har en høy grad av risiko for uførhet, generelt kunne nektes forsikring med uføredekning. Dette må gjelde uansett om de forhold som medfører uførhet eller risiko for uførhet, er å anse som et tilfelle av nedsatt funksjonsevne eller ikke. Tilsvarende må en nærsynt kunne nektes forsikring mot hornhinneavløsning dersom nærsyntheten skaper en vesentlig økt risiko. For skadeforsikring er helseopplysninger derimot ikke relevant på den samme måten. Ved skadeforsikring bør forhold som innebærer nedsatt funksjonsevne, normalt ikke kunne begrunne avslag.

5 Krav om at forsikringsnektelse skal begrunnes

5.1 Gjeldende rett

Forsikringsavtaleloven inneholder ikke krav til begrunnelse ved forsikringsnektelse. En nektelse av å fornye et løpende forsikringsforhold skal derimot begrunnes, jf. forsikringsavtaleloven §§ 3-5 og 12-9, se foran punkt 4.2.1

5.2 Forslagene i NOU 2000: 23 og høringsbrevet 31. mai 2005

I *NOU 2000: 23* går utvalget inn for å lovfeste et krav til begrunnelse for et avslag på personforsikring, og uttaler om dette (utredningen punkt 9.7.2 på side 64):

«Dette vil skape åpenhet og tillit, som er viktig i samband med et ikke uviktig gode som forsikring.

Begrunnelsen bør være skriftlig av klarhets- og ordenshensyn.

Begrunningsplikten gjelder ikke ved innvilgede søknader. En nedtegnning om begrunnelsen i innvilgelsestilfeller kan imidlertid inngå i selskapets kvalitetssikringssystem.»

Utvalgets flertall ser dette forslaget i sammenheng med spørsmålet om det bør lovfestes en kontraheringsplikt for forsikringsselskapene, se om dette foran i punkt 4.2.2.

Høringsbrevet 31. mai 2005 foreslo regler om at forsikringssøkeren uten ugrunnet opphold skal underrettes om en forsikringsnektelse og om begrunnelsen for dette. Etter forslaget i høringsbrevet skal begrunnelsen angi hvilke forhold som ligger til grunn for avslaget, samt hvilket av alternativene (særlige forhold knyttet til risikoen, eller andre særlige forhold som medfører at avslaget ikke kan anses som urimelig overfor den enkelte) avslaget bygger på. Departementet ga i høringsbrevet uttrykk for at et krav til begrunnelse ikke bør gå lenger enn nødvendig av hensyn til selskapenes administrative byrde og fordi forsikringssøkeren kan oppleve et avslag som personlig vanskeligere jo mer detaljert det begrunnes. På denne bakgrunn foreslo høringsbrevet en regel om at det skal redegjøres nærmere for de konkrete risiko-

vurderinger som er foretatt, bare dersom forsikringssøkeren ber om det.

5.3 Høringsinstansenes syn

Forslaget i *NOU 2000: 23* om å pålegge forsikringsselskapene å begrunne et avslag på forsikring innenfor personforsikringer, støttes av *Barne- og familiedepartementet*, *Datatilsynet*, *Rogaland fylkeskommune*, *Vest-Agder fylkeskommune*, *Oslo kommune*, *Diakonhjemmets sykehus*, *Den norske lægeforening*, *Finansforbundet*, *Finansnæringens Hovedorganisasjon*, *Landsorganisasjonen i Norge* og *Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund*. *Den norske lægeforening* mener kravet også bør gjelde der det gis forhøyd premie. Denne oppfatningen deles av *Barne- og familiedepartementet* og *Datatilsynet*, som begge legger til at plikten til å gi begrunnelse i tillegg bør gjelde for tilbud om forsikring på særskilte vilkår. *Barne- og familiedepartementet* uttaler:

«I høringsnotatets punkt 9.1.4 siste avsnitt er det opplyst at dersom en forsikret har fått slik reservasjon eller premietillegg, kan vedkommende be om å få avtalen revurdert dersom den aktuelle risikoen blir mindre. Forsikrede er vanligvis ikke klar over at en slik avtale kan revurderes etter en viss tidsperiode. Dette kan for eksempel medføre at vedkommende ikke får rettmessig dekning, eller at det betales en unødvendig tilleggspremie.

Etter departementets syn bør forsikringsselskapene ha større informasjonsansvar. Selskapet er den profesjonelle part, og det er etter det vi er kjent med vanlig med standardiserte retningslinjer for når risikoen er så lav at vanlige vilkår kan innrømmes (bransjepraksis). For eksempel at det ikke er behov for reservasjonen om ryggplager etter et visst antall år.»

Videre uttaler *Barne- og familiedepartementet*:

«Det er også viktig å fremheve at dersom selskapet setter prisen uforholdsmessig høyt i forhold til den risikoen som representeres, vil dette måtte likestilles med forretningsnektelse. Departementet har sett eksempler på slik prising av forskjellige kundegrupper innen finanssektoren.»

Også *Forbrukerombudet* mener at forsikrings-selskapene bør pålegges en opplysningsplikt i de tilfellene der den forsikrede har fått reservasjon eller premietillegg.

Forslaget i *Justisdepartementets høringsbrev 31. mai 2005* om at forsikringssøkeren skal gis underretning om avslaget og om begrunnelsen for dette uten ugrunnet opphold, får støtte fra alle høringsinstansene som uttaler seg om spørsmålet. Disse er *Barne- og familiedepartementet, Datatilsynet, Forbrukerombudet, Forbrukerrådet, Likestillingsombudet, Senter mot etnisk diskriminering, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Forsikringsklagekontoret, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Kreftforeningen, Norges Automobilforbund og Norsk Forbund for Utviklingshemmede.*

Barne- og familiedepartementet uttaler følgende:

«Det er positivt at det i lovteksten foreslås å stille krav til begrunnelse for avslag på forsikring. Dette vil skape ryddighet, etterprøvbarehet og gi informasjon til forbruker om hvilke forhold som ligger til grunn for avslaget. Det er også svært positivt at det åpnes for at kunden i tillegg kan be om en nærmere redegjørelse for avslaget. Forbrukeren kan på bakgrunn av de gitte opplysningene vurdere om selskapets forutsetninger er riktige, og evt. velge å klage avslaget inn for Forsikringsklagekontoret.»

Datatilsynet uttaler at henvendelsene dit tyder på at det er behov for et krav til begrunnelse ved forsikringsnektelse, og at tendensen er at avslagene på forsikring kan fremstå som uforståelige for forsikringssøkerne.

Finansdepartementet uttaler:

«Vi antar at begrunnelseskravet i utkastet til lovforslaget, sammen med adgangen til å bringe avslag at inn for Forsikringskadenemnda, vil gi det enkelte forsikringsselskap en ekstra tilskyndelse til å vurdere om det foreligger tilstrekkelige opplysninger til å anslå risiko, slik at det kan utarbeides et tilbud om forsikring.»

Forsikringsklagekontoret viser til at manglende begrunnelse er opphav til omtrent annenhver klagesak, og uttaler at ethvert avslag bør ha som siktemål at mottakeren skal kunne forstå, kontrollere og også få informasjon om foreliggende klagemuligheter. Videre viser *Forsikringsklagekontoret* til at det ved avslag også bør opplyses om alternative dekningsmuligheter samt om at det kan fremmes en ny søknad etter en viss tid, da kontorets erfaring er at slik informasjon ofte bidrar til at konflikten lar seg løse.

Forbrukerombudet, Forbrukerrådet, Forsikringsklagekontoret og Norges Automobilforbund uttaler at det bør kreves at begrunnelsen gis skriftlig, eventuelt slik at kunden kan kreve skriftlig begrunnelse. Ingen høringsinstanser gir uttrykk for at man er imot et skriftlighetskrav.

Forbrukerrådet presiserer at et krav om skriftlighet også må gjelde ved muntlige søknader om forsikring:

«Mange forsikringssøkere tar muntlig kontakt med forsikringsselskapene for å be om forsikringstilbud. Ut fra våre erfaringer er det mange som allerede da får avslag på å tegne forsikring i selskapet. Denne gruppen har i vel så stor grad behov for en grundig orientering om begrunnelse for avslaget som de som søker skriftlig. Forbrukerrådet mener derfor at kravet om skriftlig avslag på en forespørsel om forsikring også må omfatte muntlige henvendelser.»

Dette synet deles av *Norges Automobilforbund*, som uttaler:

«Når det gjelder forslaget om at avslag på forsikring skal begrunnes, er dette en viktig bestemmelse. Dette vil tvinge selskapene til å ha og gi uttrykk for reelle og saklige begrunnelser for avslag. Vår praksis viser at avslagene pr. i dag ofte gjøres pr. telefon. For de som følger NAF's råd om å utbe seg en skriftlig begrunnelse for avvisningen, resulterer ofte i at selskapet «snur» når begrunnelsen skal settes på papiret og allikevel tegner forsikring. NAF er derfor av den klare oppfatning at lovens hovedregel bør være krav om skriftlig begrunnelse.»

Spørsmålet om hvilke krav det bør stilles til begrunnelsens innhold, er kommentert av *Forbrukerrådet, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Forsikringsklagekontoret og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon.*

Forslaget i høringsbrevet om at det skal redegjøres for de konkrete risikovurderinger som er foretatt bare dersom forsikringssøkeren ber om det, møter motstand fra *Forbrukerrådet*, som uttaler:

«Forbrukerrådet er uenige med departementet i at en nærmere redegjørelse for den konkrete risikovurderingen i forbindelse med forsikringsnekt, kun skal gis dersom kunden ber om det. Dersom avslag på forsikringstegning er gitt, har selskapet allerede foretatt en slik risikovurdering, og vi kan ikke se at det skulle være noen spesiell ulempe for selskapet å legge denne ved avslaget. Uansett må hensynet til forsikringssøker veie tyngst i denne vurderingen.

Forbrukerrådet mener at forsikringssøker så tidlig som mulig i prosessen skal kunne få anledning til å forstå, kontrollere og også få informasjon om foreliggende klagemuligheter.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon peker på at kravene til begrunnelsen må ses i forhold til den praksis selskapene har ved en risikovurdering, jf. sitatet fra organisasjonens høringsuttalelse i punkt 4.3.2 foran. I forlengelsen av det som der er sitert, uttaler organisasjonen:

«Begrunnelsesplikten omfang bør presiseres til å korrespondere med denne «grupperisiko-tenkningen». Kunden kan ikke forvente å få en begrunnelse for at vedkommende som individ med sikkerhet har en overrisiko, men at vedkommende kunde – med de og de karakteristika – tilhører en gruppe som erfaringsmessig har slik eller slik forhøyet eller redusert risiko.

I en del tilfeller vil det også være aktuelt å ta forbehold (for eksempel for ryggglidelser hos en kunde som har ryggplager fra før) eller stille betingelser (for eksempel om sikringstiltak i form av brann- eller innbruddssikringer) for å kunne overta en risiko. I noen tilfeller vil det – særlig fordi det kan være uaktuelt å ta forbehold eller ikke mulig å foreta en risikovurdering og å sette en «riktig» pris – kunne være nødvendig å nekte forsikring.

I de tilfellene hvor det faktisk er personindividuell vurdering (alene eller i tillegg til gruppevurderingen), vil det være rimelig at det stilles tilsvarende strengere krav til at også begrunnelsen er mer individualisert.»

Mer generelt om innholdet i kravet til begrunnelse uttaler *Finansnæringens Hovedorganisasjon* at det er naturlig at form og innhold i begrunnelsen ikke er forsøkt regulert uttømmende i en lovbestemmelse, da «ulike produkter med ulik risikovurdering, varierende kommunikasjonssituasjoner med potensielle kunder, ulike og både individuelt konkrete og helt individuelle avslagsgrunner mv.», vil måtte føre til at begrunnelsene varierer i form, innhold og omfang.

Forsikringsklagekontoret indikerer at det neppe ut fra hensynet til kundene er hensiktsmessig å utforme kravet til begrunnelse slik at det i utgangspunktet bare kreves en helt generell begrunnelse. Kontoret viser til at praksis ved reklamasjon i oppgjørssaker nå er at det gis mer fullstendig informasjon om begrunnelsen, selv om dette kan oppleves som vanskelig av for eksempel de etterlatte:

«For forsikringsselskapene er det ofte et dilemma at man i et avslag, f.eks. på oppgjør under en ulykkesforsikring etter et selvmord

eller dødsfall etter promillekjøring, må bruke sterke ord knyttet til skyldkravet overfor de etterlatte som allerede er i en vanskelig situasjon. Men det synes nå akseptert at de krav FAL 1989 stiller til begrunnelse (reklamasjon) i §§ 4-14 og 13-13 må følges for at mottaker skal kunne forstå og kontrollere at avslaget er i samsvar med vilkår og lovgivning. En tidligere praksis hvor avslaget ble «pakket inn» i intetsigende fraser er etter det klagesakene viser, brakt til en ende takket være de fatale konsekvenser brudd på nevnte lovbestemmelser har fått via nemnd- og domstolspraksis. For kontraheringsnektelser er problemet størst ved avslag på søknad om personforsikring.»

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon foreslår at det bør komme tydelig frem i loven eller i motivene at forsikringsselskapene ikke bare kan nøye seg med å vise til de generelle «retningslinjer for helsebedømmelse» som er utarbeidet av Nevnden for Helsebedømmelse (se punkt 7.1), men at det bør gis fullt innsyn i retningslinjene så langt de berører den aktuelle saken.

Forbrukerombudet og *Forbrukerrådet* uttaler at brudd på lovens krav til begrunnelse bør ha den virkning som følger av forsikringsavtaleloven § 4-14 annet ledd og § 13-13 annet ledd, slik at forholdet ikke kan gjøres gjeldende. *Forsikringsklagekontoret* reiser spørsmål om unnlattelse av å opplyse om adgangen til nemndbehandling bør få spesielle konsekvenser:

«Et spørsmål her er om manglende orientering om adgangen til nemndbehandling vil få noen konsekvenser og i tilfelle hvilke. I forhold til lovens kapittel 4 og 13 gir §§ 4-14 og 13-13 meget strenge konsekvenser for selskapet ved brudd på informasjonsplikten. Dette har bl.a. medført at forsikringsnæringen v/Forsikringsnæringens Hovedorganisasjon har pålagt sine medlemmer å informere om klage- og nemndadgangen ved ethvert avslag - også utenfor de nevnte kapitler. Dette pålegget er etter det kontoret kan se, konsekvent fulgt opp også av selskaper utenfor FNH. Også i dag informeres det således om klage- og nemndadgangen ved avslag på forsikringssøknader.

For ordens skyld tilføyes at det i flere av lovens bestemmelser er gitt adgang til nemndbehandling etter § 20-1 uten henvisning til §§ 4-14 eller 13-13, se bl.a. § 3-3.»

Kreftforeningen nevner særlig spørsmålet om kravet til begrunnelse også bør gjelde ved forhøyet premie eller ved særskilte forbehold og unntak. Også *Barne- og familiedepartementet* synes å uttale seg i den retning.

5.4 Departementets vurdering

På bakgrunn av innspillene fra høringsinstansene foreslår departementet på enkelte punkter noe strengere krav til begrunnelse enn etter forslaget i høringsbrevet, se fjerde ledd i forslaget til §§ 3-10 og 12-12.

Departementet foreslår for det første et uttrykkelig krav om at begrunnelsen må være skriftlig, også ved muntlige henvendelser. Forsikringssøkeren vil ha like stort behov for en skriftlig begrunnelse ved muntlige søknader om forsikring, ikke minst for å sikre tilstrekkelig informasjon om retten til å bringe avslaget inn for Forsikringsskadenemnda. Departementet antar også at et krav om skriftlig begrunnelse vil bidra til at selskapet gjør en grundig vurdering før det gis avslag ved muntlige henvendelser, slik Norges Automobilforbund viser til i sin høringsuttalelse.

For det andre foreslår departementet strengere krav til innholdet i begrunnelsen. I høringsbrevet foreslo departementet at begrunnelsen skal redegjøre for de konkrete risikovurderingene som er gjort, bare dersom forsikringssøkeren ber om det. Bakgrunnen for dette var delvis hensynet til selskapets administrative byrde. *Forbrukerombudet* har i den forbindelse uttalt i høringen at selskapene allerede har foretatt sin risikovurdering, og at det da neppe er særlig byrdefullt for dem å opplyse om denne. *Departementet* er enig i dette. Videre ga departementet i høringsbrevet uttrykk for at forsikringssøkeren kan oppleve en mer konkret begrunnelse som personlig vanskelig. *Forsikringsklagekontorets* uttalelse i høringen indikerer her at det ut fra erfaring likevel er mer hensiktsmessig med en begrunnelse som gir tilstrekkelig informasjon om bakgrunnen for avslaget, enn en vagere og mer generell begrunnelse. *Departementet* er enig i denne vurderingen. På denne bakgrunn foreslår departementet at begrunnelsen uten videre skal redegjøre for de konkrete risikovurderingene som er gjort, og ikke bare når forsikringssøkeren ber om det, slik det ble foreslått i høringsbrevet.

For det tredje foreslår departementet ytterligere regler om hvilken informasjon selskapet skal innta i begrunnelsen. Departementet har merket seg at *Forsikringsklagekontoret* har erfaring for at det bidrar til å løse konflikter om kundene får informasjon om at det kan fremmes en ny søknad etter en viss tid. *Departementet* foreslår på denne bakgrunn et uttrykkelig krav om at begrunnelsen for avslag skal inneholde slik informasjon. Med forslaget til ny § 13-1 c om en bestemt tidsgrense for helseopplysninger får kravet til at

begrunnelsen må informere om dette tidsaspektet, særlig aktualitet. Regelen innebærer videre at det i tilfelle skal opplyses om at forsikringssøkeren kan søke om forsikring på nytt hvis nærmere bestemte forhold som ligger til grunn for forsikringsnektelsen, bortfaller.

I høringsbrevet ble det ikke drøftet hvilken rettsvirkning det bør ha dersom selskapet ikke oppfyller plikten til begrunnelse. Et særskilt spørsmål er om manglende begrunnelse skal innebære at forsikring ikke kan nektes. *Forbrukerombudet* og *Forbrukerrådet* tar i høringen til orde for at manglende begrunnelse bør få den virkning at selskapet ikke kan påberope seg forholdet. *Departementet* foreslår ikke en slik regel, og viser til at en forsikringssøker som ikke får tilstrekkelig begrunnelse, vil kunne klage den manglende begrunnelsen inn for Forsikringsskadenemnda, jf. punkt 7. Hvis selskapet heller ikke da fremkommer med en begrunnelse, vil det få virkninger i nemndas behandling av saken. En forsikringsnektelse som mangler begrunnelse, vil ikke oppfylle lovens krav til saklig grunn. Det vil bety at forsikring ikke kan nektes.

Det kan tenkes at en forsikringssøker som ikke får skriftlig begrunnelse, er ukjent med mulighetene for nemndbehandling. Departementet har derfor vurdert om et selskap som unnlater å opplyse om mulighetene for nemndbehandling, ikke skal kunne nekte vedkommende forsikringssøker den forsikringen det er anmodet om. En slik regel vil imidlertid bli komplisert og vanskelig å praktisere, og er etter departementets syn derfor ikke hensiktsmessig. En regel om at forsikring ikke kan nektes når selskapet har unnlatt å opplyse om mulighetene for nemndbehandling, vil bare kunne fungere der det er klart hva slags forsikringsytelse det er anmodet om, og på hvilke vilkår. Dersom en person for eksempel henvender seg til selskapet med anmodning om livsforsikring uten at de nærmere vilkår drøftes, og får avslag fordi vedkommende lider av en livstruende sykdom, ville spørsmålet oppstå om hvilken dekning selskapet eventuelt måtte tilby vedkommende. En regel om at selskapet i slike tilfelle plikter å tilby livsforsikring, ville også være problematisk i forhold til lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven). Man kan neppe pålegge selskapet å tilby forsikringer til en premie som er så lav i forhold til risikoen at det vil være i strid med forsikringsloven §§ 9-3 og 12-1. Dette ville også gå utover de andre forsikringskundene i form av økte premier. I nevnte eksempel, der vedkommende lider av en livstruende sykdom, måtte forsikring antakelig til-

bys til en premie som nærmer seg hele den aktuelle utbetalingen. Endelig kan det oppstå situasjoner der den forsikringen som det er anmodet om, ikke er et forsikringsprodukt som selskapet tilbyr. I en slik situasjon kunne man ikke godt pålegge selskapet å tilby en slik forsikring. Departementet er på denne bakgrunn kommet til at manglende opplysninger om adgangen til nemndbehandling

nepe bør medføre at selskapet etter loven plikter å tilby forsikring.

Departementet viser også til uttalelsene fra *Forsikringsklagekontoret*, der det fremgår at selskapene i dag allerede har som fast praksis å opplyse om nemndbehandling ved avslag. Departementet antar på denne bakgrunn at manglende opplysninger om adgangen til nemndbehandling neppe vil bli et problem i praksis.

6 Krav om begrunnelse ved tilbud på forsikring bare til en særlig høy premie

Forsikringsavtaleloven §§ 2-1 og 11-1 inneholder krav til informasjon som skal gis av selskapet i forbindelse med tegningen. Selskapet skal blant annet gi opplysninger om vilkår, premiesatser og om det er vesentlige begrensninger i dekingen, samt om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd. Det gjelder imidlertid ikke krav om at det skal gis opplysninger om grunnlaget for premieberegningen.

Som det fremgår i kapittel 3 foran, følger det av lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) at premien skal stå i et rimelig forhold til risikoen. Departementet foreslår i proposisjonen her ikke noe ytterligere saklighetskrav for selskaperens premieberegninger ut over forsikringslovens regulering av dette.

Et annet spørsmål er om det bør gis nærmere regler om begrunnelse fra selskapet også i tilfelle der forsikringssøkeren avkreves en særlig høy premie, og ikke bare der forsikring nektes helt eller delvis. *Barne- og familiedepartementet, Datatilsynet, Kreftforeningen* og *Den norske lægeforening* har i sine høringsuttalelser tatt til orde for det.

Nært knyttet til spørsmålet om begrunnelse for en særlig høy premie er spørsmålet om selskapet også skal opplyse om at forsikringstakeren kan be om å få avtalen revidert dersom forholdene endrer seg, og risikoen blir mindre. *Barne- og familiedepartementet, Datatilsynet, Forbrukerombudet* og *Den norske lægeforening* har vært inne på dette i sine høringsuttalelser.

Departementet viser til at forsikringstilbud til en høyere premie bare vil være omfattet av kravet til begrunnelse etter forslaget §§ 3-10 og 12-12 dersom det dreier seg om et forsøk på omgåelse av reglene om krav til saklig grunn ved forsikringssnektelse, se punkt 4.3. Også ved en høy premie som springer ut av en vanlig risikobasert premie-differensiering i samsvar med forsikringslovens regler, ser imidlertid departementet behov for

nærmere regler om begrunnelse. Dette er særlig aktuelt ved personforsikringer, men departementet ser også grunn til å gi regler om dette innenfor skadeforsikring. Departementet foreslår derfor regler om dette i forsikringsavtaleloven §§ 2-1 og 11-1.

Selskapene fastsetter premier og vilkår med utgangspunkt i premietariffen, jf. forsikringsloven § 9-3 femte ledd og § 12-1, og vurderer den enkelte kunden i forhold til forutsetningene i premietariffen for det aktuelle forsikringsproduktet. Hvis selskapet antar at vedkommende har en høyere risiko enn normalgruppen, blir vedkommende avkrevd en høyere premie enn normalgruppen, se nærmere NOU 2002: 23 punkt 4.1.2 på side 18. Etter departementets syn bør selskapet gi en begrunnelse for det i alle tilfelle der forsikringssøkeren avkreves en høyere premie enn det som kreves for normalgruppen i premietariffen. Departementet antar at dette vil være aktuelt for mange saker. Selskapene kan antakelig utarbeide standardtekst for begrunnelsen med sikte på de mest vanlige typetilfellene, for eksempel der unge bilførere avkreves en høyere premie fordi ulykkesrisikoen for de yngste bilførerne er høyere enn for andre grupper.

Etter de gjeldende regler i forsikringsavtaleloven §§ 2-1 og 11-1 skal selskapet opplyse om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd. Forsikringsskadenemnda vil imidlertid ikke kunne overprøve selskaperens premieberegning, da dette hører under Kredittilsynet, jf. punkt 7. Det er nok også tvilsomt om det er særlig praktisk at domstolene overprøver premieberegningen i en konkret sak. Departementet antar likevel at et krav til begrunnelse for at det kreves en særlig høy premie, vil være hensiktsmessig. Dette vil gi forsikringstakerne informasjon som kan være nyttig for eksempel når forsikringssøkerne skal vurdere forsikringstilbud fra ulike selskaper.

7 Nemndbehandling av saker om forsikringsnektelse

7.1 Gjeldende rett

Forsikringsskadenemnda er etablert ved en avtale mellom Finansnæringens Hovedorganisasjon, Næringslivets Hovedorganisasjon og Forbrukerrådet, «Avtale om nemndene og Forsikringsklagekontoret» («Avtalen» i det følgende). Avtalen, som revideres hvert år, senest 28. februar 2001, regulerer arbeidet ved Forsikringsklagekontoret og oppretter to nemnder under kontoret, Forsikringsskadenemnda og Avkortningsnemnda. Forsikringsavtaleloven regulerer ikke Forsikringsklagekontorets og nemndenes organisering, virksomhet, saksbehandling eller saksfelt. Loven inneholder bare en regel om at partene kan kreve nemndbehandling i en tvist der nemnda er kompetent, jf. § 20-1 første punktum, som lyder:

«Dersom det på grunnlag av avtale mellom selskapenes organisasjoner og forsikringstakerenes organisasjoner eller Forbrukerrådet er etablert en nemnd for behandling av tvister i forsikring, og vedtektene er godkjent av Kongen, kan hver av partene kreve nemndbehandling av en tvist hvor nemnda er kompetent.»

For øvrig viser flere bestemmelser i forsikringsavtaleloven til at det skal opplyses om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd etter § 20-1. (Se §§ 2-1, 2-2, 3-5, 3-7, 4-14, 8-5, 11-1, 11-2, 12-4, 13-13 og 18-5.)

Nemndas kompetanse følger av § 1 i Avtalen, som sier følgende om hvilke forhold forsikringstakeren kan klage inn til Forsikringsklagekontoret:

- «A. Forsikringstaker kan klage inn enhver tvist med sitt selskap når tvisten har relasjon til forsikringsavtalen.
- B. Skadelidt tredjepart som kan rette erstatningskrav direkte mot et selskap kan klage på selskapets behandling av dette kravet. I slike saker skal forsikringstaker varsles om at saken ønskes behandlet i FKK og gis anledning til å uttale seg. Varslingen skjer ved brev og med relativt kort frist for merknader.
- C. Klage i forbindelse med regress mot uforsikret skadevolder behandles i utgangspunktet ikke. Dette gjelder klager fra skadevolder som ikke er forsikret for den skade re-

gressen gjelder, i det selskap som søker regress. Saken kan likevel behandles dersom det er nære bånd mellom forsikringstaker og den uforsikrede skadevolder (familie eller arbeidsgiver/ arbeidstakerforhold).

- D. Tvist om det foreligger et forsikringsforhold kan klages inn for behandling. Dette gjelder i forhold til samtlige av de tre ovenstående punkter.»

Saker om forsikringsnektelse dekkes ikke av denne listen, og er derfor ikke uttrykkelig omfattet av mandatet til Forsikringsklagekontoret. Forsikringsskadenemnda har likevel behandlet mange saker om forsikringsnektelse, blant annet nektelser begrunnet i betalingsanmerkninger. Selv om en sak etter Avtalen § 1 kan bringes inn for Forsikringsklagekontoret, kan Forsikringsklagekontoret og nemnda likevel avvise å realitetsbehandle klagen i visse tilfelle. Dette er nærmere regulert i Avtalen § 4, som lyder:

«§ 4 Henvendelser som kan avvises

Kontoret og nemndene kan avvise å realitetsbehandle klager:

- A. som naturlig hører inn under annet organ, f.eks. Forbrukerrådet, Forbrukerombudet eller Kredittilsynet.
- B. som vanskelig lar seg behandle uten spesiell sakkyndig kompetanse, åstedsbefaring, gransking eller annen bevisvurdering.
- C. som på grunn av sitt omfang, kompliserte saksforhold, økonomiske betydning eller karakter for øvrig ikke egner seg for skriftlig saksbehandling eller nemndbehandling.
- D. som krever et nærmere samarbeid med klageren enn det kontoret kan tilby og som av den grunn finnes mer hensiktsmessig å henvise til privatpraktiserende advokat.
- E. som allerede er hos advokat, med mindre saken kan forelegges en av nemndene.
- F. som er under behandling i internt selskapsorgan inntil avgjørelse fra dette organ foreligger.

Ved vurdering av avvisningsspørsmålet skal alle forhold - også omkostninger ved alternativ håndtering av klagen - tas i betraktning. Når en sak avvises etter ovenstående, skal kontoret samtidig gi råd om hvor klageren bør henvende seg. Avvisningsspørsmålet kan i tvils- eller kon-

flikttilfeller forelegges formannen i den nemnd saken hører inn under til endelig avgjørelse.

Kontoret fører ikke rettssaker.»

Om forsikringsnektelse på grunnlag av helseopplysninger har Forsikringsskadenemnda uttalt 10. september 2002 i sak 4293, som gjaldt avslag på å tegne uførekapital i gruppelivsforsikring, at nemnda i prinsippet må kunne behandle slike saker, forutsatt at den finner at den selv har tilstrekkelig grunnlag og innsikt til å avgi uttalelse. Fra nemndas uttalelse om dette hitsettes:

«Sett fra forsikredes side kan det være behov for ordninger som gir trygghet for at avslag er saklig begrunnet i foreliggende helserisiko, herunder mulighet for ny vurdering og evt. omgjøring av avslag som ikke er tilstrekkelig begrunnet i foreliggende helseopplysninger. Selskapene kan velge å forelegge tvilsomme tilfeller for Nevnden for helsebedømmelse. FSN mener at selskapet bør benytte denne adgangen i tilfeller hvor den som ønsker forsikring, sier seg uenig i et avslag, med mindre innsigelsene mot selskapets avgjørelse er åpenbart ubegrunnede. Selskapet synes å være enig med forsikrede i at fullt eller delvis avslag på forsikring må være saklig begrunnet. Det sies imidlertid intet om konsekvensen av at et avslag eventuelt ikke er saklig begrunnet. FSN ser det slik at den må kunne uttale seg om tvister knyttet til reservasjoner eller avslag av medisinske grunner i tilfeller hvor den selv finner at den har tilstrekkelig grunnlag og innsikt til å avgi slik uttalelse. Nemnda er imidlertid kommet til at dette ikke er tilfellet i herværende sak.»

Departementet er ikke kjent med at Forsikringsskadenemnda har realitetsbehandlet noen saker om forsikringsnektelse der medisinske forhold har ligget til grunn for nektelsen. Slike saker vil ofte falle inn under § 4 alternativ B i Avtalen, ved at de vanskelig lar seg behandle uten særlig sakkyndig kompetanse, granskning eller annen bevisvurdering. Det gjelder særlig der forsikringssøkerens innsigelser går ut på at selskapet har bedømt vedkommendes individuelle helsetilstand feil, slik at nærmere undersøkelser av vedkommendes personlige helsetilstand er nødvendig for å avgjøre klagen. Forsikringsklagekontoret omtalte dette som følger i artikkelen «Medisinske vurderinger», inntatt i kontorets årsberetning for 2002 og på Forsikringsklagekontorets internettsider:

«I enkelte saker er klager uenig i de beskrivelser og konklusjoner som er trukket av de legeerklæringer som foreligger i saken. Kritikken kan gjelde så vel beskrivelsen av klagers plager

eller sykehistorie som fastsettelsen av en invaliditetsprosent. En slik uenighet har kontoret eller nemnda ingen mulighet for å ta stilling til. Denne type saker vil derfor normalt bli avvist under henvisning til avtalens § 4 pkt. B. Ved avvisningen vil vi normalt gjøre oppmerksom på at den eneste måten å forfølge en slik sak videre vil være å innhente en ny faglig uttalelse, noe kontoret ikke har anledning til. Unntaksvis kan vi ta opp med selskapet om man kan være villig til å medvirke til en slik videre faglig utredning.

I de sakene kontoret og nemndene behandler gjelder uenigheten hvordan de aktuelle vilkår eller lovgivningen skal tolkes i forhold til fakta slik det er opplyst bl.a. av de foreliggende medisinske opplysninger. Gir den medisinske utredningen holdepunkter for at det f.eks. er årsakssammenheng mellom en bestemt skadehendelse og de lidelser som klager krever erstatning for? Og hvem har juridisk sett bevisbyrden dersom det medisinske bildet er uklart?»

Sitatet her synes først og fremst å ta sikte på oppgjørssituasjonen, og ikke saker om forsikringsnektelse. I saker om forsikringsnektelse vil imidlertid § 4 alternativ B i Avtalen gjelde på tilsvarende måte. Nemnda vil i en slik sak normalt ikke vurdere fakta knyttet til vedkommendes helsesituasjon eller andre forhold som krever spesiell sakkyndig kompetanse som Forsikringsklagekontoret ikke innehar.

5. desember 2007 inngikk Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Forbrukerrådet og Finansnæringens Hovedorganisasjon en intensjonsavtale som tar sikte på å styrke forsikringsskadenemndas mulighet til å overprøve sakligheten av forsikringsnektelser som er begrunnet i vurdering av fremtidig helserisiko. Slik departementet forstår avtalen, er tanken bak intensjonsavtalen at nemnda skal kunne foreta vurderinger knyttet til om grunnlaget for slike avslag tilfredsstillende lovens krav til saklig grunn, men uten å foreta konkrete individuelle vurderinger av forsikringssøkerens helsetilstand. Det vil imidlertid være opp til partene i intensjonsavtalen hvordan man vil følge den opp når det gjelder slike endringer i nemndas sammensetning og virksomhet som man har sett for seg, i forbindelse med inngåelsen av intensjonsavtalen.

Intensjonsavtalen lyder som følger:

«Intensjonsavtale mellom Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Forbrukerrådet (FR) og Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) vedr. overprøving av sakligheten av avslag på

søknad om forsikring som er begrunnet i vurderingen av fremtidig helserisiko

Intensjonsavtale mellom FFO, FR og FNH vedr. overprøving av saklighetskravet knyttet til avslag på søknad om forsikring grunnet helsevurderingen, bør bygge på disse forutsetningene:

- 1) Overprøvingsorgan
Overprøvingen legges til Forsikringsskadenemnda (heretter kalt nemnda).
- 2) Det er spørsmålet om risikofaktorenes saklighet er godt nok dokumentert som skal prøves.
- 3) Nemnda skal ha følgende rolle i saker om forsikringsnektelse på grunn av fremtidig helserisiko:
 - Nemnda skal ikke foreta individuelle konkrete vurderinger av forsikringssøkerens helsetilstand.
 - Nemnda skal ikke selv foreta medisinske vurderinger når det gjelder hvilken fremtidig helserisiko som er knyttet til en bestemt lidelse, jf. avtale 28. februar 2001 om nemndene og Forsikringsklagekontoret (Avtalen) § 4, men skal kunne ta stilling til om det faktiske grunnlaget og de vurderingene av dette som selskapet har lagt til grunn ved en forsikringsnektelse, holder mål i forhold til lovens krav til saklig grunn.
 - Nemnda skal kunne utvikle en praksis som setter en standard for hvilke krav som bør stilles til det faktagrunnlaget som selskapene legger til grunn, når de nekter forsikring på grunnlag av fremtidig helserisiko.
- 4) Oppnevning av medisinsk sakkyndige
Medisinske sakkyndige oppnevnes av partsrepresentantene i styret, jf. § 2 i Avtalen.
- 5) Medisinsk sakkyndige deltar i nemnda og da som ordinært nemndsmedlem når den skal behandle tvister som gjelder om risikovurderingen er saklig/begrunnet.
- 6) Ikrafttredelse og evaluering
Det tas sikte på at avtalen om nemndene og Forsikringsklagekontoret skal være reforhandlet innen 1. mai 2008.
Partene er enige om at endringen evalueres innen to år etter ikrafttredelsen.»

Forsikringsskadenemnda anmoder i en del tilfelle selskapene om å bringe en sak inn for Nevnden for helsebedømmelse («Nevnden» i det følgende). Nevnden er et fellesorgan for forsikrings-selskapene. Formålet er angitt å være «at alle forsikringssøkere skal bli behandlet objektivt, og å forhindre at øvrige forsikringstakere skal tape på nye

forsikringstakere med uforholdsmessig høy risiko». Nevnden har til oppgave å utarbeide og oppdatere retningslinjer for helsebedømmelse og gi anbefalinger om bedømmelse av enkeltsaker.

Nevndens retningslinjer for helsebedømmelse gir veiledning i hvordan forskjellige helsemessige forhold påvirker dødelighet og fremtidig uførhet, og gir selskapene anbefalinger om hvordan dette bør behandles i forbindelse med en forsikringssøknad. Det er det enkelte selskapet som foretar risikovurderinger i de konkrete sakene om søknad om forsikring, men selskapene kan forelegge tvilstilfelle for Nevnden og be om veiledning. Nevndens retningslinjer for helsebedømmelse er ikke offentlig tilgjengelige. Nevnden administreres av Finansnæringens Hovedorganisasjon. I hvert møte deltar tre leger fra forsikringsselskapene, en lege fra Den norske legeförening, tre fagkyndige fra forsikringsselskapene og nevndekretæren fra Finansnæringens Hovedorganisasjon. Internettssidene til Finansnæringens Hovedorganisasjon opplyser at alle forsikringssøkere som har fått avslag på sin søknad om forsikring eller tilbud om forsikring mot tilleggspremie eller reservasjon, på forespørsel til forsikringsselskapet kan få begrunnelse for vedtaket og rett til innsyn i de aktuelle delene av Nevndens retningslinjer.

7.2 Forslaget i høringsbrevet

I høringsbrevet foreslo departementet en bestemmelse om at underretning om avslag skal inneholde opplysninger om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd etter reglene i § 20-1. I høringsbrevet uttales om de økonomiske og administrative konsekvensene av dette for nemnda:

«Også i dag bringes saker om avslag på forsikring inn for Forsikringsskadenemnda. Det er sannsynlig at antallet slike saker for nemnda vil øke noe som en følge av forslaget, noe som også vil kunne medføre en viss administrativ byrde for forsikringsselskapene. På den annen side antas forslagene i høringsbrevet å medføre en klargjøring av rettstilstanden, som kan medføre at enkelte av de sakene som i dag bringes inn for nemnda, vil bortfalle. Departementet antar imidlertid at forslagene ikke vil medføre noen vesentlig administrativ byrde, verken for forsikringsselskapene eller for nemnda.»

Høringsbrevet drøftet ikke Forsikringsskadenemndas rolle nærmere.

7.3 Høringsinstansenes merknader

Følgende høringsinstanser kommenterer spørsmålet om nemndbehandling: *Norges Bank, Forbrukerrådet, Forsikringsklagekontoret, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Landsorganisasjonen i Norge.*

Norges Bank viser til at adgangen til nemndbehandling bidrar til større tillit til forsikringsbransjen.

Ingen høringsinstanser går imot at Forsikringskadenemnda i prinsippet skal kunne behandle saker om forsikringsnektelse. Både *Forsikringsklagekontoret* og *Forbrukerrådet* støtter at nemndas mandat bør omfatte nektelse av forsikring, og uttaler at man er enig i departementets vurdering av at dette ikke vil få store konsekvenser for saksmengden ved Forsikringsklagekontoret.

Forsikringsklagekontoret viser også til den rollen som Nevnden for helsebedømmelse spiller når det gjelder å løse konflikter som nemnda behandler, og uttaler om dette:

«Et ikke uvanlig eksempel er at man enten får avslag eller «reservasjon» pga. sykmelding eller behandling for psykiske problem, som ifølge klager er helt situasjonsbetinget og knyttet til f.eks. samlivsbrudd eller dødsfall. Kontorets erfaring er at disse konfliktene lar seg løse ved at selskapet ved avslag eller tilbud med reservasjon mot nervøse lidelser, samtidig opplyser om alternative dekningsmuligheter eller at man kan fremme en ny søknad etter en viss tid. Her nevnes at det bransjeinterne organet Nevnden for helsebedømmelse bidrar til en likebehandling av forsikringssøkere i forhold til likelydende regler, hvilket i seg selv kan være en akseptabel begrunnelse for et avslag. I motsetning til Forsikringsklagekontoret og Forsikringsskadenemnda har nevnte organ medisinsk kompetanse, som kan bidra til å løse et annet gjenganger problem i disse klagesakene, nemlig at egen fast lege og selskapets lege ser høyst forskjellig på f.eks. faren for tilbakefall etter alvorlige sykdommer.

For ordens skyld presiseres at det alene er selskapet som kan velge å legge saken frem for nevnte organ og det er også opp til selskapet om nevndens anbefaling skal følges. Kontoret har innenfor disse begrensninger høstet gode erfaringer ved å be selskapet i en oppstått konfliktsituasjon om å legge saken frem for nevnden. Noen ganger har dette medført at selskapet har omgjort sin første avgjørelse (med eller uten behandling i nevnden) og andre ganger har klager akseptert avslaget etter slik behandling. I denne forbindelse vises også til ut. 4293, dog med den tilføyelse at Forsikringsskade-

nemnda nå har mottatt en anmodning fra nevnden ikke å avgi slike uttalelser i fremtiden.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon støtter i utgangspunktet forslaget om at nemndbehandlingen skal omfatte forsikringsnektelse, men presiserer at nemndas mulighet til å gå inn i disse sakene er begrenset, fordi nemnda ikke kan overprøve selskapets reelle risikovurderinger og forretningsmessige vurderinger. Finansnæringens Hovedorganisasjon viser særlig til at en eventuell overprøving av de risiko- og forretningsmessige vurderingene som knytter seg til forsikringsvirksomhetslovens bestemmelser, bør ligge hos Kredittilsynet. Videre vises til at nemnda ikke har faglig kompetanse til å overprøve slike vurderinger, og heller ikke kan besettes med slik kompetanse. Organisasjonen presiserer at man mener det ville være prinsipielt galt om nemnda skulle ta stilling til risikomessige spørsmål som griper direkte inn i selskapenes forretningsdrift. Finansnæringens Hovedorganisasjon uttaler:

«Når det gjelder klagemulighet og overprøving er det uttrykt at dette kan skje ved Forsikringsklagekontoret / Forsikringsskadenemnda.

Denne klagebehandlingen må slik vi ser det nødvendigvis være avgrenset, og ber om at det kommer frem i lovbestemmelsene, alternativt i merknadene.

FNH ser at det kan være naturlig og hensiktsmessig at FSN gis adgang til å vurdere om kunden har fått en begrunnelse som er tilfredsstillende i henhold til 4. ledd hhv § 3-10 og § 12-12. FSN bør forutsetningsvis ha kompetanse til å vurdere om lovens krav her skal anses oppfylt.

Dersom FSN kommer til at så ikke er tilfelle, må den kunne konkludere med at kunden har krav på en ny eller bedre begrunnelse. Det bør presiseres - enten i loven eller i merknadene - at konsekvensene av at FSN eventuelt kommer til at begrunnelsen er mangelfull, ikke er at selskapet automatisk da blir forpliktet til å inngå kontrakt med kunden.

FSN må også kunne vurdere spørsmålet om bestemmelsenes tredje ledd er tilfredsstillt.

FNH går imidlertid på det sterkeste mot at FSN i full bredde skal kunne overprøve selskapets reelle risikovurdering i en klagebehandling.

Skulle klagebehandlingen ved FSN være en full prøving av alle sider ved et saklighetskrav, ville det medføre at man reelt overprøvde selskapets faglige baserte risikovurdering som jo er et helt sentralt element i den forretningsmessige ansvarlige driften at et forsikrings-selskap.

Vi antar at heller ikke departementet (slik høringsnotatet er utformet med henvisninger til at selskapene fortsatt skal ha frihet og ansvar i hht rammene i forsikringsvirksomhetsloven og at «lovforslaget ikke har til hensikt å pålegge selskapene å påta seg noen økt risiko i forhold til dagens praksis») har ment at slike risiko- og forretningsmessige vurderinger som må knyttes opp mot for eksempel de krav selskapene har på seg i forsikringsvirksomhetslovens §§ 7-6 og 7-7, bør ligge andre steder enn i selskapet selv samt selvfølgelig hos Kredittilsynet som rette myndighet.

Vi ber om at dette kommer klart frem av lovbestemmelsen eventuelt i merknadene.

FKK / FSN har ikke- og bør etter vårt syn ikke besettes med - et slikt omfattende spekter av ulike fagkompetanse som er nødvendig for å kunne foreta en fullstendig vurdering av alle sider av slike spørsmål (aktuariell, medisinsk, sosioøkonomisk, statistisk, teknisk m.m.). Skulle FKK / FSN hatt en full prøvingsadgang ville det reelt tilsi at dels FKK men i hvert fall FSN måtte vært «satt opp med» breddekompetanse som «matchet» selskapenes ulike brede fagmiljøer.

Videre er den saksbehandlingsformen som kontorets og nemndenes drift er basert på, ikke egnet til å belyse slike spørsmål i nødvendig bredde og dybde.

Endelig vil det være prinsipielt galt om denne klageordningen - som er satt opp for å løse rettslige spørsmål i tilknytning til forsikringskontrakter og avtaleforhold - skulle ta stilling til risikomessige spørsmål som på en så spesiell måte griper direkte inn i forretningsdriften.

På den annen side ser FNH at selskapenes praksis må kunne vurderes opp mot en slik rettslig standard som det foreslåtte saklighetskravet representerer. Slik full og reell saklighetsvurdering må skje ved domstolene som kan oppnevne særskilte sakkyndige etter behov.

FNH mener på denne bakgrunn at FKK / FSN må forestå en klart begrenset klagebehandling.»

Når det særlig gjelder vurderinger av helserisiko, viser Finansnæringens Hovedorganisasjon videre til at Forsikringsskadenemnda i dag ikke foretar nærmere vurderinger av helserisiko, men forelegger slike spørsmål for Nevnden for helsebedømmelse for å finne en løsning. Finansnæringens Hovedorganisasjon uttaler om dette:

«Det synes som om det i enkelte sammenhenger har vært fremholdt at FKK / FSN faktisk i dag foretar bred behandling av saker om nek-

telse av forsikring. Dette kan etter vårt skjønn ikke sies å være tilfelle i den forstand vi her har omtalt full og bred saklighetsvurdering.

Dette kan belyses ved å vise til brev av 5. juli 2005 fra FKK til Nevnden for Helsebedømmelse.

Det siteres;

«Så vidt vites er derfor alle henvendelser fra kontoret i saker vedrørende avslag på søknad om forsikring begrunnet i søkerens helse vært rettet til det aktuelle selskapet med spørsmål om selskapet kan forelegge saken for nevnden [Nevnden for Helsebedømmelse, vår mrkn]. Med andre ord har kontoret spurt om selskapet vil benytte sin mulighet til å be om nevndens anbefaling til bedømmelse av enkeltsøknader omforsikring av vanskelig medisinsk karakter.»

Dette viser at FKK når det gjelder slike spørsmål ikke har noen praksis på å prøve selve realiteten (i form av å overprøve selskapenes forsikringsrisikomessige vurderinger) i slike spørsmål. Kontoret har derimot heller inntatt en rolle som mellomledd i dialogen og forsøker å få selskapene til å foreta en ny vurdering av realitet eller av avgitt begrunnelse.

Slik praksis er det intet i veien for at de viderefører også etter at lovforslaget eventuelt er vedtatt. (I parentes skal det bemerkes at Nevnden for Helsebedømmelse ikke er noen overprøvingsinstans, men et veiledende rådgivende organ.)

I og med at det kan synes som om at det er ulikt bilde av - og kanskje manglende informasjon om - hva slags behandling FKK har av slike saker er det derfor behov for at merknadene til lovbestemmelsene reflekterer og presiserer klageinstansens avgrensede kompetanse og behandling av slike saker.

Det siteres i så måte videre fra brevet;

«Forsikringklagekontoret ser det som sin hovedoppgave å løse tvister mellom forsikringsselskapene og kundene i minnelighet. Klager som gjelder avslag på søknader om personforsikringer er ikke så ofte forekommende, men de byr på spesielle problem når begrunnelsen er basert på medisinske vurderinger. Den beskrevne fremgangsmåte har, som det fremgår overfor, både løst foreliggende konflikter og/eller medført at klager har fått en mer utfyllende begrunnelse for et avslag som gjør det lettere å akseptere.»

Full prøving av om lovens saklighetskrav er oppfylt vil måtte skje ved domstolene som kan oppnevne særlige sakkyndige etter behov, og hvor partenes adgang til vitneforsler, bevisforsler og muntlige forhandlinger er av en helt annen karakter enn det vil være ved FKK / FSN.»

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon krever i sin høringsuttalelse at det opprettes en ny nemnd for å behandle medisinske spørsmål, og uttaler:

«FFO mener det må være adgang til å overprøve forsikringsselskapenes vurdering av om det foreligger særlige helsemessige forhold, og om det kan påvises en årssakssammenheng mellom de helsemessige forhold som foreligger og risiko for at forsikringstilfellet vil inntruffe, og det sannsynlige omfanget av en eventuell skade.

På denne bakgrunn krever FFO at det opprettes en nøytral nemndsordning for medisinske spørsmål. Denne nemnden bør sammensettes av representanter fra både forsikringssiden og brukersiden, samt medisinske spesialister.

FFO vil bemerke at den eksisterende «Nemnden for Helsebedømmelse» ikke kan anvendes i denne sammenheng. For det første er denne nemnden kun ment som en rådgivende instans for forsikringsselskapene. Forsikringstakere og søkere kan ikke kreve at denne nevnden vurderer en sak der det foreligger uenighet mellom søker og forsikringsselskap. For det andre kan ikke denne nemnden oppfattes som en nøytral klageinstans ettersom den er sammensatt av representanter fra forsikringsbransjen.»

Et særlig spørsmål som *Finansnæringens Hovedorganisasjon* har tatt opp i høringen, er om reglene om sletteplikt etter selskapenes konsesjoner fra Datatilsynet i medhold av personopplysningsloven er til hinder for at selskapene kan oppbevare nødvendig dokumentasjon til en eventuell klagebehandling ved nemnden.

7.4 Departementets vurdering

På samme måte som i høringsbrevet foreslår departementet en bestemmelse i §§ 3-10 og 12-12 om at underretningen om avslag skal opplyse om reglene for å bringe tvister inn for en klagenemnd, jf. femte ledd. Det foreslås ikke nærmere bestemmelser om Forsikringsskadenemndas behandling av saker om forsikringsnektelse. Dette er i tråd med systemet i forsikringsavtaleloven § 20-1. Ingen av partene i Avtalen, Forbrukerrådet og Finansnæringens Hovedorganisasjon, har i høringen gått mot at Forsikringsskadenemnda i utgangspunktet skal kunne behandle saker om forsikringsnektelse. Som det fremgår i punkt 7.1, er det etablert praksis at Forsikringsklagekontoret behandler saker om forsikringsnektelse, selv om dette ikke er uttrykkelig nevnt i Avtalen. Ut fra

informasjonshensyn og for å fjerne enhver tvil om nemndas myndighet ser departementet det som ønskelig å få presisert uttrykkelig i Avtalen i § 1 at nemnda kan behandle saker om forsikringsnektelse. Departementet har derfor i møte med Forbrukerrådet og Finansnæringens Hovedorganisasjon anmodet om at det gjøres en slik presisering i Avtalen § 1. Det er foreløpig ikke endelig avklart om og i så fall når en slik presisering vil bli inntatt i Avtalen, eller hvilken form den vil få. Departementet legger i det følgende likevel til grunn at partene i Avtalen er enige om at nemnda i utgangspunktet skal kunne behandle saker om forsikringsnektelse, i hvert fall innenfor de begrensningene som følger av § 4 i Avtalen.

Departementet forstår *Finansnæringens Hovedorganisasjon* slik at det ikke anses aktuelt at nemnda skal foreta konkrete risikomessige og foretningmessige vurderinger, sett i lys av Avtalens § 4. Etter § 4 i Avtalen kan nemnda avvise å realitetsbehandle klager som naturlig hører under Kredittilsynet, klager som vanskelig lar seg behandle uten spesiell sakkyndig kompetanse, gransking eller annen bevisvurdering, samt klager som på grunn av sitt kompliserte saksforhold eller økonomiske betydning ikke egner seg for skriftlig saksbehandling eller nemndbehandling. I saker om forsikringsnektelse vil nemnda i utgangspunktet ha samme adgang til å avvise saken som i andre saker. Nemnda vil blant annet ikke ta stilling til den konkrete helsetilstanden til en person dersom dette vil kreve nærmere undersøkelser og bevisvurdering. Nemnda vil heller ikke kunne uttale seg om spørsmål som hører under Kredittilsynet, herunder forholdet mellom premie og risiko og andre spørsmål knyttet til premiefastssettelsen.

Selv om det gjelder viktige begrensninger i hva nemnda vil vurdere innenfor rammene i Avtalen, vil adgangen til nemndbehandling etter departementets syn likevel kunne få stor praktisk betydning for forsikringssøkerne. Et eksempel er sakene som nemnda har behandlet der grunnlaget for avslag har vært betalingsanmerkninger, betalingsmislighold overfor selskapet eller mistanke om forsikringssvindel. Med de nye reglene styrkes her forsikringssøkernes rettigheter i slike tilfelle. Videre mener departementet at nemnda etter Avtalen bør kunne ta stilling til om en bestemt risikofaktor generelt kan være saklig grunn for forsikringsnektelse, uten at det er nødvendig å gå nærmere inn i konkrete vurderinger av om vedkommende klager selv kan anses å tilhøre den aktuelle risikogruppen. For eksempel bør nemnda kunne ta stilling til hvilke krav som mer generelt bør stilles til generell statistikk overfor en risikogruppe, jf. kra-

vet om at risikoøkningen må ha en rimelig sammenheng med avslaget. I noen slike saker vil forholdet kunne være at det er uenighet i det aktuelle fagmiljøet om en omstendighet gir økt risiko eller ikke. I slike tilfelle antar departementet at det neppe vil være aktuelt for nemnda å ta stilling til hvem som i det aktuelle fagmiljøet skal anses å ha rett, men at det bør være nok for selskapet å kunne vise til at det er god faglig dekning for å anta at den aktuelle omstendigheten vil kunne gi økt risiko. Vurderingen av disse spørsmålene vil imidlertid være opp til nemnda i dens praktisering av avvisningsreglene i § 4. I andre tilfelle kan det antakelig være mer åpenbart at selskapet mangler det nødvendige statistiske grunnlaget for å legge til grunn at et forhold medfører en bestemt risiko, eller at den aktuelle statistikken ikke har tilstrekkelig sammenheng med den konkrete saken. Etter departementets syn gir § 4 i Avtalen nemnda mulighet til å finne frem til en praktisk håndtering av hvilke spørsmål av denne typen det kan være aktuelt for nemnda å ta stilling til. Det vil nok kunne være en glidende overgang mellom det å ta stilling til hva som generelt kan være saklige omstendigheter å legge vekt på, og den individuelle vurderingen av forsikringssøkeren. Dette må imidlertid nemnda finne ut av i sin praktisering av § 4 i Avtalen. Alt i alt vil departementet anta at § 4 i Avtalen vil gi nemnda en hensiktsmessig ramme for behandlingen av klager om usaklig forsikringsnektelse. Den gir mulighet til å avvise saker der nemnda ikke har faglig kompetanse eller faktisk grunnlag for å ta stilling. Samtidig gir bestemmelsen en viss mulighet til å kunne slå ned på de klarere tilfellene av brudd på saklighetskravet.

Et særlig spørsmål er om de ovennevnte begrensningene i nemndas rolle og myndighet tilsier at det bør vurderes å opprette et nytt offentlig organ som kan foreta en mer fullstendig overprøving av selskapenes avslag på forsikring, slik *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* tar til orde for i høringen. D e p a r t e m e n t e t mener for sin del at dette neppe vil være hensiktsmessig. Et organ som skal kunne foreta en full overprøving av saker om forsikringsnektelse, måtte inneha et bredt spekter av ulik fagkompetanse. Dette ville være relativt ressurskrevende. Departementet finner det tvilsomt om de offentlige ressurser som et slikt organ eventuelt ville kreve, vil stå i forhold til nytten.

Departementet er imidlertid av det syn at nemndas myndighet og mulighet til å overprøve selskapenes vurderinger av fremtidig helserisiko bør styrkes. Endringer i Avtalen som utvider nemndas myndighet og rolle i saker om forsikring-

snektelser, herunder tilgangen til fagkompetanse på ulike områder, krever enighet mellom partene i Avtalen. Dette er ikke noe som kan pålegges fra lovgivers side. Intensjonsavtalen mellom Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Forbrukerrådet og Finansnæringens Hovedorganisasjon av 5. desember 2007, se punkt 7.1 foran, tar nettopp sikte på en styrking av nemndas mulighet til å behandle prinsipielle spørsmål knyttet til sakligheten av selskapenes vurderinger av fremtidig helserisiko i saker om forsikringsnektelse. Etter departementets syn er dette en viktig utvikling.

Departementet vil understreke at det neppe er hensiktsmessig å legge opp til at nemnda skal foreta noen *konkret bevisvurdering* av forsikringssøkerens helse eller andre faktiske forhold knyttet til den enkelte forsikringssøkeren. Det ville gi nemnda en helt annen rolle enn i dag, da det ville innebære behov for innhenting av medisinske sakkyndigvurderinger av den enkelte mv. Også intensjonsavtalen 5. desember 2007 synes å gi uttrykk for at nemnda ikke skal foreta konkrete individuelle vurdering av forsikringssøkerens helsetilstand.

Departementet har forelagt Datatilsynet *Finansnæringens Hovedorganisasjons* spørsmål om reglene om sletteplikt etter selskapenes konsesjoner fra Datatilsynet kan være til hinder for at selskapene oppbevarer nødvendig dokumentasjon til en eventuell klagebehandling ved nemnda. *Datatilsynet* viser til at informasjonen vil kunne beholdes i den grad dette er nødvendig for å oppfylle formålet med reglene om nemndbehandling. I den forbindelse anbefaler Datatilsynet at det ut fra personvern hensyn fastsettes en tidsfrist for når forsikringssøkeren kan påberope seg at det har skjedd en ulovlig forsikringsnektelse. Datatilsynet uttaler til departementet om dette:

«Tilsynet har forståelse for at det er nødvendig for selskapene å beholde informasjon innhentet fra kunden og eventuelle andre kilder i forbindelse med behandling av en forsikringssøknad for å kunne oppfylle kravet til å gi begrunnelse for avslag eller at forsikringstilbudet gis på svært spesielle vilkår.

Datatilsynet understreker at det er viktig at informasjonen som beholdes begrenses i den grad det er mulig for å oppfylle dette formålet. Det er videre viktig at det går frem av merknader til bestemmelsen (i Ot.prp.) at det er behov for å oppbevare opplysninger for å oppfylle kravet og at opplysninger som oppbevares kun kan benyttes til dette formålet og ikke i senere saksbehandling eller til utveksling selskapene imellom. I slike tilfeller må informasjonen innhentes av kunden på nytt. Dette av hensyn til kravet om tilfredsstillende datakvalitet.

Det er videre et grunnleggende personvernprinsipp at opplysninger ikke oppbevares lenger enn det som er nødvendig. Dersom kunden for all mulig fremtid har rett til å klage på avgjørelsen, vil dette samtidig medføre et behov for selskapene til å oppbevare informasjonen. Lenger oppbevaringstid etablerer en større personverntrussel og en større sannsynlighet for at informasjonen benyttes til andre formål enn begrunnelseskravet. Tilsynet oppfordrer derfor departementet til å foreslå en klagefrist. Av personvern hensyn bør den være av relativt kort varighet.

Det er videre et krav etter personopplysningsloven §§ 19 og 20 at forsikringssøker - på forhånd - informeres om at opplysninger vil kunne bli oppbevart for det formål å oppfylle begrunnelsesplikten.

Opplysninger som oppbevares av denne årsak må tilgangsbegrense. Det vil si at kun et fåtall ansatte, med et tjenstlig behov, kan ha tilgang til denne informasjonen. Det må ikke gis tilgang gjennom vanlige saksbehandlingssystemer.

Etter en ny vurdering vil det, etter tilsynets oppfatning, ikke være nødvendig å endre konsesjonen. Det er også andre lovhjemlede formål som tilsier videre oppbevaring, utover den angitte slettefrist; disse er heller ikke angitt i konsesjonen. Dersom det er behov for endring av pedagogiske årsaker, kan dette vurderes neste gang konsesjonen revideres.»

På bakgrunn av Datatilsynets uttalelse foreslår departementet av personvern hensyn en tidsfrist for når forsikringssøkeren kan påberope seg at det foreligger et ulovlig avslag på forsikring. Dette er en type sak der spørsmålet er av størst praktisk betydning for forsikringssøkeren i den nærmeste tiden etter avslaget. Forbrukerhensyn taler derfor etter departementets syn neppe sterkt imot at det gjelder en viss klagefrist i saker om forsikringsnektelse. Etter mønster av den tilsvarende regelen i forsikringsavtaleloven § 8-5 foreslår departementet en frist på seks måneder fra skriftlig underretning om avslaget ble mottatt. Tidsfristen avbrytes ved melding til selskapet og gjelder for både nemndbehandling og domstolsbehandling.

8 Begrensninger i rett til innhenting av helseopplysninger ved tegning av forsikring

8.1 Innledning

Det rettslige utgangspunktet i norsk rett i dag er at forsikringsselskaper kan be om alle helseopplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen, jf. forsikringsavtaleloven § 13-1. Selskapet på sin side er forpliktet til å fastsette premien i samsvarende med risikoen, jf. § 9-3 femte ledd og § 12-1 lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven). Dermed har ikke selskapet bare rett, men også plikt til å innhente den informasjon som er nødvendig for å kartlegge den enkelte forsikringstaker risikobilde. I dette kapitlet er hovedspørsmålet om en forsikringstakers opplysningsplikt etter forsikringsavtaleloven bør begrenses. Det vises til nærmere redegjørelse for forholdet mellom den individuelle forsikringsavtalen og krav til premieberegningen i forsikringsloven foran i kapittel 3.

I kapitlet her gjøres det først rede for rettstilstanden i andre nordiske land når det gjelder begrensninger i adgangen til å innhente opplysninger ved tegning av forsikring. I tillegg pekes det helt kort på rettstillingen etter EU-retten.

Dernest ses det nærmere på gjeldende norsk rett i lys av de ulike forslag i NOU 2000: 23 og høringsinstansenes syn. En har sett det som naturlig å begynne med hvordan opplysninger samles inn i dag. Det skjer som regel ved at den enkelte forsikringstaker fyller ut et egenerklæringskjema. Men den enkelte har også plikt til å gi viktige opplysninger av eget tiltak, jf. forsikringsavtaleloven § 13-1. Mot dette bakteppet og i lys av høringsinstansenes syn drøftes så utvalgets ulike forslag til begrensninger i opplysningsplikten. Avslutningsvis behandles spørsmålet om det er behov for et system som skal hindre at opplysningene brukes på en feilaktig eller usaklig måte.

Bestemmelsene i dette kapitlet må ses i sammenheng med punkt 9.1 som handler om skranke i annen lovgivning for utveksling av personopplysninger. For eksempel gjelder personopplysningslovens regler for behandling av personopplysninger i et forsikringsforhold. Personopplysningsloven

supplerer i så måte vernet for den enkelte forsikringstaker etter forsikringsavtaleloven.

8.2 Rettstilstanden i andre nordiske land og EU

I *dansk* rett reguleres forsikringsavtaler blant annet av lov nr. 129 av 15. april 1930. I utgangspunktet er det ingen begrensninger i forsikringsselskapenes adgang til å innhente eller bruke helseopplysninger, verken ved inngåelsen av en forsikringsavtale eller ved en eventuell oppsigelse eller endring av vilkårene for en forsikring eller en pensjonsordning. Forsikringsavtaleloven er således ikke til hinder for at forsikringsselskapet anmoder om personlige opplysninger eller opplysninger om den generelle helsetilstanden.

Et forsikringsselskap kan imidlertid ikke anmode om, innhente eller motta og bruke opplysninger som kan belyse en persons arveanlegg og risiko for å utvikle eller pådra seg sykdommer, herunder kreve undersøkelser som er nødvendige for å fremskaffe slike opplysninger, jf. forsikringsavtaleloven § 3a. Men unntaket gjelder ikke opplysninger om vedkommendes eller andre personers nåværende eller tidligere helbredstilstand.

I *Finland* er forsikringstakerens opplysningsplikt regulert i försäkringsavtalslagen (543/1994) 22 §. Herav følger en plikt for en forsikringssøker til å gi korrekte og fullstendige svar på selskapets spørsmål, for så vidt de kan ha betydning for risikobedømmingen. Det kan spørres om alle slags helseopplysninger.

Den finske forsikringsavtaleloven er for tiden under revisjon. I 2005 ble det nedsatt et utvalg som avga sin utredning høsten 2006. Utredningen har vært på høring. Regjeringen tar sikte på å legge frem en proposisjon for Riksdagen i begynnelsen av 2008. Gruppen foreslo ingen endringer i försäkringsavtalslagen 22 §.

I *svensk* rett reguleres forsikringstakerens opplysningsplikt i försäkringsavtalslagen (2005:104). En rekke av bestemmelsene i denne loven tilsvarer

norske regler, men de svenske bestemmelsene er mer detaljerte.

Den svenske forsikringsavtaleloven inneholder ingen begrensninger når det gjelder hva et forsikringsselskap skal kunne spørre om ved tegning av forsikring. Men problemstillingen har blitt drøftet i utredningen Försäkringsbolags tillgång till patientjournaler (Ds 2005:13).

I utredningen er utgangspunktet at forsikringsselskapet har behov for informasjon for å foreta en korrekt risikovurdering. Samtidig skal den enkelte forsikringstaker beskyttes mot at personvernet blir krenket. Det legges til grunn at tilgang for fullstendige pasientjournaler gir forsikringsselskapet tilgang til nødvendig informasjon, men også unødvendig informasjon, såkalt overskuddsinformasjon. Det foreslås derfor begrensninger i forsikringsselskapets muligheter til å innhente fullstendige pasientjournaler direkte fra helsevesenet etter fullmakt. Selskapenes behov for informasjon bør heller imøtekommes ved at de får svar på særskilte spørsmål eller journalutdrag.

I utredningen foreslås det også tidsmessige begrensninger i retten til å utnytte fullmakter for å innhente helseopplysninger om den enkelte. Blant annet skal en fullmakt innhentet i forbindelse med tegning av forsikring, ikke kunne nyttes av selskapet når avtalen er inngått.

Forslaget har foreløpig ikke ført til noen lovendringer.

EU har gitt flere direktiver om forsikringsvirksomhet, men ingen av disse gjelder spesielt forholdet mellom forsikringstakeren og forsikringsselskapet.

EU-direktivet om beskyttelse av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger (Europaparlamentet og rådets direktiv 95/46 EF) har til hensikt å etablere felles reguleringsprinsipper og et ensartet vern for behandlingen av personopplysninger i hele EU-området. Direktivet skal videre sikre fri utveksling av personopplysninger mellom medlemsstatene. Direktivet er innlemmet i EØS-avtalen og gjennomført i norsk rett ved personopplysningsloven 14. juni 2000 nr. 31.

8.3 Selskapets innhenting av opplysninger

Før forsikringsavtale er inngått, kan forsikringsselskapet be forsikringstakeren om opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen, jf. forsikringsavtaleloven § 13-1 første punktum. Forsi-

kringstakeren og den forsikrede skal gi «riktige og fullstendige svar» på disse spørsmålene fra selskapet, jf. forsikringsavtaleloven § 13-1 annet punktum. Det er dermed selskapet som har hovedansvaret for å finne de opplysninger det mener at det trenger, gjennom utformingen av spørsmålene. Normalt vil slike spørsmål fremgå i et standardisert spørreskjema. Ved tegning av personforsikring kalles dette gjerne «egenerklæringsskjema».

Forsikringstakeren har i tillegg en aktiv og selvstendig opplysningsplikt. Plikten knytter seg til «særlige forhold» som vedkommende må forstå er av vesentlig betydning for selskapet, jf. forsikringsavtaleloven § 13-1 tredje punktum.

En liknende regel gjelder ved inngåelse av en avtale om skadeforsikring, jf. forsikringsavtaleloven § 4-1.

I NOU 2000: 23 gir utvalget uttrykk for at dagens ordning med at selskapet har et hovedansvar for å finne frem til de opplysningene det trenger ved bruk av egenerklæringsskjemaer bør videreføres. Utvalget fremholder (utredningen punkt 9.2.2 på side 55):

«Det er viktig at spørsmålene blir stilt slik at man får svar som er minst mulig skjønnsmessige (spørsmål om en har vært sykmeldt heller enn spørsmål om en føler seg frisk). Blir spørsmålsstillingen så klar som mulig, blir skjemaene enklere å bruke, og en unngår senere tvist om hvorvidt opplysningsplikten ble oppfylt. Noen spesielle regler om dette er imidlertid vanskelige å formulere.»

Utvalget forslo etter dette følgende utforming av forsikringsavtaleloven § 13-1 (utredningen punkt 15.2.2.3 på side 129-130):

«Så lenge selskapet ikke har påtatt seg å dekke forsikringen, skal forsikringstakeren og den sikrede svare på de spørsmålene selskapet stiller for å kunne vurdere risikoen. På oppfordring av selskapet skal forsikringstakeren og den forsikrede gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen selv om det ikke er uttrykkelig spurt etter disse opplysningene, men bare dersom opplysningene er av en slik art at selskapet kunne ha spurt om dem etter bestemmelsene nedenfor.»

Som det fremgår av lovforslaget annet punktum, går utvalget inn for å beholde dagens regel om forsikringstakerens plikt til å gi opplysninger om «særlige forhold» av eget tiltak, men med en viss tydeliggjøring i lovteksten. Utvalget uttaler (utredningen punkt 15.1.2.3 på side 121-122):

«Som i dagens lovtekst går opplysningsplikten noe videre enn å svare på spørsmålene som blir stilt. Nytt er imidlertid at selskapet må gjøre spesielt oppmerksom på dette.

Normalt må forsikringskundene kunne forutsette at selskapet spør etter det som er relevant, men unntak kan tenkes. Er grunnen til at selskapet ikke spør at det ikke har adgang til det – for eksempel fordi det dreier seg om gamle opplysninger – er imidlertid forsikringskundens opplysningsplikt begrenset tilsvarende. I så fall behøver selskapet ikke informeres, selv om det dreier seg om forhold forsikringskundene skjønner er høyst relevante for risikobedømmingen.»

Utvalget forslår dessuten en særskilt bestemmelse om at selskapet har plikt til å informere om begrensninger i forsikringskundens opplysningsplikt, og om bakgrunnen for at spørsmålene stilles, jf. forslaget til ny § 13-1 e i forsikringsavtaleloven (utredningen punkt 15.2.2.9 på side 130):

«Selskapet skal informere om begrensningene i opplysningsplikten som følger av reglene i dette kapitlet. Selskapets skriftlige spørsmål skal vedlegges en kort og lettfattelig forklaring av hvorfor selskapet mener spørsmålene er relevante ved risikovurderingen, og hvilken betydning svarene kan ha.»

Utvalget begrunner forslaget slik (utredningen punkt 9.2.2 på side 55):

«Slik utvalget ser det, bør skjemaene suppleres med forklarende tekst. Forklaringene bør ikke være altfor detaljerte, men bør utformes slik at en vanlig forsikringssøker skjønner formålet med skjemaet og spørsmålene.

På samme måte som skjemaet bør forklare spørsmålsstillingene, bør det opplyses om begrensningene i opplysningsplikt, rett til begrunnelse og liknende [...]

Den klarhet som tilstrebes med tiltakene som er nevnt ovenfor, blir spesielt viktige dersom opplysningsplikten begrenses, slik utvalget drøfter nedenfor. Av denne grunn vil utvalget anbefale at begrensninger i opplysningsplikten så langt det er mulig gjennomføres som begrensninger i hva det kan stilles spørsmål om i egenerklæringsskjemaer fremfor en adgang for forsikringssøkere til å unnlate å besvare spørsmål eller besvare dem galt.»

Utvalgets medlemmer oppnevnt etter forslag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæringens Hovedorganisasjon, er prinsipielt uenig i at det skal legges begrensninger på opplysningsplikten, se punkt 8.4. De uttaler likevel (utredningen punkt 9.2.2 på side 55):

«[D]ersom det først skal innføres begrensninger må disse reguleres gjennom hva selskapene kan spørre om. Dersom det skal overlates til forsikringssøkeren selv å vurdere de enkelte reglene om begrensninger i opplysningsplikten, øker risikoen for konflikter og for situasjoner der forsikringen viser seg ikke å være gyldig når forsikringstilfellet har inntruffet.»

Ett medlem foreslår en regel som begrenser forsikringsselskapets spørsmål til et spørreskjema som det «vanligvis tar mindre enn [én time] å fylle ut», jf. utvalgets lovforslag § 13-1x. Flertallet støtter ikke en slik regel. Flertallet uttaler (utredningen punkt 9.5.4 på side 61):

«En peker dels på at konkurransesituasjonen uansett fører til at skjemaene utformes slik at de ikke tar for lang tid å fylle ut, og dels på at opplysningsplikten uansett er så omfattende at en mengdebegrensning av spørsmålene har liten betydning. En antar det også ville være vanskelig å finne en passende tidsramme for de forskjellige typer forsikring.»

Aker sykehus støtter utvalgets forslag om å videreføre ordningen med egenerklæringsskjemaer. Landsorganisasjonen i Norge peker på viktigheten av at spørsmålene selskapene stiller, er så klare som mulig.

Utvalgets forslag til ny § 13-1 e om selskapets informasjonsplikt i forbindelse med bruk av egenerklæringsskjemaer støttes av Finansnæringens Hovedorganisasjon, som legger følgende forståelse av bestemmelsen til grunn:

«Utvalget har forutsatt at informasjonen skal være kort og enkel. Vi legger til grunn at det betyr at bestemmelsen innfører en plikt til å gi informasjon om sammenhengen mellom informasjonsinnhentning, risikokartlegging og prissetting, og ikke er en plikt til inngående forklaring av den risikomessige betydning av hvert enkelt av spørsmålene i skjemaene.»

Rogaland fylkeskommune og Landsorganisasjonen i Norge uttrykker støtte for synspunktet fra utvalgets medlemmer oppnevnt etter forslag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæringens Hovedorganisasjon, om å regulere opplysningsplikten i form av begrensninger i hva det kan stilles spørsmål om.

Ingen høringsinstanser støtter forslaget fra ett utvalgsmedlem om å begrense mengden av forsikringsselskapenes spørsmål, jf. lovforslaget § 13-1x. Kredittilsynet og Diakonhjemmets sykehus går uttrykkelig mot forslaget. Det gjør også Finansnæringens Hovedorganisasjon:

«FNH mener dette er uegnet for lovregulering, og ser forslaget som uhensiktsmessig. Salgs- og markedsituasjonen vil i seg selv legge føringer slik at selskapene begrenser opplysnings-skjemaenes omfang. Videre er kundene svært forskjellige, produktene svært forskjellige og tegningssituasjonene likeså. Vi kan derfor ikke se at noe skulle være vunnet ved et slikt forslag. Vi kan heller ikke se hvordan man skulle kunne forvente en reell og praktikabel håndheving av en slik regel.»

Departementet er enig med utvalget i at forsikringstakerens opplysningsplikt som hovedregel fortsatt skal dreie seg om å svare på de spørsmål forsikringsselskapet stiller. Selskapet er den profesjonelle parten i et forsikringsforhold, og bør ha hovedansvaret for å identifisere de opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen. En tilsvarende høy forventning er det ikke rimelig å ha til forsikringssøkeren. I forlengelsen av dette foreslås det derfor at plikten til å svare på spørsmål fremgår uttrykkelig av lovteksten, jf. lovforslaget § 13-1 a annet ledd første punktum.

Departementet følger også opp utvalgets forslag om å la forsikringstakerens plikt til å gi visse opplysninger av eget tiltak bero på om selskapet har gitt vedkommende en særskilt oppfordring om dette, jf. lovforslaget § 13-1 a annet ledd tredje punktum. Også dette forslaget må ses på som et utslag av at ansvaret for innhenting av opplysninger i første rekke bør plasseres hos den profesjonelle parten. Denne endringen har imidlertid også en side til selskapets adgang til å påberope seg brudd på opplysningsplikten. Om selskapet unnlater å gi forsikringstakeren en slik oppfordring, vil en konsekvens være at det taper retten til å påberope seg at opplysningsplikten er forsømt for så vidt gjelder opplysninger som ellers skulle vært gitt i medhold av denne bestemmelsen.

Departementet foreslår derimot ikke at forsikringstakerens selvstendige opplysningsplikt avgrenses mot opplysninger selskapet ikke kan spørre etter, slik utvalget foreslår i utvalgets forslag til endringer i forsikringsavtaleloven § 13-1 annet punktum i.f. Det fremgår nedenfor at departementet ikke foreslår andre begrensninger i opplysningsplikten enn tidsmessige begrensninger. Behovet for det forbeholdet utvalget her foreslår, faller dermed i all hovedsak bort. For så vidt gjelder opplysninger som er eldre enn ti år, jf. lovforslaget i § 13-1 b, vil disse ikke kunne påberopes av selskapet i medhold av lovforslaget § 13-1 c som gjelder opplysninger som ikke kan brukes.

Departementet følger opp utvalgets forslag om å pålegge forsikringsselskapet å informere forsi-

kringssøkere om omfanget av opplysningsplikten, jf. lovforslaget § 13-1 første punktum. I forlengelsen av dette foreslår departementet at selskapet skal opplyse kort om bakgrunnen for de ulike spørsmålene som det stiller, jf. lovforslaget § 13-1 annet punktum. Dette vil også kunne bidra til at svarene som gis, blir mer informative for selskapene.

Departementet finner ikke grunn til å følge opp forslaget fra et mindretall i utvalget om å begrense mengden av opplysninger til det som kan oppgis på én time. Departementet viser til at forslaget ikke har fått noen støtte fra høringsinstansene og mener at tid er et lite treffende avgrensningskriterium for en opplysningsplikt som skal sikre selskapet relevante helseopplysninger.

8.4 Den ytre rammen for forsikringstakerens og den forsikredes opplysningsplikt. Bør det innføres et vesentlighetskrav?

Plikten for forsikringstakeren og den forsikrede til å gi opplysninger av betydning for risikoen ved inngåelse av en avtale om personforsikring er regulert i forsikringsavtaleloven § 13-1, som lyder:

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

En liknende regel gjelder ved inngåelse av en avtale om skadeforsikring, jf. forsikringsavtaleloven § 4-1.

Forsikringsselskapet har på sin side ikke bare rett, men også en særskilt plikt til å foreta en risikovurdering. Det følger av lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 9-3 femte ledd og § 12-1. Det vises til nærmere omtale av disse bestemmelsene i kapittel 3.

Når forsikringsselskapet avgjør om det skal overta en personforsikring og vurderer risikoen, skal det legge til grunn den forsikredes helsetilstand på søknadstidspunktet, jf. forsikringsavtaleloven § 12-1. Forverrer forsikredes helsetilstand seg etter søknadstidspunktet, er det uten betydning for forsikringsavtalen. Unntaket er om forverringen har sammenheng med forhold som forelå på søknadstidspunktet, og som blir avdekket ved selskapets undersøkelser.

På enkelte områder er det etablert grenser for hva forsikringsselskapet kan be om eller innhente av opplysninger.

Bioteknologiloven (lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi) forbyr bruk av genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten, jf. § 5-8 første og annet ledd som lyder:

«Det er forbudt å be om, motta, besitte, eller bruke opplysninger om en annen person som er fremkommet ved genetiske undersøkelser som omfattes av § 5-1 annet ledd bokstav b, eller ved systematisk kartlegging av arvelig sykdom i en familie.

Det er forbudt å spørre om genetiske undersøkelser eller systematisk kartlegging av arvelig sykdom i en familie har vært utført.»

Noen typer helseopplysninger er det forbudt å bruke i forsikringsøyemed – uavhengig av om den som opplysningen gjelder, gir samtykke. Det gjelder:

- helseopplysninger om alle personer i Norge som har eller har hatt kreft, jf. forskrift 21. desember 2001 nr. 1477 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret § 1-4
- opplysninger om fødsler og avsluttede svangerskap innsamlet i medhold av forskrift 21. desember 2001 nr. 1483 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister § 1-4
- helseopplysninger registrert i systemet for vaksinekontroll, jf. forskrift 20. juni 2003 nr. 739 om innsamling og behandling av helseopplysninger i System for vaksinasjonskontroll § 1-4
- opplysninger om smittsomme sykdommer, herunder tuberkulose som er samlet inn og registrert i medhold av forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer § 1-4
- opplysninger i blodgiverregistret, jf. forskrift 4. februar 2005 nr. 80 om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften) § 4-1
- opplysninger i Forsvarets helseregister, jf. forskrift 2. september 2005 nr. 1010 om innsamling og behandling av opplysninger i Forsvarets helseregister § 1-5
- helseopplysninger samlet inn og registrert i medhold av forskrift 17. februar 2006 nr. 204

om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk § 1-4

- helseopplysninger samlet inn i medhold av forskrift 7. desember 2007 nr. 1389 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister
- helseopplysninger som er omfattet av forskrift 21. desember 2007 nr. 1610 om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter

Utvalget gjør i NOU 2000: 23 punkt 9.1.2 på side 50–51 rede for sitt prinsipielle syn på opplysningsplikten. Utvalgets flertall uttaler (side 50):

«Utvalget ser det prinsipielt slik at det er av verdi å begrense informasjonsflyten i samfunnet når det gjelder personlige opplysninger, både fordi det alltid er en viss fare for at opplysninger skal komme på avveier og for å verne det private. Det må imidlertid i større eller mindre grad aksepteres at forsikringsselskaper spør om personlige opplysninger dersom det er nødvendig for å få forsikringsmarkedet til å fungere, da et velfungerende forsikringsmarked er et gode. Slik innsamling av opplysninger forutsetter imidlertid at det er gode systemer for sikring og behandling av de innsamlede dataene.»

Om betydningen for risikovurderingen heter det videre samme sted:

«Utvalget ser at begrensninger i opplysningsplikten vil medføre at de som kan påberope seg en begrensning kommer heldigere ut enn de som ikke kan påberope seg noen slik begrensning. Fordelingsvirkningen av de enkelte begrensninger i opplysningsplikten må derfor vurderes nøye. Noen ganger kan fordelingsvirkningene være uønskede, som når en svak gruppe subsidierer en annen. Utvalgets flertall mener imidlertid at fordelingsvirkningene av begrensningene i opplysningsplikten i noen tilfeller kan være uttrykk for en sunn og akseptabel solidaritet forsikringstakere imellom.»

Utvalgets flertall uttaler følgende om betydningen for det norske forsikringsmarkedet av at norske regler er mer restriktive om bruk av helseopplysninger enn reglene i andre land (punkt 7.4.4 på side 46):

«[E]ventuelle restriktive norske regler om helseopplysninger [vil] ikke gjelde dersom en forsikringssøker selv tegner forsikring utenfor EØS-området, for eksempel via internett. Dette kan medføre en viss lekkasje til utlandet. Men lekkasjen vil trolig være begrenset også i fremtiden, dels fordi forsikringssøkeren vil nøle fordi han eller hun ikke vil vite nok om det uten-

landske selskapet og dets vilkår, og dels fordi formidling av slik forsikring er forbudt etter forsikringsvirksomhetsloven § 2-4.»

Et mindretall (medlemmene oppnevnt etter forslag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæringens Hovedorganisasjon) legger større vekt på forsikring som en frivillig ordning og uttaler (side 51):

«Den grunnleggende solidaritetstanken bak forsikring er at de som forsikrer seg, er villige til å ta ansvar for hverandres økonomi dersom forsikringstilfellet skulle inntreffe. I et frivillig system kan man imidlertid ikke legge til grunn at solidariteten strekker seg særlig utover gruppen forsikringstakere med noenlunde samme risiko som en selv [...]. [...]

Mindretallet mener derfor at begrensninger i opplysningsplikten for frivillige, individuelle forsikringer ikke kan brukes som et middel for å subsidiere svake grupper. Dette er en oppgave som hører inn under det offentliges ansvarsområde.»

Sammen med representanten oppnevnt etter forslag fra Finansdepartementet understreker dette mindretallet som sitt syn (side 52) at

«utvalget ikke i tilstrekkelig grad har utredet behovet for grunnleggende endringer i forutsetningene for privat forsikringsvirksomhet. [...]

De vil også peke på at begrunnelser for og konsekvenser av avvik i forhold til fremmed rett og praksis i andre land, i liten grad har vært diskutert i utvalget. De mener at utvalget har vært lite fremtidsrettet i sin vurdering av faren for lekkasje til utlandet av forsikringskunder med gunstig risiko.»

Et samlet utvalg foreslår å endre den generelle bestemmelsen om opplysningsplikt ved tegning, jf. forsikringsavtaleloven § 13-1 første ledd, slik at den i større grad tilpasses dagens situasjon, hvor det i praksis bare spørres etter forhold som kan ha vesentlig betydning for risikobedømmingen. Det foreslås etter dette i ny § 13 b første punktum en bestemmelse om at selskapet bare kan be om «helseopplysninger og vurderinger som, alene eller sammen med andre opplysninger, kan ha vesentlig betydning for dets forsvarlige vurdering av risikoen». Det heter i utredningen (punkt 9.4.2 på side 57):

«Selv om opplysningsplikten begrenses til opplysninger som kan ha vesentlig betydning i selskapets risikovurdering, innebærer ikke dette at hver enkelt opplysning det spørres etter i seg selv må ha vesentlig betydning. En rekke opp-

lysninger som hver for seg har mindre betydning, kan således til sammen gi et risikobilde som er vesentlig. Således kan ryggsmarter, hyppige korte sykefravær og regelmessig bruk av lette smertestillende medikamenter til sammen gi et varsko om at forsikringssøkeren kan ha en høyere risiko enn normalt ved forsikring mot arbeidsuførhet, selv om ingen enkelt av opplysningene i seg selv er av vesentlig betydning i risikovurderingen. Det må derfor være anledning til å spørre etter slike opplysninger som «kan» få vesentlig betydning i risikovurderingen. Vesentlighetskriteriet vil likevel forhindre at premiefastsettingen skjer på individuell eller nesten individuell basis.»

Når det gjelder det prinsipielle spørsmålet om de ytre rammene for forsikringstakerens opplysningsplikt, understreker *Østfold fylkeskommune, Den norske lægeforening, Forbrukerombudet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Landsorganisasjonen i Norge* behovet for solidaritet forsikringstakerne imellom.

Diakonhjemmet sykehus peker på behovet for å beskytte svake grupper:

«Vi er også opptatt av å beskytte svake gruppers rett til forsikring. Et for finmasket nett sammen med relativt fri adgang til å si nei fra selskapenes side, kan i realiteten frata grupper rett til forsikring – en rett som i dag i visse tilfeller får betydning for eksempelvis opptakelse av boliglån. Satt på spissen, kan en si at vi ønsker å motvirke en utvikling mot forsikringsprodukter som mest retter seg mot de rike og friske.»

Datatilsynet, Forbrukerombudet og Vest-Agder fylkeskommune frykter at opplysningsplikten kan gå på bekostning av personvernet. *Datatilsynet* uttaler:

«Tilsynet støtter det mindretallet som mener det bør opereres med grove risikogrupper. Da vil det være enklere å plassere forsikringssøkeren i riktig gruppe, og en trenger ikke legge like stor vekt på forsikringssøkeren individuelle helserisiko. Dette vil styrke forsikringssøkernes personvern gjennom at behovet for sensitive opplysninger blir mindre.

[...]

Større begrensninger i bruken av helseopplysninger, som *Datatilsynet* går inn for ovenfor, kan gjøre personforsikring dyrere for noen. Dette oppveies imidlertid klart av samfunnets interesse i at borgerne kan tegne og få oppgjør for forsikring uten å måtte oppgi sin personlige integritet.»

Landsorganisasjonen i Norge deler flertallets formodning om at strengere regler i Norge enn i andre land vil kunne føre til at enkelte finner det mer fordelaktig å tegne forsikring i utlandet. Den ser imidlertid dette som et begrenset problem. Om det skulle bli mer omfattende, mener LO at man heller får se på saken på ny. *Barne- og familiedepartementet* synes langt på vei å være av samme oppfatning som LO:

«Videre er det en realitet at forbruker i forbindelse med tegning av livsforsikring foreløpig vil forholde seg til et norsk (eller skandinavisk) selskap. Det dreier seg om store økonomiske konsekvenser for vedkommende og han eller hun er avhengige av et selskap som har den nødvendige tillit. Norsk forsikringsavtalelovgivning er med på å skape den tilliten.»

Utvalgflertallets forslag om å begrense opplysningsplikten i tråd med praksis ved å innføre et vesentlighetskrav støttes under høringen av *Data-tilsynet, Forbrukerombudet, Forbrukerrådet, Statens helsetilsyn, Rogaland fylkeskommune, Vest-Agder fylkeskommune, Østfold fylkeskommune, Oslo kommune, Randaberg kommune, Aker sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Landsorganisasjonen i Norge*.

Forbrukerombudet, Vest-Agder fylkeskommune, Oslo kommune, Diakonhjemmet sykehus, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Landsorganisasjonen i Norge legger i den forbindelse vekt på hensynet til forsikringstakeren. Til utvalgsmindretallets bemerkning om at forsikringsbransjen allerede overholder de foreslåtte reglene, og at ytterligere lovregulering således ikke er nødvendig, bemerker *Vest-Agder fylkeskommune*:

«Dette synspunkt kan ikke bli tillagt særlig vekt ettersom kodifisering på andre områder anses som en viktig rettssikkerhetsgaranti for den «svake part» i et forhold. Som eksempel på dette viser en til pasientrettighetsloven som regulerer mange rettigheter som også tidligere var gjeldende på ulovfestet grunnlag. Det anses som en verdi i seg selv at rettigheter blir lovfestet slik at det for den enkelte kan bli lettere å finne ut av hva en kan kreve og hvilke betingelser en kan stille.»

Kredittilsynet, Ullevål sykehus, Den Norske Aktuarforening, Finansnæringens Hovedorganisasjon og Nevnden for helsebedømmelse er skeptiske til utvalgets forslag om å begrense opplysningsplikten i form av et vesentlighetskrav og viser til betydning

gen av at både forsikringstakeren og forsikrings-selskapet har tilgang til den samme informasjonen.

Finansnæringens Hovedorganisasjon tilføyer at «[f]aren for skjevt utvalg (antiseleksjon) samt behovet for svindelbekjempelse legitimerer behovet for lik tilgang til informasjonen».

Kredittilsynet uttrykker bekymring med hensyn til følgende mulige virkninger for forsikringsmarkedet av å begrense opplysningsplikten:

«Dersom man får et misforhold mellom de innbetalte premier og de utbetalte forsikringsbeløp, vil dette igjen medføre at forsikringspremien blir veldig høy. Det vil da være sannsynlig at forsikringskunder med normal helserisiko vil foretrekke å sikre seg ved sparing eller forsikring i utlandet. Man vil således kunne få en langt høyere konsentrasjon av forsikrede med en forhøyet dødssannsynlighet på grunn av dårlig helse enn det beregningsgrunnlaget forutsetter. I sin ytterste konsekvens vil dette kunne medføre at den aktuelle dekningen i praksis ikke lenger er forsikringsbar.»

Nevnden for helsebedømmelse tilføyer:

«Eventuelle begrensninger i adgangen til å stille spørsmål vil føre til at bedømmelsen må legges til den «sikre side». Dette vil igjen medføre at forsikringsselskapene enten vil måtte utsette eller avslå å tilby forsikring eller overta forsikringen mot en høyere premie.»

Den Norske Aktuarforening trekker frem forholdet til fremmed rett:

«En annen forutsetning er at det norske regelverk ikke må være strengere enn det regelverk utenlandske selskaper praktiserer primært i Norge, men også i utlandet. Det kan medføre at norske selskaper er forhindret fra å innhente helsemessig informasjon som utenlandske selskaper kan innhente, og på denne måte avslå risiki som norske selskaper ikke gis mulighet for å avdekke.»

Foreningen fremhever videre betydningen av at reglene er tilpasset den tekniske utviklingen:

«Det er hyppige og stadige endringer i kunnskap om helserisiko i takt med medisinsk utvikling. Billedet er svært lite statisk, og det blir etter Aktuarforeningens oppfatning for snevert å lage begrensingsregler som et flertall i dag kan se som fornuftige, når behovet for begrensninger kan endre seg raskt over tid. Vårt prinsipielle syn er at det til enhver tid vil være opp til selskapene å fastlegge de spørsmål de finner nødvendige for å overta risiko. Det er i utredningen ikke påvist at de selvpålagte regler som benyttes av de fleste selskaper i dag er uhel-

dige. Behovet for å lovregulere detaljregler for hva man kan spørre om synes derfor uhen-siktsmessig og unyttig.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon antar at dersom utvalgets forslag til begrensninger i forsikringsselskapenes tilgang til informasjon blir vedtatt, vil Norge få «verdens strengeste lovgivning for innhenting og bruk av helseinformasjon i forsikring». Personvern hensyn kan etter deres syn ivaretas uavhengig av en utvidet opplysningsplikt:

«FNH mener at viktige personvern hensyn må ivaretas. Disse bør ivaretas ved godt avveide sikringsregler om bruk, lagring og oppbevaring av opplysninger, og ikke ved å begrense selskapenes tilgang til materiell relevant informasjon. Ved slike sikringsregler oppnår man den beste avveide totalløsning ved at kundenes vernebehov ivaretas på en hensiktsmessig måte samtidig som selskapets og kundekollektivets hensyn også ivaretas. Personvern hensyn legitimerer derfor ikke de foreslåtte begrensingsregler.»

Få høringsinstanser uttaler seg særskilt om utvalgets lovforslag. Men *Kredittilsynet* og *Finansnæringens Hovedorganisasjon* støtter at begrensningen i opplysningsplikten utformes slik at den knytter seg til forhold som «alene eller sammen med andre opplysninger» kan ha vesentlig betydning for risikovurderingen.

Datatilsynet går på den annen side inn for å skjerpe vesentlighetskravet ytterligere:

«Etter forslaget kan selskapet be om helseopplysninger og vurderinger som alene eller sammen med andre, kan ha vesentlig betydning for dets forsvarlige vurdering av risikoen. Mindre vesentlige helseopplysninger kan selskapet be om dersom disse sammen med andre opplysninger kan få vesentlig betydning. Dette innebærer at det ikke blir noe igjen av kravet til vesentlighet. Passusen 'alene eller sammen med andre' må derfor sløyfes for at vesentlighetskravet skal få reell betydning.»

Datatilsynet støtter også kravet om at forsikringsselskapet skal kunne dokumentere at de opplysningene det spørres etter, har vesentlig betydning. Tilsynet mener det bør fremgå tydeligere av lovteksten. *Den Norske Aktuarforening* uttrykker derimot skepsis i forhold til en lovfesting av vesentlighetskravet:

«Selskapene må ha anledning til å spørre om ting det mener er av betydning for helsebedømmelsen. Formålet må være å sikre at informasjon som gir et godt bilde av helsesituasjonen,

og som derfor gir et godt grunnlag for å foreta en seriøs risikovurdering, kan gis.»

Departementet deler utvalgets prinsipielle syn om at det fortsatt bør være samsvar mellom premie og risiko når et selskap påtar seg ansvaret for forsikringstakerens helserisiko gjennom en forsikringsavtale. Dette følger for øvrig også av de generelle kravene til forsikringsselskapenes virksomhet om at premien skal fastsettes i samsvar med risikoen, jf. lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) §§ 6-7, 9-3 og 12-1 og nærmere omtale foran i kapittel 3.

Utvalget foreslår å begrense opplysningsplikten til opplysninger som «alene eller sammen med andre opplysninger» kan ha «vesentlig» betydning for risikovurderingen. I motivene til bestemmelsen fremgår at «hver enkelt opplysning det spørres om kan være ubetydelig, dersom den sammen med andre opplysninger kan gi et endret risikobilde» (utredningen punkt 15.1.2.5 på side 122). Etter departementets syn synes dermed ikke lovforslaget på dette punkt å medføre noen realitetsendringer i forhold til gjeldende rett.

En innstramning vil det derimot være om opplysningsplikten begrenses til opplysninger som *alene* har vesentlig betydning for risikovurderingen. Men en slik løsning er lite forenlig med forsikringslovens krav til forsikringsselskapene om at premien skal fastsettes i samsvar med risikoen. Slik forsikringsordningen er i dag, åpner den bare for solidaritet mellom forsikringstakere med noenlunde lik risiko.

Departementet mener imidlertid at utvalgets forslag på dette punktet må ses i sammenheng med forslaget om at forsikringsselskaper ikke uten saklig grunn skal kunne nekte en person forsikring på vanlige vilkår, se nærmere om dette ovenfor i kapittel 4.

Enkelte høringsinstanser ser en begrensning i opplysningsplikten som en styrking av forsikrings-søkerens eller den forsikredes personvern. Selv om departementet har en viss forståelse for dette synspunktet, er selskapets behov for informasjon tuftet på prinsippet om samsvar mellom risiko og premie. Personvernet må sikres innfor denne rammen. Det vises til nærmere drøftelse av personopp-lysningslovens regler nedenfor under punkt 9.1.

Et argument som anføres mot å begrense forsikringsselskapenes tilgang på informasjon, er at norske regler da vil bli strengere enn fremmed rett og således virke konkurransevridende i norske forsikringsselskapers disfavør. På dette punktet slutter departementet seg til utvalgsflertallets syn om

at lekkasje til utlandet trolig vil være nokså begrenset. En viser dessuten til de begrensninger i lovvalget som følger av lov 27. november 1992 nr. 111 om lovvalg i forsikring (forsikringslovvalgsloven) § 8 om livsforsikring og § 9 om annen forsikring.

8.5 Opplysninger som er kjent for søkeren

Etter gjeldende rett skal forsikringstakeren og den forsikrede «gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål», jf. forsikringsavtaleloven § 13-1 annet punktum. Dessuten skal de «av eget tiltak gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen», jf. forsikringsavtaleloven § 13-1 tredje punktum.

Forsikringssøkeren kan naturlig nok ikke gi opplysninger vedkommende ikke kjenner til. Selskapet har imidlertid mulighet til å hente inn opplysninger fra andre kilder enn forsikringssøkeren, for eksempel vedkommendes lege. Og en legejournal kan inneholde opplysninger pasienten ikke er kjent med, for eksempel legens egne vurderinger. Slike opplysninger vil være underlagt taushetsplikt. Men taushetsbelagte opplysninger kan gis ut ved *samtykke* fra den som opplysningene gjelder, jf. helsepersonelloven § 22 første ledd. (Det kan nok likevel være et spørsmål om hvor langt et samtykke skal sies å rekke når det gjelder opplysninger pasienten selv ikke er kjent med.)

Helsepersonells utferdigelse av attester er regulert slik i helsepersonelloven 2. juli 1999 nr. 64 § 15:

«Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l.»

Det fremgår av denne bestemmelsen at pasientens kunnskap ikke utgjør noen begrensning for hvilke opplysninger som attesten skal inneholde. Det vil dermed kunne oppstå en situasjon hvor selskapet har flere opplysninger om forsikringssøkeren enn vedkommende selv.

Et flertall av *utvalgets* medlemmer foreslår å begrense opplysningsplikten til opplysninger som er kjent for forsikringssøkeren, jf. utvalgets lovforslag § 13-1 b annet punktum:

«Selskapet kan likevel ikke be om opplysninger som ikke allerede er gjort tilgjengelige eller

gjøres tilgjengelige for forsikringstakeren eller den forsikrede.»

Om bakgrunnen for forslaget heter det (utredningen punkt 9.5.1 på side 58):

«Betydningen av regelen [...] blir da at selskapet ikke kan be om samtykke til å innhente opplysninger fra forsikringssøkerens lege som vedkommende ikke selv er gjort kjent med.

Det ville kunne oppleves som støtende om en pasient gjennom forsikringsselskapet fikk kjennskap til helseopplysninger av stor betydning for vedkommende, om forsikringsselskapet visste mer om kundens helse enn vedkommende selv kunne få vite, eller om helseundersøkelser foranlediget av en forsikringsavtale skulle avdekke helserisikoer, som kanskje var store og uten behandlingstilbud. Helserisikoer som forsikringskunden ikke kjenner, kan på den andre siden ikke motivere vedkommende til å tegne forsikring, og er slik sett ikke en trussel mot forsikringssystemet [...].»

Et mindretall – representantene oppnevnt etter forslag fra Norges Forsikringsforbund, nå Finansnæringens Hovedorganisasjon – gikk mot flertallets lovforslag, blant annet med følgende begrunnelse (utredningen punkt 15.1.2.5 på side 123):

«Når det gjelder hensynet til «retten til ikke å vite» vil forslaget ikke motvirke den situasjonen at forsikringssøker risikerer å bli kjent med mistanke om alvorlig sykdom fra forsikringsselskapet, uten allerede å være informert om slik mistanke av egen lege. Situasjonen vil nemlig fortsatt være slik at søker må oppfylle sin opplysningsplikt ved å informere om legebesøk i egenerklæringen. På bakgrunn av opplysningen om legebesøk vil selskapet henvende seg til legen for nærmere opplysninger om hvilke symptomer som lå til grunn for konsultasjonen, og hvilke undersøkelser som ble foretatt med hvilket resultat. Legen behøver riktignok ikke å formidle sine foreløpige vurderinger om mulig risiko for alvorlig sykdom dersom han ikke har funnet det hensiktsmessig å formidle dette til pasienten. Dersom opplysningene er av en slik karakter at alvorlig sykdom ikke kan utelukkes på aktuelle tidspunkt, vil imidlertid forsikringsselskapets medisinske sakskyndige måtte informere selskapets saksbehandler om slik risiko. Dersom forsikringssøker ber om nærmere begrunnelse for de forbehold selskapet tar på bakgrunn av dette, vil selskapet uansett måtte informere om at de tilgjengelige opplysningene kan være uttrykk for alvorlig sykdom.»

For å sikre at en forsikringssøker får eventuell informasjon om en mulig alvorlig sykdom fra sin

lege og ikke fra forsikringsselskapet, foreslår mindretallet følgende nytt annet punktum i nytt annet ledd i helsepersonelloven § 15:

«Videre skal pasienten informeres dersom det er sannsynlig at mottaker av opplysningene vil kunne tolke dem som uttrykk for mulig alvorlig sykdom.»

Om hvordan dette lovforslaget skal forstås fremholder mindretallet (utredningen punkt 15.1.2.5 på side 123):

«I samtykket vil det da ligge implisitt at legen eller helsepersonellet ikke kan sende opplysninger som kan ha stor betydning for vedkommende til forsikringsselskapet, uten først å informere den som har gitt samtykke.»

Forslaget om at opplysningsplikten bare skal gjelde opplysninger som forsikrings søkeren er kjent med, støttes av *Barne- og familiedepartementet, Kredittilsynet, Statens helsetilsyn, Rogaland fylkeskommune, Aker sykehus, Diakonhjemmets sykehus og Den norske lægeforening*. Det gjør også *Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*, som mener det rent prinsipielt er «vanskelig å se at et forsikringsselskap skulle ha et legitimt behov for opplysninger som søkeren selv ikke er kjent med».

Statens helsetilsyn peker på følgende forhold:

«Videre ville det være uheldig om helserisiko skulle avdekkes gjennom en undersøkelse som var foranlediget av en forsikringsavtale. Hvor søkeren ikke selv kjenner til helserisiko vil det heller ikke være noen fare for at forsikringssystemet trues.»

Finansforbundet, Finansnæringens Hovedorganisasjon og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund går mot en slik begrensning i forsikrings søkers opplysningsplikt. *Finansforbundet og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund* støtter også mindretallets forslag til et tillegg i helsepersonelloven § 15.

Finansnæringens Hovedorganisasjon mener at det i ettertid vil være vanskelig å dokumentere i hvilken grad legen har informert pasienten og sier videre:

«Utvalgsflertallet begrunner sitt forslag med retten til ikke å vite, altså at en søker ikke skal få avdekket alvorlig sykdom pga. søknadsbehandlingen. I praksis er det uhyre sjelden at dette skjer. Vi minner også om at det er frivillig å søke om forsikring, og at vurdering av risiko er en forutsetning for frivillig forsikring. Selv om utvalgets intensjon kan synes ideell, er problemets art og omfang langt fra stort nok til å kunne legitimere en regel som vil måtte forven-

tes å gi antiseleksjonsproblemer som også vil ramme de andre forsikrede.»

Departementet legger til grunn at en journal, legeerklæring eller lignende både kan inneholde kjente opplysninger, men også opplysninger som pasienten er ukjent med, for eksempel legens egne vurderinger. Hvis et forsikringsselskap får kjennskap til disse opplysningene, kan det få innvirkning på risikovurderingen. Dermed kan den situasjonen oppstå at forsikringstilbudet indikerer visse helsemessige forhold som forsikringstakeren inntil da har vært ukjent med. Departementet er enig med utvalgsflertallet i at det kan være uheldig om en person får informasjon om alvorlig sykdom fra et forsikringsselskap. Slik informasjon hører først og fremst hjemme i et forhold mellom en pasient og vedkommendes lege.

På den annen side kan en bestemmelse som forhindrer legen i å gi informasjon pasienten ikke kjenner til, bli vanskelig å praktisere. Den vil dessuten være problematisk i forhold til prinsippet om at forsikringsselskapet som hovedregel bør og skal ha tilgang på opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen, jf. reglene om premieberegningen i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 9-3 femte ledd og § 12-1, som omtales nærmere ovenfor under kapittel 3. Plikten til å kartlegge forsikringstakerens risikobilde er ikke begrenset til hva forsikringstakeren kjenner til. Det er derfor departementets syn at denne problemstillingen bør løses med utgangspunkt i forholdet mellom helsepersonell og pasient.

Helsepersonelloven § 15 regulerer utstedelse av attester, legeerklæringer og lignende. Departementet foreslår å lovfeste at helsepersonell skal orientere pasienten først «dersom opplysningene av mottakeren kan forstås som uttrykk for en alvorlig sykdom som pasienten kan være ukjent med», jf. lovforslaget i proposisjonen her om helsepersonelloven § 15 nytt tredje ledd og merknadene til denne bestemmelsen nedenfor under punkt 12.2. Denne bestemmelsen vil i så fall supplere pasientrettighetsloven § 3-6 tredje ledd om når helsepersonell gir ut taushetsbelagte opplysninger. Som hovedregel skal da den pasienten informasjonen gjelder, også informeres om dette. Men mens opplysningsplikten i lovforslaget § 15 nytt tredje ledd vil gjøre seg gjeldende før attest utstedes, er § 3-6 tredje ledd i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) mer en varslingsregel, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) kapittel 12 og merknadene til § 3-6 side 131:

«En praktisk og sikker måte å gjennomføre dette på er å sende gjenpart av de avgitte opplysningene til vedkommende. Slik gjenpart eller informasjon om at opplysninger er gitt kan også være aktuelt i andre sammenhenger hvor hun eller han har gitt samtykke/tillatelse til at helsepersonell avgir taushetsbelagt informasjon, f. eks. opplysninger til et forsikringsselskap. Begrensningen «så langt forholdene tillier det» gjelder nødrettstilfeller der informasjon om at taushetsbelagte opplysninger er gitt til andre kan sette liv eller helse i fare for pasienten eller andre.»

For øvrig legges det til at en pasient også som hovedregel alltid kan kreve innsyn i sin journal, jf. pasientrettighetsloven § 5-1. Dermed vil vedkommende forsikringstaker også av eget tiltak – uavhengig av varslingsplikten i § 3-6 tredje ledd – kunne skaffe seg tilgang til de opplysninger som er ført om vedkommende.

Fra utgangspunktet om at en pasient alltid har rett til innsyn i sin journal mv., er det et unntak i pasientrettighetsloven § 5-1 annet ledd. Innsyn kan likevel nektes dersom «dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helse-skade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær». Etter departementets syn bør det gjelde en tilsvarende begrensning i adgangen til å gi ut taushetsbelagte opplysninger til et forsikringsselskap, jf. forslaget til nytt annet punktum i helsepersonelloven § 22 første ledd og merknadene til denne bestemmelsen nedenfor under punkt 12.2. Dette innebærer en viss begrensning i selskapenes tilgang til informasjon, men vil trolig gjelde i meget få tilfeller. Og i avveiningen mellom selskapenes behov for informasjon og behovet for å beskytte liv og helbred, er det departementets syn at sistnevnte hensyn må veie tyngst.

Avslutningsvis vil departementet for ordens skyld signalisere enighet med utvalgsflertallet når det uttaler at opplysninger forsikringssøkeren ikke kjenner til, nødvendigvis ikke kan være omfattet av den generelle opplysningsplikten i forsikringsavtaleloven § 13-1. Den foreslåtte begrensningen kan dermed heller ikke motivere til illojalitet overfor forsikringskollektivet. En generell bekymring for hvordan ens helsemessige situasjon vil se ut i fremtiden, er en fullt ut både tenkelig og akseptabel begrunnelse for å tegne personforsikring.

8.6 Særlig personlige forhold

Etter forsikringsavtaleloven kan forsikringsselskapet be forsikringstakeren om alle opplysninger

som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen. Det er likevel enkelte skranker i annen lovgivning. Markedsføringsloven § 9 a, som forbyr bruk av urimelige avtalevilkår, kan etter omstendighetene få betydning. Dessuten vil de generelle forbudene i diskrimineringsloven og likestillingsloven også gjelde for forsikringsavtaler, jf. nærmere omtale ovenfor under punkt 4.6.1.2.

Utvalget drøfter hvorvidt forsikringstakerens opplysningsplikt skal omfatte følsomme opplysninger (utredningen punkt 9.5.3 på side 59-60):

«Når det dreier seg om særlig personlige forhold, kommer avveiningen mellom selskapenes behov for informasjon og personvern hensyn i en annen stilling enn helseopplysninger generelt. Viktigheten av opplysningen i risikovurderingen må være større for å oppveie de personvern hensyn som taler mot at opplysningene skal gis videre til forsikringsselskapet. Om det overhodet er mulig, bør det således unngås at en for å få en gyldig forsikring må redegjøre for seksuelle overgrep fra nærstående, overgrep som forsikringssøkeren kanskje aldri har vært åpen om, verken overfor seg selv eller andre.»

Et flertall av utvalgets medlemmer går inn for å lovfeste en regel som begrenser selskapets adgang til å be om opplysninger som gjelder særlig personlige forhold. De uttaler (utredningen punkt 9.5.3 på side 69):

«Kommer en over en viss grense når det gjelder det private, må forsikringsselskapets i og for seg legitime behov i samband med risikovurdering vike for personvern hensyn.

En tenker seg dette som en snever unntaksregel. Betenkelighetene med regelen vil da først og fremst være av retts teknisk art: Hvordan skulle en nærmere definere hva som er særlig følsomme opplysninger?»

Om generelle begrensninger i utformingen av spørsmålene i spørreskjemaet, jf. punkt 8.3, uttales det videre (utredningen samme sted):

«Dersom regelen begrenses til å gjelde utformingen av spørsmålene på spørreskjemaene, synes de retts tekniske problemene å være relativt små. Hvis en, rent teoretisk, tenkte seg at et forsikringsselskap spurte om resultatet av en type mental prøve som var relevant for risikobedømmingen, kunne det reageres mot dette. Forbrukerombudet ville kunne gripe inn mot skjemaet som et urimelig standardkontraktsformularer etter markedsføringsloven § 9a, og forsikringssøkeren kunne nekte å svare på spørsmålet. Slike reaksjoner ville kunne fremtvinge en avklaring om hvorvidt opplysningene

det ble spurt etter virkelig er av særlig personlig art, enten ved at Forbrukerombudet brakte saken inn for markedsrådet eller forsikringssøkeren brakte saken inn for Forsikringsskadenemnda eller domstolene.»

Flertallet mente likevel at begrensninger i hva spørreskjemaene kunne be om av informasjon, ikke vil gi en tilstrekkelig beskyttelse av forsikringstakeren (utredningen samme sted):

«Selv nøytrale spørsmål, for eksempel om sykefravær, kan jo kreve et svar som røper særdeles personlige og følsomme forhold, for eksempel vedrørende årsaken til sykefraværet. I slike tilfeller vil det kunne være unnskyldelig at forsikringssøkeren unnlater å gi alle opplysninger, og forsømmelsen av opplysningsplikten er i så fall usanksjonert (se nedenfor om utvalgets forslag til endringer i forsikringsavtaleloven § 13-2).»

Flertallet la etter dette frem følgende forslag til ny § 13-1b tredje punktum i forsikringsavtaleloven (utredningen punkt 15.2.2.5 på side 130):

«Selskapet kan heller ikke be om opplysninger som ikke kan gis uten å røpe forhold som etter allmenn oppfatning er av helt spesiell personlig karakter, såsom seksualvaner, seksuell legning, overgrep fra nærstående og resultatet av prøver av mentale evner.»

Mindretallet – medlemmene etter forslag fra forsikringsnæringen og Finansdepartementet – mener flertallets forslag til begrensninger i opplysningsplikten er overflødige og også vanskelige å praktisere. De uttaler (utredningen punkt 9.5.3 på side 60):

«Medlemmene mener markedsmessige hensyn naturlig holder selskapene fra å stille direkte spørsmål blant annet om slike forhold som eksemplifiseres. Selskapenes praksis synliggjør at markedet fungerer slik. I en tilspisset konkurransesituasjon i fremtiden, vil kundehensyn tilsi en fortsatt generell tilbakeholdenhet med å etterspørre opplysninger om særlig personlige forhold.

Markedsføringsloven § 9a burde etter disse medlemmenes syn gi tilstrekkelige sanksjonsmuligheter dersom overtramp skulle forekomme.»

Forslaget om å lovfeste en begrensning i opplysningsplikten for særlig personlige forhold støttes av *Datatilsynet*, *Statens helsetilsyn*, *Rogaland fylkeskommune*, *Troms fylkeskommune*, *Aker sykehus*, *Diakonhjemmets sykehus* og *Landsorganisasjonen i Norge*. Det gjør også *Norges Handikapforbund* som uttaler:

«Norges Handikapforbund ser det positive i å skjerme forsikringssøkere fra å måtte gi opplysninger om svært sensitive og personlige forhold. Vi ser likevel at bestemmelsen kan være lite praktisk fordi det er vanskelig å angi hvordan '*særlig følsomme personlige forhold*' skal defineres. Hva som oppfattes som særlig følsomme opplysninger varierer fra person til person. Dette blir tydeliggjort gjennom eksemplene som er omtalt i veiledningen. [...] Vi ser likevel ikke at slike særlige personlige forhold kan være relevante for risikobedømming dersom de ikke har ført til sykdomstegn/symptomer slik som omtalt i 15.2.2.6. Norges Handikapforbund støtter flertallets forslag i det vi forutsetter at tidsbegrensningen i 15.2.2.6 gjelder for disse tilfeller.»

Troms fylkeskommune viser til synspunkter fra Barne- og ungdomstjenesten:

«For tjenestens klienter, som alle etter loven er/var mindreårige i tiden hvor de enten var under behandling i psykiatrien eller i omsorg i barnevernet, kan det ofte være svært vanskelige forhold som kommer innen «særlig personlige forhold». Det kan dreie seg om overgrep og følgene av disse, omsorgssvikt, med mer. Man finner ikke grunn til at slike opplysninger skal kunne registreres hos forsikringsselskap.»

Datatilsynet mener at forsikringsselskapene i dag i praksis er tilbakeholdende med å spørre om særlig personlige forhold. Slik tilsynet ser det, er hovedutfordringen derfor å gjøre den enkelte kjent med at vedkommende har rett til å avstå fra å informere selskapet om slike forhold.

Finansforbundet og *Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund* er imot forslaget om begrenset opplysningsplikt for særlig personlige forhold. De mener at markedsmessige forhold vil regulere selskapenes praksis slik at de ikke vil ønske å stille denne form for spørsmål. Dessuten bør markedsføringsloven § 9 a gi tilstrekkelige sanksjonsmuligheter ved overtramp.

Finansnæringens Hovedorganisasjon viser til at forsikringsselskapene i dag ikke spør etter slike personlige forhold, og neppe vil gjøre det i fremtiden heller. Høringsinstansen er likevel mot en lovfesting av et slikt unntak, blant under henvisning til at det er vanskelig å vite hva som menes med opplysninger av «helt spesiell personlig karakter». De uttaler videre:

«FNH er prinsipielt uenig i en forskjellsbehandling hvor søkere med forhøyet risiko skal ha krav på forsikring til normale vilkår fordi risikoen skyldes visse sykdommer og tilstander, mens man for øvrige forhold kan etterspørre

informasjon og prisdifferensiere etter risiko. For eksempel vil en som knapt er arbeidsfør etter en voldtekt med derpå følgende psykiske plager, kunne få tegne uføreforsikring, mens en person med for eksempel ryggskade etter en bilulykke kanskje ikke vil få tilbud om samme forsikring.»

Også *Den Norske Aktuarforening* går mot den foreslåtte begrensningen.

Departementet tar som utgangspunkt at et overgrep, ulykker eller særskilte omsorgsbehov i barndommen vanligvis neppe kan karakteriseres som helseopplysninger som i seg selv har betydning for risikovurderingen. En viser til at forsikringsselskaper i dag ikke etterspør slike opplysninger. I den grad hendelsen har hatt innvirkning på forsikringstakerens helse, vil imidlertid virkningene kunne være av en slik karakter at de har betydning for risikovurderingen – for så vidt på linje med andre helseopplysninger – og dermed måtte oppgis.

På sikt kan det likevel ikke utelukkes at det blir lagt frem statistikk som bekrefter en tilstrekkelig sammenheng mellom et «særlig personlig forhold», for eksempel særlig krenkende voldtekt, og fare for en bestemt helserisiko, slik at de alminnelige reglene om innhenting av opplysninger vil gi forsikringsselskapene adgang til å etterspørre slik informasjon. Som påpekt av utvalget vil slike spørsmål i egenerklæringsskjemaet kunne rammes av markedsføringsloven § 9 a. Andre spørsmål vil etter omstendighetene kunne rammes av forbudene i diskrimineringsloven og likestillingsloven.

Spørsmålet blir derfor om det er grunn til å lovfeste et vern for «særlig personlig forhold» som ikke rammes av begrensningene i annen lovgivning. Departementet deler utvalgets syn på behovet for å verne den enkelte mot å måtte oppgi «særlig personlige forhold» i forbindelse med tegning av forsikring. Samtidig synes det ikke å være et praktisk problem i dag. Departementet velger derfor i denne omgang å avvente situasjonen. Om behovet skulle aktualisere seg, bør spørsmålet heller tas opp til ny vurdering.

8.7 Livsstilsopplysninger

Forsikringstakerens livsstil, som for eksempel bruk av tobakk og alkohol og utøvelse av ekstrem-sport, kan også ha betydning for risikovurderingen. Slike forhold kan etter omstendighetene rammes av forsikringsavtaleloven § 13-6 om begrensning av selskapets ansvar dersom forsikringstilfellet skyldes en fare det er tatt forbehold

om. Videre kan det følge av forsikringsavtalen at forsikringstakeren har en særskilt opplysningsplikt ved endringer i vedkommendes livsforhold, jf. forsikringsavtaleloven § 13-7.

Utvalget peker på at dette er opplysninger som det i utgangspunktet ikke er grunn til å behandle annerledes enn helseopplysninger, men at de likevel har enkelte særtrekk, som for eksempel at de ofte er innenfor forsikringstakerens kontroll. Utvalget foreslår imidlertid ikke noen særskilte bestemmelser om innhenting av livsstilsopplysninger (utredningen punkt 10.2 på side 76):

«En rekke av de forholdene som er omtalt ovenfor, såsom kontrollproblemene, at livsstil endrer seg over tid og at den kan angå fremtidige forhold, gjør at selskapene ofte finner det lite formålstjenlig å bruke denne typen informasjon. Forholdet blir slik sett for tiden ikke av de mest problematiske. Problemet ligger heller i det at det kan synes urettferdig og sogar diskriminerende for de øvrige forsikringskunder om livsstilsforhold ikke blir tatt i betraktning. Hvis en for eksempelets skyld tenker seg at levealderen varierer like mye med røykevaner som med kjønn, kan det synes kjønnsdiskriminerende å se bort fra det ene forholdet (røyking) i risikovurderingen, men ta hensyn til det andre (kjønn).

Selv om dette er uheldig, synes det ikke å være noen god løsning å kreve at selskapene må kreve opplysninger om kjønn, røyking og absolutt alle andre risikofaktorer. Dette vil både være for arbeidskrevende og være uheldig sett fra et personvernsynspunkt. Det må derfor være adgang til å bruke bare et utvalg av risikofaktorer.»

Under *høringen* støtter *Vest-Agder fylkeskommune*, *Aker sykehus* og *Den Norske Aktuarforening* utvalget i at det ikke bør foreslås særskilte regler om innhenting av livsstilsopplysninger. Det gjør også *Universitetet i Bergen*, *Det medisinske fakultet* som omtaler forholdet mellom livsstil og helse slik:

«Vi er enige i at spørsmål om visse typer vaner og type atferd (livsstil) er relevante i denne sammenheng. Det er for eksempel vist i en lang rekke undersøkelser at selvrapporterte røykevaner har klar prognostisk verdi for levetidsrisiko.»

Oslo kommune er ikke enig i at forsikringsselskapene skal ha adgang til å innhente opplysninger om livsstilsforhold i forbindelse med tegning av forsikring. Det er heller ikke *Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke*:

«Livsstilsopplysninger vil inneholde så mange usikkerhetsfaktorer at de ofte ikke vil si selska-

pene særlig mye om risiko for å utvikle sykdom. For eksempel vil selskapene ved innhenting av kostholdsopplysninger uansett måtte stole på kundens opplysninger om at kostholdet består av mye frukt og grønnsaker. Utvalget legger selv vekt på at livsstilsforhold har uklar relevans fordi de virker sammen med andre forhold. LHL mener det ikke kan overlates til selskapene selv å vurdere hvilke livsstilsopplysninger de kan innhente.»

I likhet med utvalget foreslår heller ikke departementet noen særskilt regulering av livsstilsopplysninger i forsikringsforhold. I den grad opplysninger om livsstil kan ha betydning for risikovurderingen, bør selskapet ha anledning til å spørre om dette. At det eventuelt er en fare for at selskapene feilvurderer betydningen av disse, er neppe noe som kun gjelder livstilsopplysninger. Det kan dermed ikke alene berettige et forbud mot å innhente slike opplysninger. Å pålegge selskapet en plikt til å kartlegge enkelte livsstilsforhold, som for eksempel røyking, synes på den annen side overflødig ved siden av den generelle forpliktelsen for selskapet til å utarbeide premier som står i forhold til risikoen.

8.8 Grunnleggende og lovpliktige forsikringer

Gjeldende rett inneholder ingen lovfestet plikt til å tegne personforsikring. Det er heller ingen begrensninger i opplysningsplikten for personforsikringer som har en særlig lav forsikringssum og således bare skal dekke et grunnleggende behov.

Utvalgets flertall foreslår å innsnevre opplysningsplikten ved tegning av grunnleggende og lovpliktige forsikringer. Om lovpliktige forsikringer uttales det (utredningen punkt 9.5.5 på side 61):

«For det første er behovet for helseopplysninger mindre i forsikringsordninger som omfatter alle, enn i ordninger der det er den enkeltes valg om han eller hun vil tegne forsikring eller ikke. Dersom alle tegner forsikring, trengs ikke helseopplysninger for å unngå at de med høyest risiko tegner forsikring i større grad enn andre [...]. Ved lovpliktige forsikringsordninger kan derfor opplysningsplikten om helseforhold falle helt bort uten at vesentlige interesser settes til side. Personvern hensyn taler da for at dette gjøres.»

Og videre om grunnleggende forsikringer (utredningen punkt 9.5.5 på side 61-62):

«Den andre situasjonen der det kan være tale om å innskrenke opplysningsplikten, er ved

særlig grunnleggende forsikringer. For forsikringstakeren er det noe helt annet å bli nektet forsikring som skal dekke grunnleggende behov i fremtiden, enn å bli nektet forsikring som skal sikre en høyere standard. Dette kan gjøre det rimelig å innskrenke opplysningsplikten når det gjelder helseopplysninger for slik grunnleggende forsikring, slik at alle, uansett helse, skal kunne sikre seg et eksistensminimum.

[...]

Skal det gjelde en særregel om opplysningsplikt for grunnleggende forsikring, må dette defineres nærmere. Utvalget foreslår folketrygdens nivå som referanseramme. Dette innebærer for eksempel at det ikke kan kreves helseopplysninger for en forsikring for ervervsuførhet som, sammen med det andre forsikringer yter, ikke gir større ytelse enn det folketrygden ville ytt i en liknende situasjon. Tilsvarende gjelder for eksempel ved tegning av livsforsikring til sikring av etterlatte, selv om det her ikke er full parallellitet i ytelsen art. For de som omfattes av norsk folketrygd vil unntaksbestemmelsen etter dette ha liten betydning.»

Mindretallet – medlemmene etter forslag fra forsikringsnæringen og Finansdepartementet – mener derimot at forslaget til en slik begrensning bør utgå som overflødig. De mener at (utredningen punkt 9.5.5 på side 62):

«... flertallets forslag om begrensninger i opplysningsplikten når det gjelder grunnleggende forsikring til personer som ikke omfattes av norsk folketrygd, innebærer regulering av et felt som i dag ikke er særlig aktuelt, og som med flertallets forslag neppe heller vil komme til å bli det.

Når det gjelder tilsvarende begrensninger for lovpliktige forsikringer, legger mindretallet til grunn at flertallets forslag gjelder forsikringsordninger som ligger innenfor utvalgets mandat. Slike individuelle forsikringsavtaler eksisterer ikke i dag. Dersom lovpliktige individuelle forsikringsavtaler skulle bli aktuelt i fremtiden, mener disse medlemmene at problemstillingen i såfall må underkastes en bredere utredning basert på omfanget av den nye lovplikten.»

Flertallsforslaget om at forsikringssselskapet ikke skal kunne kreve helseopplysninger ved tegning av grunnleggende og lovpliktig forsikring, støttes av *Statens helsetilsyn*, *Aker sykehus*, *Diakonhjemmets sykehus* og *Landsorganisasjonen i Norge*.

Den Norske Aktuarforening uttaler at når det gjelder lovfestede, obligatoriske forsikringer, «vil ikke balanse i informasjonen være like viktig, fordi

alle må tegne forsikring. Dermed vil risikovariasjonene utjevnes og man kan begrense informasjonsmengden».

Barne- og familiedepartementet, Kredittilsynet, Finansforbundet og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund er enig med mindretallet i utvalget i at det er unødvendig å regulere forsikringsavtaler som ikke er aktuelle i dag. Det er også *Finansnærings Hovedorganisasjon*:

«Slike produkter finnes ikke i dag, og vil med en slik lovbestemmelse ikke kunne forventes utviklet i fremtiden. Forslaget synes unødvendig. Skulle et forsikringsselskap for eksempel ønske å tilby en grunnleggende forsikring for flyktninger (fordi disse ikke omfattes av norsk folketrygd), er det åpenbart at selskapet må foreta en helsevurdering for å unngå antiseleksjon.

Vi mener forslaget også retts teknisk er uheldig, da det er uklart hvilke typer forsikring som eventuelt skal omfattes.»

De p a r t e m e n t e t er enig med utvalget i at det kan være et særskilt behov for å gi egne regler om opplysningsplikten for grunnleggende og lovpliktige forsikringer. Idet det foreløpig ikke synes å være et marked for slike forsikringer, er det imidlertid departementets vurdering at dette spørsmålet heller bør vurderes nærmere om det skulle bli en aktuell problemstilling. Bestemmelsene vil da kunne være best mulig tilpasset det aktuelle behovet.

8.9 Særlig høye forsikringer

Opplysningsplikten ved tegning av forsikring er i dag som utgangspunkt begrenset til en plikt for forsikringstakeren til å svare på selskapets spørsmål. I tillegg har forsikringstakeren en særskilt plikt til å gi opplysninger av eget tiltak om særlig betydningsfulle forhold. Det vises til nærmere redegjørelse for selskapets innhenting av informasjon ovenfor under punkt 8.3. Gjeldende rett har ingen særskilte regler om opplysningsplikten ved tegning av forsikringer med særlig høy forsikringssum.

Utvalgets flertall går inn for en utvidet opplysningsplikt ved tegning av særlig høye forsikringer. Forslaget åpner for at selskapet skal kunne be om at det skal bli tatt visse medisinske prøver:

«Kongen kan gi forskrift om at selskapet kan kreve opplysninger uten hensyn til om forsikringstakeren eller den forsikrede allerede er kjent med dem dersom forsikringssummen eller den årlige premien overstiger et visst

beløp. Dette gjelder likevel bare når opplysningene kan fremskaffes ved blodprøver, urinprøver og liknende prøver og undersøkelser som er vanlig brukt i Norge, og som medfører lite ubehag, lite tidsspill og liten risiko.»

Flertallet begrunner forslaget slik (utredningen punkt 9.5.6 på side 62):

«Når forsikringssummene blir særlig høye, forrykkes den relative vekten av de hensynene som er drøftet ovenfor. I slike tilfeller skal forsikringssummen ikke sikre grunnleggende behov, slik at sosiale hensyn ikke taler mot at noen nektes forsikring fordi de har dårlig helse. Forsikringen, og derved også avgivelsen av helseopplysninger, blir av samme grunn et frivillig valg. Og endelig blir det spesielt viktig for selskapene å unngå en opphopning av høye risikoer, fordi hver av dem kan føre til så store utbetalinger. Alt i alt taler dette for å utvide opplysningsplikten ved særlig høye forsikringer.

Det største problemet ved høye forsikringer er, etter flertallets syn, at forsikrings søkeren tar en medisinsk prøve som avdekker sykdom eller sykdomsrisiko, og deretter tegner forsikring uten å opplyse om prøven. Dette er naturligvis et brudd på opplysningsplikten, men bruddet kan meget vel forbli uoppdaget.

Denne situasjonen kunne en, etter flertallets syn, unngå for de vanligste prøvene om selskapet kunne forlange at forsikrings søkeren lot seg teste før forsikringsavtalen ble inngått. Ved forsikring på vanlige nivåer bør forsikringstakerens rett til å forbli uvitende om sin helserisiko veie tyngre enn selskapets behov i risikovurderingen. Men ved særlig høye forsikringer bør det gjelde et unntak fra dette for å hindre forsikringssvindler.»

Om hva slags opplysninger som skal kunne innhentes, skriver utvalget videre (utredningen punkt 9.5.6 på side 62-63):

«Det synes lite rimelig at selskapet kan forlange hvilke som helst prøver utført. Det bør dreie seg om vanlige prøver, og prøver som ikke medfører stort ubehag.

Noe tilsvarende som gjelder for medisinske prøver, bør etter flertallets syn også gjelde for kliniske undersøkelser. De samme hensynene gjør seg gjeldende.»

Om hvor grensen skal settes for hva som skal regnes som en særlig høy forsikring, uttaler utvalgets flertall at dette (utredningen punkt 9.5.6 på side 63):

«... i stor grad [må] bero på skjønn og hvilken type forsikring det dreier seg om. I dødsrisikoforsikring utvides gjerne de medisinske undersøkelsene i dag om forsikringssummen overstiger 1,4 - 2,3 millioner kroner, avhengig blant

annet av hva slags undersøkelser det dreier seg om og forsikringssøkerens alder».

Samtidig pekes det på at regelen ikke bør kunne omgås ved å tegne en rekke mindre forsikringer. Overstiger den samlede summen av forskjellige forsikringer den nevnte grenseverdien, utvides opplysningsplikten.

To medlemmer – utvalgets leder Røsæg og medlemmet Borchgrevink – oppnevnt etter forslag fra Norsk Pasientforening har følgende bemerkning til forslaget (utredningen punkt 9.5.6 på side 63):

«[P]likten [bør] ikke gjelde undersøkelser som tar sikte på å avdekke sykdommer eller sykdomsdisposisjoner som ikke kan behandles. Det ville være svært uheldig om en skulle få avdekket slike forhold i forbindelse med forsikring. Retten til ikke å vite må i disse tilfellene slå gjennom overfor opplysningsplikten.»

Et mindretall på seks medlemmer går prinsipielt imot en slik regel. De uttaler blant annet (utredningen punkt 9.5.6 på side 63):

«Det vil uansett være umulig å bli enige om en rimelig beløpsgrense. Forslaget om 1,4 - 2,3 millioner er etter medlemmenes oppfatning altfor lavt i forhold til å fravike grunnleggende personvernprinsipper. Når det gjelder genetiske opplysninger, er disse utvalgsmedlemmene opptatt av et absolutt forbud, uavhengig av beløpsgrense.

Selskapene må dekke inn en eventuell økt risiko på annen måte. De få prinsipielle og etiske begrensningene som utvalget foreslår må gjelde likt for alle, uavhengig av inntekt eller dekningsbehov».

Dette mindretallet slutter seg subsidiært til ovennevnt forslag fra to andre medlemmer.

En rekke høringsinstanser støtter utvalgets forslag om å åpne for at forsikringsselskapet kan be om flere opplysninger ved tegning av særlig høye forsikringer: *Kredittilsynet*, *Diakonhjemmet sykehus*, *Den Norske Aktuarforening*, *Finansforbundet*, *Norges Handikapforbund*, *Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet* og *Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund*. Det gjør også *Finansnæringens Hovedorganisasjon*:

«I alle land vi er kjent med, kreves det flere opplysninger ved høye forsikringssummer enn ved normale summer. Hovedformålet er å unngå antiseleksjon. Det vanligste er at selskapene krever en legeundersøkelse, gjerne kombinert med visse laboratorieprøver (for eksempel måling av kolesterol og HIV-test). Grensen for når man krever tilleggsinformasjon, varierer

med type forsikring. For dødsrisiko praktiseres det i dag i Norge normalt en grense for legeundersøkelse på 50 G (ca. 2,5 millioner) for personer under 50 år, og 30 G for personer over 50 år. Selskapene bruker likevel skjønn. Ved kombinasjon av flere forsikringer og ved uklart risikobilde hender det at man ber om legeundersøkelse også ved lavere summer. I tillegg krever de selskapene som reassurerer norske forsikringsselskap, ofte visse undersøkelser.»

Kredittilsynet peker på behovet for å forhindre forsikringssvindel. Etter deres syn er dette mer fremtredende ved tegning av særlig høye forsikringssummer.

Diakonhjemmets sykehus sier:

«Der hvor det dreier seg om særlig høye forsikringer, kan en ikke si at solidariske hensyn og rett til forsikring lenger er like viktig. Det kan ikke være en rett til å forsikre seg for et større antall millioner. Kunden må da finne seg i noe mer intens granskning fra selskapets side.»

Norges Handikapforbund støtter i tillegg følgende mindretallsformulering:

«... og opplysningene ikke er egnet til å avdekke alvorlig sykdom eller disposisjon for alvorlig sykdom som det ikke tilbys effektiv behandling for i Norge».

Sistnevnte synspunkt deles ikke av *Finansnæringens Hovedorganisasjon*:

«Konsekvensen av disse forslagene er at selskapene ikke kan be om HIV-test, og muligens heller ikke be om undersøkelser som kan avdekke for eksempel alvorlig kreftsykdom eller alvorlig hjertesykdom. Faren for antiseleksjon og spekulasjon mot selskapene blir betydelig ved at personer som skjønner at de har en alvorlig sykdom, tegner forsikring med høye summer uten at selskapene kan avdekke den forhøyede risikoen. Hva som skal anses som effektiv behandling kan også være uklart og diskutabelt, hvilket gjør forslaget uegnet retts teknisk.»

Landsorganisasjonen i Norge uttaler seg også forbeholdent om en slik bestemmelse:

«Også når det gjelder særlig høye forsikringer ser vi det som ønskelig å holde fast ved de vanlige regler, som for eksempel at forsikringssøkerens rett til å forbli uvitende om sin helserisiko må veie tyngre enn selskapets behov i risikovurderingen. Vi kan imidlertid se at det her foreligger særlige omstendigheter som tilsier at man skal kunne gå lengre i å innhente opplysninger enn for 'vanlige' forsikringer.»

Innherred sykehus, Forbrukerombudet, Statens helsetilsyn og Forbrukerrådet går mot utvalgets forslag.

Forbrukerombudet sier:

«Etter min vurdering kan ikke hensynet til opplysningsplikten slå igjennom overfor de grunnleggende personvern hensyn ved særlig høye forsikringer. De få prinsipielle begrensningene som utvalget går inn for må gjelde for alle, uavhengig av inntekt og dekningsbehov.»

Forbrukerrådet synes å uttrykke bekymring for at utvidet adgang til å innhente helseopplysninger ved tegning av «særlig høye» forsikringer vil føre til at forsikringsselskaper ikke lenger vil tilby vanlige forsikringer. Etter deres syn er det samtidig tvilsomt om man kan hindre forsikringsselskapene i å omgå de foreslåtte begrensningene for vanlige forsikringer ved bare å tilby forsikringer som er «særlig høye».

Barne- og familiedepartementet, Forbrukerombudet, Forbrukerrådet, Kredittilsynet, Vest-Agder fylkeskommune, Innherred sykehus og Norges Handikapforbund mener at uansett om det skal være mulig å innhente flere opplysninger ved forsikringer som er særlig høye, er den foreslåtte grensen på 1,4 - 2,3 millioner kroner er for lav.

Norges Handikapforbund sier:

«Hovedmotivet for å tegne en forsikring er å sikre seg selv/familie økonomisk ved uførhet/død. Den vesentligste gjeldsposten hos flertallet av privatpersoner er i dag knyttet til bolig. Det er ikke uvanlig at denne gjelden er 1-2 mill. kr. for en gjennomsnittsfamilie. I dette perspektivet kan ikke en forsikringsdekning tilsvarende et slikt beløp anses som særlig høy. Vi er derfor enig i mindretallets syn om at nevnte beløpsgrenser er altfor lavt i forhold til å avvike grunnleggende personvern hensyn.»

Finansforbundet og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund ser problemer med å bruke et fast kronebeløp som grense. De frykter at de beløp som i dag blir foreslått, fort kan omfatte en større gruppe enn opprinnelig påtenkt. Beløpene bør derfor enten indeksreguleres eller knyttes til folketrygdens grunnbeløp. *Vest-Agder fylkeskommune* mener på sin side at en tolkning av begrepet «særlig høye forsikringssummer» vil kunne gi den tilstrekkelige fleksibiliteten i forhold til pengeverdiens utvikling.

Finansnæringens Hovedorganisasjon mener derimot at «de grensene som er antydnet av utvalgsflertallet (1,4-2,3 millioner) [synes] å være for høye». De stiller seg også negative til forslaget om at den utvidede opplysningsplikten skal forskriftsreguleres:

«Det er både kostnadskrevende og tidskrevende å be om legeundersøkelser, og selskapene gjør det bare når det er nødvendig for avklaring av søknaden og for å hindre spekulasjon. Grensene for dette vil variere med type forsikring og over tid. En egen forskrift vil derfor måtte bli detaljert, og vil måtte endres stadig etter hvert som markedet utvikler seg og nye forsikringsprodukter kommer til.»

Departementet leser flertallets forslag delvis på bakgrunn av de øvrige begrensningene i selskapers rett til innhenting av opplysninger som utvalget foreslår for «vanlige» forsikringer. Av disse forslagene er det imidlertid bare deler av den tidsmessige begrensningen som følges opp i proposisjonen her, jf. punkt 8.10 nedenfor. Denne delen av begrunnelsen for forslaget om særskilte regler for særlig høye forsikringer synes dermed langt på vei å falle bort.

Samtidig viser utvalgsflertallet også til ønsket om å unngå forsikringssvindler som et annet siktemål med forslaget. For så vidt gjelder opplysninger forsikringstakeren ikke kjenner til, vil det etter departementets syn ikke kunne dreie seg om forsikringssvindler, jf. ovenfor under punkt 8.5 siste avsnitt. Og dreier det seg om opplysninger forsikringstakeren kjente til, er dette forhold vedkommende kan ha opplysningsplikt om i henhold til de alminnelige reglene om forsikringstakerens opplysningsplikt, jf. ovenfor under punkt 8.3. Prinsipielt sett kan ikke departementet se at tilbakehold av resultater av prøver og undersøkelser skulle stille seg i en særskilt stilling i forhold til andre helseopplysninger – uansett forsikringssummens størrelse. Departementet deler derfor ikke utvalgets syn på behovet for regelen ut fra denne begrunnelsen heller. For så vidt gjelder bekjempelse av forsikringssvindler, vises det til forslag nedenfor under kapittel 10 som innebærer en viss utvidelse av forsikringsselskapets rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger.

8.10 Tidsgrenser

Gjeldende rett inneholder ingen regulering av hvor gamle opplysninger forsikringsselskapene kan spørre etter. Men det ligger en generell begrensning i relevanskravet og den alminnelige oppfatningen om at forhold gjerne blir mindre relevante jo lenger tid som går.

Et flertall av *utvalgets* medlemmer går inn for å lovfeste tidsgrenser for hvor langt tilbake i tid opplysningsplikten går (utredningen punkt 9.5.2 på side 59):

«Tankegangen er at når helseopplysningene blir gamle, vil det dels være uforholdsmessig mye arbeid å finne frem til dem og verifisere at de er korrekte (slik at innsigelser mot forsikringen senere unngås), og dels vil opplysningene ha mindre verdi for risikovurderingen. Noe tilsvarende gjelder helseopplysningenes art: Sykdom som ikke har ført til legebesøk er både vanskeligere å huske, og antakelig av mindre viktighet enn en som har ført til at forsikrings søkeren oppsøkte lege. Den foreslåtte bestemmelsen knytter opplysningene dels til hvor gammel helseopplysningen er, og dels til hvilken art den har.

Tidsrammene er til dels noe videre enn det selskapene i dag spør etter, men reguleringen dekker på den andre siden også helseopplysninger av en art som i dag ikke berøres i egen erklæringsskjemaene. Dette er naturlig, da de foreslåtte bestemmelsene ikke bare setter rammer for hva selskapene uttrykkelig kan spørre om, men også for hva forsikringssøkeren av eget tiltak må opplyse om.»

Flertallets lovforslag lyder (utredningen punkt 15.2.2.6 på side 130):

« § 13-1c. (selskapets spørsmål om fortidige forhold)

Selskapet kan ikke be om opplysninger om sykdom som ikke har gitt symptomer eller sykdomstegn de siste ti år. Det kan likevel be om opplysninger om de tre siste års

- a) legekonsultasjoner og
- b) sykefravær fra arbeidsplass og liknende på mer enn én uke.

Selskapet kan ikke be om opplysninger om helserelaterede livsstilsforhold lenger tilbake i tid enn fem år.»

Mindretallet – medlemmene oppnevnt etter forslag fra forsikringsnæringen og Finansdepartementet – går mot forslagene om tidsbegrensning og viser blant annet til at «dette er forhold som naturlig vil reguleres i bransjen ut fra markedshensyn og hensynene til kostnadseffektiv drift» (utredningen punkt 9.5.2 på side 59).

Flertallets forslag om å lovfeste tidsgrenser for hvor gamle opplysninger forsikringsselskapet kan be om, støttes av *Datatilsynet*, *Aker sykehus*, *Buskerud sentralsykehus*, *Diakonhjemmets sykehus* og *Landsorganisasjonen i Norge*. Det gjør også *Norges Handikapforbund*:

«Til mindretallets syn vil vi bemerke følgende: Norges Handikapforbund er ikke like tryg som mindretallet synes å være på at markedshensyn og en 'naturlig' regulering i bransjen til enhver tid ivaretar forsikringssøkernes interes-

ser, spesielt ikke for dem som allerede en gang er blitt nektet å tegne forsikring. Tvert imot tror vi at en regel som setter grenser for hvor langt tilbake i tid det skal opplyses om helseforhold, kan føre til at flere vil ønske å tegne forsikring.»

For så vidt gjelder tidsfristens lengde, går *Datatilsynet* inn for en kortere frist:

«Det er utbredt praksis i bransjen at det ikke stilles spørsmål om sykdom lenger enn ti år tilbake i tid. Regelen ville derfor få liten betydning [i] praksis. Datatilsynet mener fristen bør settes til fem år, slik at dagens praksis innskjerpes. Forhold lenger tilbake i tid har mindre betydning for risikovurderingen. Selskapets interesse i å behandle slike opplysninger vil ikke oppveie de personvernulempene behandlingen innebærer.»

Kredittilsynet, *Den Norske Aktuarforening*, *Finansforbundet* og *Finansnæringens Hovedorganisasjon* går mot forslaget.

Den Norske Aktuarforening ønsker i prinsippet ingen grense og mener «[f]olk husker alvorlige hendelser i livet, som er det man er på jakt etter».

Bare *Datatilsynet* kommenterer utvalgets forslag om en treårs frist for å spørre om legebesøk og sykefravær på mer enn én uke:

«Med den generelle ordlyden bestemmelsen har fått, er det en fare for at den forstås slik at selskapet kan be om opplysninger om alle legekonsultasjoner eller alt fravær på mer enn én uke de siste tre år. En slik forståelse ville uthule kravet til vesentlig betydning i § 13-1b. Alle legekonsultasjoner og alt fravær på over en uke er neppe av vesentlig betydning for risikovurderingen. Det bør derfor presiseres at bestemmelsen bare gjelder fravær og legekonsultasjoner knyttet til sykdom som ikke har gitt sykdomstegn etter fristen.»

Bestemmelsen om fem års tidsgrense for livsstilsopplysninger støttes av *Norges Handikapforbund*. *Datatilsynet* støtter også forslaget, men mener at tidsfristen for slike opplysninger bør være tre år siden slike opplysninger «som regel er av dårligere kvalitet enn andre helseopplysninger og fordi de lettere vil variere over tid».

Buskerud sentralsykehus viser til at den foreslåtte lovendringen kan være problematisk og sier:

«Generelt kan det virke riktig at man har en begrensning på 5 år når det gjelder livsstil, men når det gjelder eksponering for eksempel på tobakk vil det være av betydning for risikoberegningen hvor langvarig eksponeringen har vært og hvor stort forbruket har vært.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon er negativ til forslaget:

«FNH er under enhver omstendighet uenig i at opplysninger om helserelaterte livsstilsforhold skal begrenses til 5 år. Utvalget er selv inne på at «livsstil» kan være vanskelig å avgrense. Den ytre grense på 10 år bør gjelde også for livsstilsforhold.»

Departementet går i likhet med utvalgets flertall inn for at selskapet bare skal ha rett til å be om helseopplysninger om forhold som ligger høyst ti år tilbake i tid. En slik regel vil tydeliggjøre den ytre rammen for hvor gamle opplysninger selskapene kan be om. Selv om en slik tidsgrense skulle være overflødig i forhold til praksis i dag, vil begrensningen være klargjørende for en forsikringssøker.

Sammenlignet med utvalgsflertallets lovforslag, går altså departementet inn for en lengre tidsgrense for opplysninger om legebesøk og livsstilsforhold. Samtidig må tidsgrensen ses i sammenheng med selskapets rett til å be om opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen, jf. nærmere om dette ovenfor under punkt 8.4. Forsikringsselskaper kan etter dette bare etterspørre opplysninger som både har slik relevans, og som ikke ligger lenger enn ti år tilbake i tid. Ytterligere, kortere tidsgrenser vil kunne være problematiske i forhold til forsikringsselskapenes plikt til å fastsette premien i samsvar med risikoen, jf. nærmere redegjørelse for departementets prinsipielle syn på dette ovenfor under punkt 3.

8.11 Kvalitetssikring av behandlingen av personopplysningene

Kredittilsynet fører tilsyn med bl.a. forsikringsselskap og deres forsikringsvilkår jf. lov 7. desember 1956 om tilsynet for kredittinstitusjoner, forsikringsselskaper og verdipapirhandel m.v. (kredittilsynsloven) § 1 nr. 3 om skadeforsikringsselskaper og nr. 4 om livsforsikringsselskaper. I § 3 første ledd heter det om tilsynsoppgaven:

«Tilsynet skal se til at de institusjoner det har tilsyn med, virker på hensiktsmessig og betryggende måte i samsvar med lov og bestemmelser gitt i medhold av lov samt med den hensikt som ligger til grunn for institusjonens opprettelse, dens formål og vedtekter.»

For forsikringsselskaper innebærer dette blant annet tilsyn med lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 6-7 om for-

sikringsvilkår, § 9-3 om pristariffer og § 12-1 om premier, jf. nærmere omtale av disse foran i kapittel 3.

I sin høringsuttalelse uttaler *Kredittilsynet* følgende om tilsynsvirksomheten:

«I dag krever Kredittilsynet generelt av livsforsikringsselskaper at:

- det ved tegning av forsikring med døds- eller uførisiko kreves en helseerklæring
- det er sammenheng mellom den risiko selskapene tar og de premier de krever, både generelt og spesielt for personer som har forhøyet dødssannsynlighet
- selskapene krever ekstra premie når helseerklæringen avdekker sykdommer som gir forhøyet dødssannsynlighet.»

Utvalget peker på at like viktig som hvilke helseopplysninger som kreves, er hvordan de behandles (utredningen punkt 9.6.2 på side 64):

«Etter utvalgets syn er kvalitetssikring en viktig forutsetning for at en skal tillate innsamling og bruk av helseopplysninger i forsikring. Dette synes ikke å være et spesielt problem for de norske selskapene i dag, men det er vanskelig å etterprøve dette. Det er imidlertid grunn til å frykte at dette kan bli et større problem, for eksempel i forbindelse med tolkning av genetiske prøveresultater.

Utvalget foreslår på denne bakgrunnen at hvert selskap som trenger konsesjon som forsikringsselskap i Norge, også pålegges å utarbeide et kvalitetssikringssystem.»

Utvalget har følgende tanker om et slikt system (utredningen punkt 9.6.2 på side 64):

«Kvalitetssikring etter denne bestemmelsen erstatter ikke nåværende kontroll- og tilsynsordninger, for eksempel etter personopplysningsloven. Kvalitetssikringen etter denne bestemmelsen omfatter mer enn personvern, typisk at risikofaktorer blir vurdert på en forsvarlig og rettferdig måte. Dette krever både medisinsk kompetanse og aktuarisk kompetanse.

Hvordan kvalitetssikringen foregår, blir da opp til hvert enkelt selskap. Det er grunn til å tro at Nevnden for helsebedømmelse fortsatt vil være en vesentlig, men begrenset, del av de norske selskapenes kvalitetssikringssystem.»

Utvalget drøfter også hvilke instanser som tilsynet med et slikt kvalitetssikringssystem kan legges til. Som ett alternativ pekes det på Kredittilsynet, som har det alminnelige tilsynsansvaret etter forsikringsvirksomhetsloven. Et annet alternativ som nevnes, er Datatilsynet, som allerede har tilsyn med kvalitetssikringsopplegg etter personopplysningsloven.

Utvalgets forslag om gi departementet hjemmel til å treffe enkeltvedtak om at forsikringsselskapet skal etablere et kvalitetssikringssystem, støttes av *Kredittilsynet*, *Statens helsetilsyn*, *Vest-Agder fylkeskommune*, *Buskerud sentralsykehus* og *Finansnæringens Hovedorganisasjon*.

Kredittilsynet frarår imidlertid at oppgaven legges til Kredittilsynet:

«Gjennom forskrift av 20.06.1997 nr. 1057 om klargjøring av kontrollansvar, dokumentasjon og bekreftelse av den interne kontroll har Kredittilsynet tilsyn med en rekke internkontrollsystemer i finansinstitusjoner for så vidt gjelder deres ordinære virksomhet. I den utstrekning det i forhold til det foreslåtte kvalitetssikringssystem skal foretas en vurdering av systemets nærmere innhold som krever tilgang på medisinsk ekspertise, vil dette avvike i betydelig grad fra Kredittilsynets øvrige arbeidsoppgaver og kompetanseområde.»

Vest-Agder fylkeskommune ser det som positivt at det foreslås å opprette en egen tilsynsmyndighet. Fylkeskommunen peker også på betydningen av at systemet blir standardisert og gjeldende for hele bransjen.

Finansnæringens Hovedorganisasjon spør hvem som skal føre tilsynet og hvordan dette skal gjen-

nomføres i praksis. Den nevner at Nevnden for helsebedømmelse kan gi retningslinjer.

Departementet deler utvalgets syn på behovet for å sikre kvaliteten på risikovurderingen i selskapene, men stiller seg tvilende til behovet for en særskilt ordning for dette i tillegg til det tilsynet som Kredittilsynet utøver etter kredittilsynsloven. Departementet kan være enig med utvalget i at kontrollen med behandlingen av helseopplysninger bør utføres av noen med medisinsk ekspertise. Men det følger av lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) §§ 6-7, 9-3 og 12-1 at den risikovurderingen som skal ligge til grunn for premiefastssettelsen, også skal legge vekt på andre faktorer, som selskapets økonomi og forholdet mer generelt mellom de ulike produktene, produktkombinasjoner og kundegrupper. I proposisjonen her foreslås dessuten andre tiltak for å styrke vernet for den enkelte forsikringstakeren. Det vises særlig til forslaget om at det må foreligge saklig grunn for å avslå forsikring på vanlige vilkår, jf. kapittel 4. På denne bakgrunn mener departementet at behovet for å etablere et eget kvalitetssikringssystem foreløpig ikke synes å forsvare de administrative og økonomiske konsekvensene dette vil ha.

9 Enkelte andre regler om bruk av helseopplysninger i forsikring

9.1 Personopplysningslovens regler om behandling av helseopplysninger

I likhet med forsikringsavtaleloven inneholder også lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) skranke for forsikringsselskapenes tilgang til helseopplysninger. Personopplysningsloven gjelder behandling av personopplysninger som skal forstås som «enhver bruk av personopplysninger, som f.eks. innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering eller en kombinasjon av slike bruksmåter», jf. loven § 2 nr. 2. Personopplysninger kan bare behandles dersom den det gjelder samtykker, det er fastsatt i lov at det er adgang til slik behandling, eller behandlingen er nødvendig for nærmere angitte formål, jf. personopplysningsloven § 8 og § 9. Den sistnevnte bestemmelsen gjelder sensitive personopplysninger, herunder helseopplysninger, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c. Samtykket skal være «en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar behandling av opplysninger om seg selv», jf. personopplysningsloven § 2 nr. 7. Personopplysningene kan bare nyttes til «uttrykkelig angitte formål som er saklig begrunnet i den behandlingsansvarliges virksomhet», jf. personopplysningsloven § 11 første ledd bokstav b. Det er dessuten en forutsetning at personopplysningene ikke brukes senere til formål som er uforenlige med det opprinnelige formålet med innsamlingen, med mindre den registrerte samtykker, jf. personopplysningsloven § 11 første ledd bokstav c. Det gjelder et selvstendig krav om at sekundærbruk forutsetter et eget behandlingsgrunnlag, jf. personopplysningsloven § 11 a, jf. §§ 8 og 9. Dette kravet kommer i tillegg til kravet om samtykke etter § 11 c. Om bruken av betalingsanmerkninger til bruk i en risikovurdering ved inngåelse av en forsikringsavtale, se foran i punkt 4.6.1.1.

Behandling av sensitive personopplysninger er konsesjonspliktig, jf. personopplysningsloven § 33 jf. § 34. I konsesjonen kan det også settes vilkår for behandlingen, jf. personopplysningsloven § 35.

Datatilsynet har utarbeidet en konsesjon av juli 2005 (konsesjon 2005) til å behandle personopplysninger hos tilbydere av forsikringstjenester. I denne konsesjonen inngår også nærmere vilkår for behandlingen. Her gjentas kravet i forsikringsavtaleloven §§ 8-1 og 13-1 om at de opplysningene som etterspørres, må være relevante for risikovurderingen, jf. Datatilsynets konsesjon 2005, merknadene punkt 4.

Forsikringsselskapet kan imidlertid også være interessert i å innhente informasjon fra andre. Disse vil som oftest være forhindret fra å svare på grunn av taushetsplikt. Men dersom den opplysningene gjelder, samtykker til det, vil for eksempel helsepersonell og ansatte i trygdeetaten kunne løses fra taushetsplikten. Vedkommende lege/ behandlingsinstitusjon eller offentlige etat skal selv foreta en vurdering av hvilke opplysninger som er relevante for selskapets behov, og ikke videreformidle annet enn slike opplysninger, jf. Datatilsynets konsesjon 2005, vilkårene punkt 3 og merknadene punkt 4. Så snart det er innhentet informasjon fra andre, skal forsikringsselskapet informere forsikringssøkeren om dette, jf. personopplysningsloven § 20. Fra denne plikten er det enkelte unntak, blant annet dersom det er nødvendig for å avdekke straffbare forhold, for eksempel forsikringssvindler, jf. personopplysningsloven § 23 første ledd bokstav b.

Relevanskravet gjelder også ved mottakelse av personopplysninger. Forsikringsselskapet skal slette eller returnere eventuell overskuddsinformasjon, det vil si informasjon som ikke viser seg å være relevant for formålet, jf. Datatilsynets konsesjon 2005, merknadene punkt 4 i.f.

De ansatte og tillitsvalgte i et forsikringsselskap, samt «andre som utfører oppdrag for forsikringsselskap», har taushetsplikt med hensyn til opplysninger om andres private forhold, jf. lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 1-6 første ledd. Unntak herfra gjelder for meddelelser til et annet forsikringsselskap, jf. forsikringsloven § 1-6 annet ledd. Omfattes et forhold av Datatilsynets konsesjon 2005, er imidlertid ikke

utlevering av slike opplysninger til et annet selskap tillatt med mindre noe annet følger av personopplysningsloven §§ 8, 9 og 11, eller den registrerte samtykker, jf. Datatilsynets konsesjon 2005, merknadene punkt 6. Utlevering av opplysninger til Nevnden for helsebedømmelse, Forsikringsklagekontoret og Forsikringsnemnda krever samtykke fra den registrerte.

Det er en viss adgang for forsikringsselskapet til å utlevere personopplysninger til Register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF) og Sentralt skaderegister (FOSS), jf. Datatilsynets konsesjon 2005, merknadene punkt 8. Slik utlevering er imidlertid betinget av at den opplysningene angår, er kjent med at opplysningene er registrert, og at det ikke er i strid med lovbestemt taushetsplikt. Det kan dessuten bare utleveres opplysninger som fremmer formålet med det aktuelle registeret. ROFF skal bidra til å sikre ensartet risikobedømmelse og forhindre spekulasjon, mens formålet med FOSS er å motvirke forsikringssvindler. Utvalget peker også på et tredje fellesregister – Register over søknader i Nevnden for helsebedømmelse (utredningen punkt 8.4 på side 48), men dette drives ikke lenger på konsesjon.

Utvalget finner at personopplysningsloven utgjør et «tilfredsstillende [...] rammeverk når det gjelder helseopplysninger i forsikring», jf. utredningen punkt 5.3 på side 29. Et mindretall peker imidlertid på at det er tre felles registre – ROFF, FOSS og register over søknader i Nevnden for helsebedømmelse – og mener bruken av slike fellesregistre bør utredes nærmere. De fremholder (utredningen punkt 8.4 på side 49):

«Ingen andre land det er naturlig å sammenligne seg med, har tilsvarende registre. Det er derfor grunn til å tro at man kan oppnå de samme resultatene uten en slik omfattende registrering av enkeltpersoner.»

Ved utveksling av helseopplysninger mellom kunde og selskap kan det oppstå personvernproblemer. Utvalget gir uttrykk for bekymring over muligheten for at helseopplysninger som er samlet inn eller unnlatt makulert i strid med personvernlovgivningen, likevel blir brukt av forsikringsselskapet (utredningen punkt 9.3.2 på side 56):

«I dagens lovgivning er det ikke et bindeledd mellom forsikringslovgivningen og personvernlovgivningen som hindrer at slik ulovlig oppbevart informasjon senere blir brukt. Utvalget vil derfor foreslå en uttrykkelig regel om dette.

Etter utvalgets syn bør en slik regel i alle fall gjelde informasjon som ikke ville vært tilgjengelig for selskapet dersom reglene i personvernlovgivningen var fulgt. Det kunne også vært spørsmål om selskapet bør kunne påberope seg informasjon som kunne vært oppbevart, men som er oppbevart på ulovlig måte. Dette kunne for eksempel gjelde følsomme opplysninger som er lagret elektronisk i strid med konsesjonsvilkår etter personvernlovgivningen. En har imidlertid funnet at en slik regel kunne medføre at kanskje små feil kunne få konsekvenser en ikke har oversikt over. Utvalget foreslår derfor ikke en slik regel.»

Utvalget la på denne bakgrunn frem følgende lovforslag:

«§ 13–1f. (forholdet til lovgivning om innsamling og oppbevaring av opplysninger)

Helseopplysninger som er innsamlet eller unnlatt makulert i strid med lov kan ikke påberopes av selskapet.»

I merknadene til lovforslaget heter det (utredningen punkt 15.1.2.10 på side 125):

«Poenget med bestemmelsen her er at reglene i for eksempel personopplysningsloven og helsepersonelloven (om samtykke) får direkte virkning i forsikringsforholdet (jfr. ovenfor i 9.3). Uten denne regelen kunne nok selskapet ha påberopt seg ulovlig innhentede eller oppbevarte opplysninger (jfr. ovenfor i 12.1). Selskapet kan både ha interesse av å påberope seg opplysningene i et forsikringsoppgjør og i en sak om plikt til å yte forsikring etter bestemmelsen om kontraheringsplikt (§ 13–1j).»

Oslo kommune gir uttrykk for at personopplysningsloven og konsesjonssystemet til sammen kan gi et tilfredsstillende vern når det gjelder bruk av helseopplysninger i forsikringsforhold. *Ullevål sykehus* er opptatt av at det stilles strenge krav til forsikringsselskapenes lagring av helseopplysninger. *Buskerud sentralsykehus* understreker betydningen av at «legen lage[r] et redigert utdrag av journalen til bruk i forsikringsssammenheng». *Den norske lægeforening* uttaler følgende om praksis vedrørende legers utlevering av opplysninger til forsikringsselskaper:

«Som hovedregel skal behandlende lege redigere journalen og fjerne opplysninger som er sensitive og irrelevante for formålet.»

Utvalgets forslag om å forby bruk av opplysninger som er innhentet eller unnlatt makulert i strid med personvernlovgivningen, støttes av *Datatilsynet*, *Rogaland fylkeskommune* og *Finansnæringens Hovedorganisasjon*. *Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke* mener at helseopplysninger må slettes når formålet med innhentingen er oppfylt.

Datatilsynet foreslår å utvide utvalgets forbud:

«Ordlyden slik den står vil for eksempel ikke dekke en situasjon hvor en opplysning ulovlig er brukt til et annet formål. *Datatilsynet* foreslår at ordlyden endres til: 'Helseopplysninger som er behandlet, herunder innsamlet eller unnlatt makulert, i strid med lov, kan ikke påberopes av selskapet.»

LO støtter mindretallet som mener at bruken av fellesregistre bør utredes nærmere. Det gjør også *Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke*. De uttaler imidlertid at de er «innforstått med at det er behov for et sentralt skaderegister som skal forebygge forsikringssvindel».

Departementet deler utvalgets syn på behovet for å hindre at selskapet bruker personopplysninger som er samlet inn eller unnlatt slettet i strid med personvernlovgivningen. Riktignok er både overtredelser av personopplysningsloven og helsepersonelloven sanksjonert, jf. personopplysningsloven kapittel VIII og helsepersonelloven kapittel 11. Men for å hindre bruk av disse opplysningene i et forsikringsforhold kan det være nødvendig med et særskilt lovforbud.

Departementet foreslår en bestemmelse med samme omfang som utvalget. *Datatilsynet* foreslår det videre begrepet «behandling», blant annet for å hindre bruk til et annet formål. Etter departementets syn vil det imidlertid kunne lede til uheldige situasjoner om selskapet ikke skal kunne trekke veksler på opplysninger det lovlig har tilgang til på annet grunnlag. For eksempel kan det oppfattes som unødig tungvint om opplysninger selskapet sitter på i forbindelse med oppgjøret etter en ulykkesforsikring, ikke skulle kunne benyttes i forbindelse med utbetaling av en sykeforsikring. For øvrig vises det til lovforslaget § 13-1 c og merknadene til denne bestemmelsen nedenfor under punkt 12.1.

For så vidt gjelder behovet for å hindre at forsikringsselskapet påberoper seg personopplysninger det ikke kan kreve i medhold av annen lovgivning, som grunnlag for å nekte noen forsikring på vanlige vilkår, må dette anses for dekket gjennom lovforslaget § 3-10 tredje ledd og § 12-12 tredje ledd, som er omtalt nærmere ovenfor under punkt 4.6.

Et mindretall i utvalget ønsker at det ses nærmere på behovet for tre fellesregistre. Som nevnt er det imidlertid bare to fellesregistrene som i dag drives på konsesjon - FOSS og ROFF. Disse ivaretar etter departementets syn meget samfunnsnyttige formål. En er heller ikke kjent med at disse registrene har hatt uheldige konsekvenser for per-

sonvernet. Departementet ser derfor ikke grunn til å foreslå noen endringer i dagens ordning med to fellesregistre.

9.2 Innhenting av helseopplysninger fra andre

9.2.1 Gjeldende rett

Forsikringsavtaleloven regulerer hva forsikringsselskapet kan spørre forsikringssøkeren om – både ved tegning av forsikring og ved et eventuelt erstatningsoppgjør. Men forsikringsselskapet kan også være interessert i å innhente informasjon fra andre, for eksempel for å få supplert eller bekreftet informasjon gitt av forsikringssøkeren. Disse vil imidlertid som oftest være forhindret fra å svare på grunn av taushetsplikten.

For helsepersonell følger taushetsplikten av helsepersonelloven § 21, og for ansatte i arbeids- og velferdsetaten følger taushetsplikten av lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) § 7, som gir reglene om taushetsplikt i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e tilsvarende anvendelse. For begge grupper vedkommende kan taushetsbelagte opplysninger gis ut ved *samtykke* fra den opplysningene gjelder, jf. henholdsvis helsepersonelloven § 22 første ledd og forvaltningsloven § 13 a nr. 1. Også ansatte i et forsikringsselskap har taushetsplikt, jf. lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 1-6. Unntak herfra gjelder for meddelelse av helse- og skadeopplysninger til et annet forsikringsselskap, jf. forsikringsloven § 1-6 annet ledd.

Rikstrygdeverket opplyser følgende om sin praksis:

«Trygdeetaten har behov for en klar bestilling fra forsikringsselskapene ved ønske om utlevering. Bestillingen må harmonere med det samtykket som er gitt. Det må således foreligge en presis, tydelig og vel presisert fullmakt.»

I personopplysningsloven skal samtykke forstås som «en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar behandling om seg selv», jf. loven § 2 nr.7. Forsikringsselskapenes adgang til innsamling av opplysninger og krav til samtykke i den forbindelse er nærmere regulert i *Datatilsynets* konsesjon 2005, jf. nærmere om denne ovenfor under punkt 9.1. Som hovedregel skal samtykket være skriftlig, jf. konsesjonen punkt 1. Det skal dessuten være avgitt frivillig og uttrykkelig, jf. merknadene

punkt 2. Endelig er det et krav at forsikrings søkeren forut for avgivelsen av et samtykke er informert om hva samtykket innebærer. Vedkommende skal være gjort kjent med de aktuelle informasjonskildene og hvilke forhold det ønskes mer informasjon om, jf. merknadene punkt 3 bokstav b.

Det påligger forsikringsselskapet en plikt til å informere forsikrings søkeren så snart det er innhentet informasjon fra andre, jf. personopplysningsloven § 20 første ledd. Fra denne plikten er det enkelte unntak, blant annet dersom det er nødvendig for å avdekke straffbare forhold, for eksempel forsikringssvindler, jf. personopplysningsloven § 23 første ledd bokstav b.

Et samtykke har derfor etter flere lover betydning for adgangen til å innhente eller muligheten for å utlevere opplysninger til bruk for forsikrings selskapet.

9.2.2 Utvalgets forslag

Utvalget drøfter betydningen av samtykkeerklæringer ved tegning av forsikring og ved et forsikringsoppgjør. Om samtykket heter det (utredningen kapittel 12 i innledningen på side 79):

«Utvalget mener samtykket bør være skriftlig, klart, spesifisert, frivillig og ferskt, og det bør bygge på tilstrekkelig informasjon. Forsikringsselskapenes nye maler for samtykkeerklæringer tilfredsstillende disse kriteriene.»

Og videre (utredningen punkt 12.4.1 på side 81):

«Etter utvalgets syn bør hovedpunktene i de norske selskapenes nye maler forskriftsfestes dersom de ikke i det vesentlige gjennomføres innen rimelig tid. Gjennomføringen må skje såvel i alle norske selskaper som i utenlandske selskaper som konkurrerer på det norske markedet.»

For å hindre at for mye informasjon tilflyter selskapet i en oppgjørssituasjon, foreslår utvalgets flertall å lovfeste følgende begrensninger, jf. lovforslaget § 8-1 annet ledd og § 18-1 annet ledd:

«Dersom selskapet ber om samtykke til innhenting av taushetsbelagte opplysninger fra tredjemann, skal samtykket begrenses til det som trengs på hvert trinn i saken. Opplysninger som skal vurderes av en medisinsk sakkyndig utenfor selskapet, skal videresendes til denne uten å gjennomgås eller arkiveres i selskapet, med mindre selskapet selv trenger opplysningene til annet enn det den sakkyndige skal vurdere.»

Om bestemmelsen heter det (utredningen punkt 15.1.2.1 på side 120):

«Virkningen av bestemmelsen andre ledd er å hindre at for mye informasjon tilflyter selskapet. Selskapet må vurdere både om det overhodet trenger informasjonen, og om det trenger informasjonen med en gang. Det kan således være aktuelt å utsette informasjonsinnhenting som bare gjelder erstatningsutmålingen til det er klart om det foreligger ansvarsgrunnlag. Det kan også være aktuelt å avgrense forespørsler om tidligere sykehistorie til for eksempel de siste fem årene.»

Den informasjonen selskapet trenger, skal kunne tilflyte det til slutt om nødvendig samtykke foreligger. Virkningen av regelen i andre ledd blir da at informasjonen forsinkes noe. Ofte vil det imidlertid også for selskapet være tilstrekkelig at for eksempel en medisinsk sakkyndig har vurdert opplysningene, slik at informasjonen aldri vil havne i selskapets arkiver.»

Om forholdet til personopplysningsloven heter det (utredningen punkt 12.4.2 på side 82):

«Regelen medfører riktignok ingen nevneverdig endring av praksis etter personvernlovgivningen, som uansett forutsetter at bare de opplysninger som trengs skal innhentes [...]. Men regelen gjør det legitimt for den som gjør krav gjeldende å nekte samtykke til utlevering av uredigert journal før sakkyndigutredning. Det vil for øvrig uansett være mulig å nekte samtykke til utlevering av uredigert journal i større utstrekning enn det denne regelen legger opp til.»

Utvalgets mindretall – medlemmene oppnevnt etter forslag fra forsikringsnæringen og Finansdepartementet – mener «at det alt i alt er lite vunnet ved en slik regel» (utredningen punkt 12.4.2 på side 82-83).

Utvalget foreslår videre å lovfeste en plikt for selskapet til å gi den som har samtykket, melding når det innhentes informasjon på grunnlag av samtykket, jf. utvalgets forslag til forsikringsavtaleloven § 8-1 tredje ledd og tilsvarende § 18-1 tredje ledd. Utvalget mener at en slik informasjonsplikt for selskapet «i noen grad [tilsvarer] forvaltningens informasjonsplikt etter forvaltningsloven, og må ses som et tillitsskapende tiltak. Når slik melding gis, kan eventuelt samtykke til innhenting av opplysninger trekkes tilbake» (utredningen punkt 15.1.2.1 på side 120).

Om forholdet til personopplysningsloven heter det (utredningen punkt 15.1.2.1 på side 120-121):

«Selskapet må gi opplysninger om informasjonsinnhenting også etter personopplysnings-

loven, og bestemmelsen her er noen grad overlappende med denne loven. Men når informasjon innhentes etter uttrykkelig samtykke, trengs trolig ikke varsel etter personopplysningsloven § 20. Etter bestemmelsen her er det imidlertid et poeng at forsikringskunden får informasjon om når og på hvilken måte selskapet utnytter hans eller hennes samtykke (fullmakt) til informasjonsinnhenting.»

I forlengelsen av opplysningsplikten som påhviler en som vil fremme et erstatningskrav mot forsikringsselskapet, jf. forsikringsavtaleloven § 8-1 første ledd og § 18-1 første ledd, foreslår utvalget en korresponderende informasjonsplikt for forsikringsselskapet, jf. utvalgets lovforslag § 8-1 fjerde ledd og § 18-1 fjerde ledd:

«Selskapet skal på forespørsel gi den som fremmer krav eller dennes representant innsyn i opplysninger om saken og medisinske vurderinger det måtte utarbeide eller innhente i saken, med mindre det er påkrevd å hemmeligholde opplysningene eller vurderingene av hensyn til forebygging, etterforskning, avsløring og rettslig forfølgelse av straffbare handlinger.»

Endelig foreslår utvalget følgende nytt annet ledd i helsepersonelloven § 15 for å sikre betryggende behandling av spesielt sensitive opplysninger:

«Når helsepersonell forstår at det kan ha særlig betydning hvordan spesielt sensitive faktiske forhold beskrives i en attest, legeerklæring o.l., skal han eller hun ta dette opp med pasienten.»

Om dette lovforslaget uttaler utvalget (utredningen punkt 12.4.3 på side 83):

«Utvalget vil i denne sammenheng peke på at helsepersonelloven ikke bare krever at legeerklæringer skal være objektive og fullstendige, men at bestemmelsen også maner til varsomhet. Når legen skjønner at dette er av viktighet, bør han eller hun derfor ta opp med vedkommende person hvordan det skal refereres til særlig sensitive opplysninger.

Utvalget understreker at det ikke kan komme på tale å fravike kravet til objektivitet og fullstendighet i disse tilfellene. Kan legen og den som har samtykket ikke bli enige om passende formuleringer, vil pasienten måtte trekke samtykket tilbake og legen si fra seg oppdraget.»

9.2.3 Høringsinstansenes syn

Rogaland fylkeskommune, Buskerud sentralsykehus, Den norske lægeforening og Norsk Pasientskadeer-

statning støtter utvalgets forslag til krav til samtykket (lovforslaget § 8-1 annet ledd og § 18-1 annet ledd). *Aker sykehus* er positiv til at samtykkeerklæringerne gjøres mer begrenset. *Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke* og *Landsforeningen for trafikkskadde* mener utformingen av samtykkeerklæringer bør reguleres i forskrift.

Norsk Pasientskadeerstatning peker likevel på betydningen av at et samtykke ikke gjøres så spesifisert at det hindrer selskapene i å «håndtere pasientskadesaker på en forsvarlig måte». *Statens Pensjonskasse* har følgende bemerkning til kravet om at samtykket må være ferskt:

«Behandling av yrkesskadesaker kan strekke seg over flere år. Skadelidte vil ofte fremsette krav når deler av et tap ventes å oppstå. Endelig oppgjør vil ofte ikke kunne foretas før nødvendig attføring- og rehabiliteringstiltak er forsøkt. Underveis vil normalt kontakten mellom skadelidte og forsikringsgiver være løpende, og behovet for «ferskt» samtykke synes i disse tilfeller ikke å være så fremtredende.»

Datatilsynet tar også opp en annen side ved kravet til samtykke:

«Forsikringsselskapenes behandling av personopplysninger skjer etter samtykke fra den enkelte, men vedkommende vil som oftest stå overfor valget mellom å avgi det samtykke selskapet ber om eller å avstå fra å tegne eller kreve oppgjør for en forsikring. Enkeltindividet har derfor ikke mulighet til å ivareta sitt personvern alene.»

Buskerud sentralsykehus, Landsorganisasjonen i Norge, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Norsk Pasientskadeerstatning og *Trafikkskaddes Landsforbund* er positive til forslaget om at samtykket skal begrenses til det som trengs på hvert trinn i saksbehandlingen. *Finansnæringens Hovedorganisasjon* legger til at det er i samsvar med dagens praksis.

Forslaget om å lovfeste en begrensning i forsikringsselskapenes adgang til å innhente uredigerte journaler før sakkyndigutredningen (utvalgets lovforslag §§ 8-1 og 18-1, begge annet ledd annet punktum) støttes av *Aker sykehus, Buskerud sentralsykehus, Landsforeningen for trafikkskadde* og *Landsorganisasjonen i Norge*. Det gjør også *Datatilsynet*, som legger til:

«I tillegg til denne begrensningen burde det lovfestes en relevansvurdering også for innhenting av opplysninger ved oppgjør. Regelen bør tilsvare bestemmelsen som gjelder ved tegning av forsikringsavtaler, slik at selskapet må dokumentere de ulike medisinske opplysninger

vekt og relevans i forhold til fastsettelse av erstatningsansvaret. Det kan stilles spørsmål ved om det også ved oppgjør burde lovfestes rammer for hvor langt tilbake i tid selskapet kan be om å få opplysninger. Slike bestemmelser ville begrense utlevering av helseopplysninger som ikke er relevante for det konkrete erstatningstilfelle. Datatilsynet vil be departementet vurdere nærmere muligheten av å innføre bestemmelser om hvilke opplysninger som er relevante ved oppgjør av erstatning for personskade.»

Den norske lægeforening uttaler følgende om dagens praksis:

«I de meget få saker der selskapet trenger komplett journal skal dette begrunnes særskilt, og anmodning om journal skal ledsages av spesifisert samtykke fra forsikringstaker. Journalen sendes direkte til nærmere angitt lege i selskapet, som skal redigere bort opplysninger som er sensitive og irrelevante for formålet, før opplysningene går videre til ordinær saksbehandling.»

Statens Pensjonskasse peker på at en uredigert journal vil kunne være oppklarende i kompliserte saker der årsakssammenhengen er usikker eller skadefølgen synes upåregnelig. Slike opplysninger må derfor «i det minste gjøres tilgjengelige ved innhenting av spesialisterklæringer/sakkyndigvurderinger».

Kredittilsynet og *Norsk Pasientskadeerstatning* er enig med mindretallet som går mot utvalgets flertallsforslag til bestemmelse i forsikringsavtaleloven §§ 8-1 og 18-1, begges annet ledd annet punktum. Det gjør også *Finansnæringens Hovedorganisasjon*:

«Selskapene har klare og legitime behov for å gjennomgå både journal og andre opplysninger for eksempel for å avgjøre om spesialisterklæring skal innhentes, hvilken spesialitet som er mest aktuell, hvilke spørsmål som skal fremsettes i mandatet, og ikke minst for å vurdere saker hvor det foreløpig er for tidlig å si noe om spesialisterklæring skal innhentes eller ikke.»

Norsk Pasientskadeerstatning skriver:

«Det er etter vår mening ikke mulig å håndtere pasientskadesaker på en forsvarlig måte uten også å etablere solid medisinsk kompetanse innad i organisasjonen. NPE har f.eks. 10 rådgivende leger med høy faglig kompetanse og variert bakgrunn. *Rent medisinsk* fremstår det bortimot meningsløst dersom NPE ikke kan benytte denne kompetansen til å avklare i hvilken grad deler av en journal er relevant for saken eller ikke. *Rent juridisk* ser vi det beten-

kelige i at en lege – enten vedkommende er ansatt som intern rådgiver eller engasjert som ekstern sakkyndig – skal ha et *avgjørende* ord for om journalopplysninger er relevante eller ikke. I en erstatningssammenheng er dette spørsmålet til syvende og sist av bevismessig karakter, og således et juridisk og *ikke* et medisinsk spørsmål.»

Rikstrygdeverket bemerker:

«Vi ønsker å slippe å måtte ta del i en konflikt eller diskusjon mellom enkeltperson og selskap om hva som er relevant. Fra vår side hadde det vært ønskelig med enkle og nærmere definerte objektive kriterier. En nærmere avgrensning av hvilke opplysninger som er relevante ville være på sin plass. På denne bakgrunn etterlyser vi bedre beskrivelser av kriterier for når hele saksmappen kan innhentes og hvilke forutsetninger som da må være innfridd.»

Kredittilsynet, Rogaland fylkeskommune, Landsorganisasjonen i Norge og *Diakonhjemmets sykehus* mener det er viktig at selskapene informerer om innhenting av taushetsbelagte opplysninger på grunnlag av en samtykkeerklæring, jf. utvalgets forslag til bestemmelse i forsikringsavtaleloven § 8-1 tredje ledd og § 18-1 tredje ledd. Det gjør også *Datatilsynet* som uttaler:

«Forslaget supplerer personopplysningsloven og varetar personvern hensyn på en god måte. Å få informasjon om når og hvilke opplysninger som er innhentet, er viktig for at den registrerte skal kunne ivareta sine rettigheter etter loven ellers, for eksempel krav om retting og sletting av opplysninger som ikke er relevante for formålet osv.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon deler ikke denne oppfatningen:

«I og med at innhenting av samtykke skjer trinnsvis, og fordi samtykket inneholder navn på de personer/institusjoner som opplysningene vil bli innhentet fra, er vi av den oppfatning at skadelidte ved å underskrive på samtykkeerklæringen(e) er godt informert om at informasjon vil bli innhentet. Selskapene har i dag den praksis at det vedlegges et informasjonsskriv til samtykkeerklæringen, der det fremgår hvorfor opplysningene er nødvendige og hva de skal brukes til. [...] En særskilt melding i tillegg vil bety betydelig mer korrespondanse og kostnader uten andre fordeler for skadelidte enn det som følger av gjeldende praksis.»

Landsforeningen for trafikkskade, Landsorganisasjonen i Norge og *Finansnæringens Hovedorganisa-*

sasjon støtter utvalgets forslag til § 8-1 fjerde ledd og § 18-1 fjerde ledd om rett til innsyn i selskapets opplysninger i saken. Det gjør også *Datatilsynet*, som legger til:

«I utgangspunktet mener Datatilsynet at skadelidte bør ha innsyn i alle opplysninger om medisinske forhold, med unntak for de tilfeller der det må anses utilrådelig at skadelidte selv får opplysningene. Videre bør selskapet bare kunne nekte innsyn i annet enn medisinske opplysninger dersom det er sterke mistanker om svik. Uaktsomhet bør ikke kunne være nok til at selskapet kan nekte innsyn.»

Landsorganisasjonen i Norge uttaler:

«Alternativet forebygging av straffbare handlinger synes unødvendig, og det er uklart hvilke situasjoner dette alternativ tar sikte på å omfatte.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon forutsetter imidlertid at interne notater, som korrespondanse mellom advokat og skadelidt eller saksbehandler og advokat er unntatt.

Aker sykehus, Buskerud sentralsykehus og Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke støtter utvalgets forslag om nytt annet ledd i helsepersonelloven § 15. *Buskerud sentralsykehus* uttaler:

«Det fremgår av teksten [...] at utvalget i det henseende sikter til særlig sensitive opplysninger. Denne presisering gjør at vi kan støtte forslaget; en pålagt plikt til å konferere med hver enkelt pasient før utlevering av pasientopplysninger ville medføre et urimelig stort ekstraarbeide for sykehusene.»

9.2.4 Departementets vurdering

Departementet har ikke holdepunkter for annet enn at de krav utvalget stiller til samtykket, i dag følges av forsikringsselskapene i samsvar med kravene i Datatilsynets konsesjon 2005.

På den annen side støtter både utvalget og de høringsinstansene som uttaler seg om hvordan et samtykke skal forstås, innholdsmessig de kravene som følger av personopplysningsloven § 2 nr. 7 og Datatilsynets konsesjon 2005. Departementet foreslår å tydeliggjøre at kravene til samtykke i personopplysningsloven også skal gjelde i forsikringsforhold ved å innta en henvisning i forsikringsavtaleloven til personopplysningsloven § 2 nr. 7. Dermed gis kravene også direkte anvendelse i forholdet mellom et forsikringsselskap og forsikringstaker, jf. lovforslaget §§ 8-1 og 18-1, begges annet ledd annet punktum og merknadene til disse nedenfor under punkt 12.1. Riktignok vil en slik henvisning

ikke dekke den ytterligere presiseringen som er nedfelt i Datatilsynets konsesjon 2005. Men konsesjonsvilkårene må på dette punktet primært ses som en utfylling av kravene i personregisterloven § 2 nr. 7. Dessuten er forsikringsselskapene uansett forpliktet til å følge kravene i Datatilsynets konsesjon 2005. Departementet mener på denne bakgrunn at en henvisning til personopplysningsloven § 2 nr. 7 er tilstrekkelig.

Samtykket foreslås begrenset til det som trengs på hvert trinn i saken, jf. lovforslaget § 8-1 annet ledd (og tilsvarende § 18-1 annet ledd). Dette er i samsvar både med utvalgets forslag og med synspunktene fra de høringsinstansene som uttaler seg på en slik regel punkt. Etter departementets syn kan en slik regel ses som et utslag av kravet om at den informasjonen som etterspørres, må være relevant for den konkrete situasjonen.

Utvalget foreslår også å begrense selskapets adgang til å innhente uredigerte journaler før sakskyndigutredningen dersom journalen skal vurderes av en medisinsk sakkyndig utenfor selskapet. Blant høringsinstansene er meningene delte. Departementet er enig i at sensitive opplysninger ikke bør spres i større grad enn det som er nødvendig i den konkrete saken. En mener likevel at den generelle bestemmelsen om trinnvis innhenting av informasjon innebærer en tilstrekkelig begrensning. Ifølge Den norske lægeforening er dessuten dagens praksis allerede restriktiv vedrørende utlevering av en komplett journal. Endelig må det også tas høyde for at bestemmelsen gjelder i en oppgjørssituasjon. Som fremholdt av Norsk Pasientskadeerstatning er det da en sammensatt, fullstendig vurdering – både juridisk og medisinsk – som skal gjøres før det kan tas endelig stilling til kravet.

Departementet deler - i likhet med noen av høringsinstansene – ikke utvalgets syn på behovet for å informere den det gjelder om at opplysninger vil bli innhentet i samsvar med samtykket. Ved å gi et samtykke må vedkommende samtidig være innforstått med at den informasjonen samtykket gjelder, faktisk kan bli innhentet. Et presist samtykke innebærer tilsvarende presis informasjon til den det gjelder om hva slags informasjon som kan bli innhentet. Om vedkommende skal ha mulighet for å angre seg og trekke samtykket tilbake, vil det også bidra til å forsinke oppgjøret.

Departementet slutter seg til forslaget om at forsikringstakeren eller andre som vil fremme et krav mot selskapet, skal ha rett til å be om innsyn i selskapets opplysninger om saken. Det kan være av stor betydning for det eventuelle kravet vedkommende ønsker å fremme. Departementet fore-

slår derfor å lovfeste en regel om dette, jf. lovforslaget § 8-1 tredje ledd og § 18-1 tredje ledd. Bestemmelsen er i samsvar med utvalgets forslag som fikk støtte fra samtlige høringsinstanser som uttalte seg om dette.

Et forsikringsselskap kan innhente informasjon etter samtykke fra den det gjelder. Men samtykket betyr ikke at avgiveren har full oversikt over hvilke opplysninger det i så fall dreier seg om. Det vet imidlertid den tredjepersonen som sitter med den aktuelle informasjonen. I likhet med utvalget mener derfor departementet det bør innføres en

regel i helsepersonelloven som pålegger helsepersonell å drøfte dette med pasienten for så vidt gjelder opplysninger som det er grunn til å anta at pasienten oppfatter som spesielt sensitive. Samtlige høringsinstanser som uttalte seg om problemstillingen, var også positive til regelen. Buskerud sentralsykehus mener at utvalgets forslag om å begrense opplysningsplikten til «spesielt sensitive faktiske forhold» representerer en riktig balanse mellom den merbelastningen plikten kan påføre helsepersonell og pasientens informasjonsbehov. Departementet deler dette synet.

10 Forsikringsselskapets rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger

10.1 Gjeldende rett

Hvis det avdekkes at et forsikringsselskap har fått uriktige eller ufullstendige opplysninger i forbindelse med tegning av en personforsikring, kan selskapet si opp forsikringen dersom «det ikke bare er lite å legge forsikringstakeren eller den forsikrede til last», jf. forsikringsavtaleloven § 13-3 første ledd. Er det inntruffet et forsikringstilfelle, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort, jf. forsikringsavtaleloven § 13-2 annet ledd.

Ved livsforsikring er et forsikringsselskaps rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger ytterligere begrenset, jf. forsikringsavtaleloven § 13-4 annet ledd:

«Ved livsforsikring kan selskapet påberope seg at opplysningsplikten er forsømt bare dersom forsikringstilfellet er inntruffet eller selskapet har gitt varsel etter § 13-13 innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Denne begrensningen gjelder ikke dersom det har vært utvist svik.»

Den tidsmessige begrensningen har tidligere vært kritisert. Siden livsforsikring omfatter både livsforsikring og uføreforsikring, beskytter toårsfristen ikke bare de etterlatte, men også en forsikringstaker som har utvist grov uaktsomhet.

I Ot.prp. nr. 52 (1995-96) foreslo Justisdepartementet å legge til følgende nytt annet ledd tredje punktum:

«Ved uføredekning gjelder begrensningen heller ikke der forsikringstakeren eller den forsikrede grovt uaktsomt har forsømt opplysningsplikten.»

Fra begrunnelsen for dette lovforslaget siteres følgende (proposisjonen punkt 3.4 på side 6):

«Det synes å være en bred forståelse blant høringsinstansene om at § 13-4 annet ledd slik den nå lyder griper lenger enn hva som var intensjonen med bestemmelsen og at det er behov for endring. Selv om departementet er enig med de høringsinstanser som har påpekt at også uføredekninger har en sosial karakter, skiller disse dekningene seg klart fra dødsrisi-

kodekning ved at de i prinsippet sikrer forsikringstakeren selv og ikke vedkommendes etterlatte. I henhold til en uangripelighetsregel av den karakter som den som stilles opp i § 13-4, finner derfor ikke departementet det naturlig å likestille uføredekning med dødsrisikodekning. Departementet viser da også til hva som er uttalt i høringsbrevet om betydningen av å sikre en effektiv overholdelse av opplysningsplikten.»

Under behandlingen av lovforslaget i Stortinget ble det imidlertid avvist. Familie-, kultur- og administrasjonskomiteen uttalte (Innst. O. nr. 40 (1996-97) i merknadene til § 13-4 på side 4):

«Komiteen viser til den foreslåtte endring av § 13-4 annet ledd. Endringen medfører at forsikringsselskapene får adgang til å avkorte erstatningen ved uførhet eller si opp forsikringsavtalen som følge av at den forsikrede har forsømt sin opplysningsplikt. Komiteen vil påpeke at denne endring vil medføre at uføredekning og dødsfalldekning ikke lenger vil være likestilt.

Komiteen viser til Forbrukernes Forsikringskontors høringsuttalelse der de bl.a. anfører: «For den forsikredes nærmeste familie vil nok behovet for forsikringsytelser - økonomisk sett - være like stor ved ervervsuførhet som ved død. Dette tilsier at uangripelighetsregelen i FAL § 13-4 annet ledd bør gjelde mest mulig ubeskåret og at regelen bør være lik for dødsrisiko og uføredekning.» Komiteen er enig i dette. Komiteen mener de problemer forsikringsselskapene opplever ved at folk tar opplysningsplikten mindre alvorlig, langt på vei oppveies ved at selskapene forbedrer sine helserklærings skjemaer. Komiteen vil videre påpeke at det er langt enklere for forsikringstaker å forholde seg til den tegnede forsikring når det kreves lik informasjonsplikt og når uføredekningen og dekningen ved død er likestilt.»

I dom inntatt i Retstidende 2000 side 59 vurderte Høyesterett anvendelsen av toårsregelen på et tilfelle der en forsikringstaker var blitt varig ervervsufør. Fristen løper fra det tidspunktet forsi-

kringstakeren har godtatt forsikringsvilkårene, jf. forsikringsavtaleloven § 12-2 første ledd. Fristen avbrytes når forsikringstilfellet inntreffer. Om dette tidspunktet uttalte Høyesterett (på side 67):

«Med «forsikringstilfellet» må menes den omstendighet som utløser ansvar for selskapet under forsikringen. Hva som skal anses som «forsikringstilfellet», må avgjøres på grunnlag av en tolking av forsikringsavtalen.»

I denne saken fulgte det av forsikringsvilkårene at forsikringssummen forfalt til utbetaling når forsikringstakeren hadde vært minst 50 % ervervsufør i to år sammenhengende. Således var kun svikinnsigelsen i behold på det tidspunktet forsikringstilfellet inntrådte.

Førstvoterende uttalte deretter følgende om rettstilstanden (på side 68):

«Som Selmer påpeker, er § 13-4 annet ledd utviklet med sikte på dødsfallsdekning, og på grunn av kravet om at ervervsuførheten må være varig, passer den ikke på uføredekning, se Selmer, op. cit. side 52-53. På denne bakgrunn ble det i Ot.prp. nr. 52 (1995-1996) om lov om endringer i forsikringsavtaleloven m.v. vurdert om uføredekning burde unntas fra bestemmelsens anvendelsesområde. På grunnlag av uttalelser under høringsrunden kom departementet til at bestemmelsen også burde omfatte uføredekning, men at forsikringsselskapet når det var gått mer enn to år fra selskapets ansvar begynte å løpe, bare skulle kunne avkorte erstatningen dersom forsikrede grovt uaktsomt hadde forsømt opplysningsplikten, se Ot.prp. nr. 52 (1995-1996), side 6. Dette forslaget ble imidlertid avvist under stortingsbehandlingen, se Innst. O. nr.40 (1996-1997), side 4, jf. side 2.»

10.2 Utvalgets forslag

Utvalget understreker betydningen av å ha et «velfungerende sanksjonssystem ved brudd på opplysningsplikten» (utredningen punkt 11.2 på side 78). Videre peker utvalget på følgende interesseavveining (utredningen samme sted):

«Det er imidlertid også viktig å beskytte den som har innrettet seg i tillit til at det forelå en gyldig forsikringsavtale, slik at vedkommende ikke på utbetalingstidspunktet kan bli møtt med innsigelser om brudd på opplysningsplikten. Hensynet til andre forsikringstakere – som må finansiere all velvilje – taler imidlertid for en viss tilbakeholdenhet med altfor liberale benådningsregler ved brudd på opplysningsplikten.

Etter den Høyesterettsdommen som er omtalt ovenfor, står det ikke som opplagt for utvalget at den nåværende § 13-4 i forsikringsavtaleloven representerer den optimale løsning i forhold til alle personforsikringsprodukter, både de som gir ytelser ved død og de som gir ytelser ved uførhet. En vil anbefale at lovgivningen på dette punktet etterses.»

Utvalgets flertall mener at de innskrenkninger som foreslås i opplysningsplikten ikke nødvendigvis gjør en revisjon av sanksjonssystemet. Et mindretall – medlemmene oppnevnt etter forslag fra forsikringsnæringen – er uenige i dette (utredningen punkt 11.2 på side 78):

«Forsikringskunder som opptrer illojalt i forhold til resten av forsikringskollektivet, vil få større spillerom med de foreslåtte innskrenkningene i opplysningsplikten fordi disse ikke fremtrer entydig og med klare grenser.»

Som nevnt ovenfor under punkt 8.2 gikk utvalget inn for å begrense opplysningsplikten for så vidt gjaldt «særlig personlige forhold». I forlengelsen av dette foreslår utvalget å endre vilkåret i § 13-2 annet ledd slik:

«Har forsikringstakeren eller den forsikrede ellers forsømt sin opplysningsplikt, og *dette ikke er unnskyldelig*, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort.»

10.3 Høringsinstansenes syn

Den Norske Aktuarforening kommenterer toårsfristen i forsikringsavtaleloven § 13-4 annet ledd slik:

«Aktuarforeningen vil påpeke det urimelige ved at forsikringsselskapet ved uføreytelser ikke kan påberope seg ansvarsfrihet i de tilfelle kunden klart har misligholdt sin opplysningsplikt. Dette forhold bør etter foreningens mening vurderes på nytt.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon er bekymret over konsekvensene av den forståelsen av toårsregelen i forsikringsavtaleloven § 13-4 annet ledd som ble lagt til grunn av Høyesterett i dommen inntatt i Retstidende 2000 side 59. Denne høringsinstansen uttaler:

«Det er i dag et betydelig problem at folk ikke tar opplysningsplikten ved tegning alvorlig nok. Dette kan i noen grad forbedres gjennom bedre rutiner ved tegning, enda bedre helseerklæringer og presis og god informasjon fra selgerne av viktigheten av at opplysningene er fullstendige og riktige. Imidlertid vil selv ikke disse tiltakene, forutsatt at rammebetingelsene

blir lagt til rette, medføre at folk unnlater å gi uriktige opplysninger. Hvor selskapet kan dokumentere at man ikke ville overtatt forsikringen ved korrekte opplysninger og forsikringssøkeren er å bebreide slik FAL § 13-2, 2. ledd skisserer, vil sanksjonssystemet være særdeles ineffektivt og lite oppdragende.

Uførekapital er en viktig og integrert del av folks forsikringsdekning både som individuell forsikring og som tilleggforsikring ved kollektiv forsikring. I den grad sanksjonssystemet ved grove brudd på opplysningsplikten blir begrenset til sviksinnsigelsen, vil premien for uførekapital øke så betydelig at produktet vil kunne forsvinne.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon foreslår følgende utforming av forsikringsavtaleloven § 13-4 annet ledd (vår kursivering):

«Ved livsforsikring kan selskapet påberope seg at opplysningsplikten er forsømt bare dersom *dødsfallet er inntruffet eller sammenhengende arbeidsuførhet er påbegynt, eller* selskapet har gitt varsel etter § 13-13 innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Denne begrensningen gjelder ikke dersom det har vært utvist svik.»

Finansnæringens Hovedorganisasjon gir også uttrykk for bekymring over praktiseringen av forsikringsavtaleloven § 13-4 annet ledd i kombinasjon med enkelte av utvalgets forslag til begrensninger i opplysningsplikten, samt forslaget om kontraheeringsplikt:

«Med de regler utvalget foreslår, og den norm som Høyesterett har lagt for påberopelse av uriktige helseopplysninger ved tegning, vil selskapene ikke ha mulighet til å gardere seg mot at forsikringssøkere skaffer seg forsikringer som de p.g.a. helsetilstanden på tegningstidspunktet, med meget stor sannsynlighet vet vil komme til utbetaling. Vi finner det meget betenkelig å lovfeste sterke begrensninger i selskapenes adgang til å foreta en ansvarlig risikovurdering uten at lovgiver også gjennomgår og vurderer konsekvensene av de foreslåtte endringer. Det gjelder i tillegg til det vi har fremholdt tidligere om konsekvenser for anti-seleksjon, markedsutvikling og mulig avvikling av enkelte produkter, samt konsekvensene for arbeidet med bekjempelse av forsikringsvindlerne som vi mener gis gode rammebetingelser med det foreslåtte regelverk.»

Vest-Agder fylkeskommune deler flertallets syn på at de foreslåtte begrensningene i opplysningsplikten ikke medfører et behov for å revurdere sanksjonssystemet.

Finansnæringens Hovedorganisasjon deler ikke utvalgets syn på behovet for å endre § 13-2 annet ledd.

10.4 Departementets vurdering

Departementet legger til grunn at en forsikringsavtale representerer et tillitsforhold mellom den enkelte forsikringstaker og selskapet. En forsikringstaker skal kunne innrette seg på at vedkommende har den økonomiske sikkerheten som forsikringsavtalen innebærer. Men det kan utfordre den alminnelige rettsfølelsen om en forsikringstaker som utviser grov uaktsomhet, skal kunne nyte den samme tryggheten på forsikringskollektivets bekostning.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en bestemmelse som svarer til den som ble foreslått i Ot.prp. nr. 52 (1995-96), jf. lovforslaget § 13-4 annet ledd nytt tredje punktum. Ingen høringsinstanser har tatt til orde mot en slik løsning. Siden forslaget ble satt frem forrige gang, har Høyesterett signalisert at toårsfristen ikke passer på uføredekning, jf. ovennevnte dom fra Høyesterett. Dessuten må denne innskjerpingen av forsikringstakerens ansvar for at opplysningene er korrekte, ses i lys av øvrige lovforslag som legges frem i denne proposisjonen. På flere punkter styrkes forsikringstakerens stilling. Blant annet foreslås det at forsikrings-selskapene ikke uten saklig grunn kan nekte en person forsikring på vanlige vilkår. Mot lovforslaget kan det fortsatt innvendes at det ikke tar høyde for det økonomiske behovet som forsikringstakeren og vedkommendes pårørende har ved ervervsuførhet. Samtidig er det ikke nødvendigvis rimelig at forsikringskollektivet skal bære den byrden når forsikringstakeren eller den forsikrede har utvist grov uaktsomhet. Det er i første rekke de offentlige ordningene som skal sikre den ønskede omfordelingen i samfunnet og den grunnleggende økonomiske tryggheten til dem som rammes av sykdom og uførhet. Dette er ikke forsikringens rolle, og bør heller ikke være det. Men den som det bare er lite å legge til last, vil fortsatt ha sitt krav i behold når toårsfristen er utløpt.

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

Regelen i forslaget §§ 3-10 og 12-12 med krav til at det må foreligge en særlig risiko for at risiko kan begrunne forsikringsnektelse, antas å være i samsvar med alminnelige god praksis i selskapene i dag. Forslaget antas derfor ikke å få vidtrekkende konsekvenser for forsikringsmarkedet. Man har imidlertid sett for mange eksempler på forsikringsnektelser som fremstår som usaklige. Regelen vil beskytte forsikringssøkerne mot utviklingen av en slik uheldig praksis i selskapene.

Kravet om at avslag på forsikring må ha en rimelig sammenheng med risikoen, antas å medføre at selskapene i visse tilfelle må gjøre grundigere undersøkelser enn i dag før forsikring nektes. Dette vil medføre visse administrative byrder for selskapene. Videre kan dette kravet medføre at noen flere forsikringssøkere får tilbud om forsikring.

Reglene om at forsikringsnektelse som skyldes andre særlige grunner enn risiko ikke må anses urimelig overfor den enkelte, kan medføre at selskapene må innskjerpe praksis noe når det gjelder å nekte nytegning av forsikring på grunn av forhold som knytter seg til tillitsforholdet mellom forsikringssøkeren og selskapet, slik at noen færre enn i dag vil bli nektet forsikring.

Også kravet om at selskapet skal gi en skriftlig begrunnelse for avslag på forsikring, vil kunne medføre at noen flere forsikringssøkere får tilbud om forsikring, fordi et slikt krav til begrunnelse kan bidra til å disiplinere selskapene. Kravet vil også medføre administrative byrder for selskapene.

Kravet til begrunnelse ved særlig høy premie vil også medføre administrative byrder for selskapene.

Det kan ikke utelukkes at den økte administrative byrden for selskapene generelt kan medføre noe økte premier. Departementet antar imidlertid at det ikke vil være tale om noen merkbar premieøkning.

Det forhold at noen flere vil få tilbud om forsikring enn i dag, kan medføre at selskapene vil dekke noen flere forsikringstilfeller. For forsikringsselskapet vil det ha økonomiske konsekvenser, men departementet antar at disse økonomiske conse-

kvensene vil være små sett i en større sammenheng. For de forsikringssøkerne dette gjelder, vil forsikringen her være av meget stor økonomisk betydning.

Det tas med forslaget ikke sikte på at lavrisikogrupper i merkbart større grad enn i dag må subsidiere høyrisikogrupper. Personer som i dag nektes ulike typer personforsikringer fordi de er i en helsemessig situasjon som medfører en særlig risiko for uførhet, tidlig død eller liknende, vil med forslaget ikke få noen utvidet rett til forsikring. Departementet legger derfor til grunn at forslaget ikke vil få utilsiktede virkninger i forsikringsmarkedet, i form av for eksempel en særlig premieøkning for lavrisikogruppene, segmentering av markedet, utvikling av nisjeselskaper, endringer i tilbudet av forsikringsprodukter og liknende.

Selskapenes premieberegninger, herunder den alminnelige premiedifferensieringen basert på risikovurderinger, berøres ikke av forslaget.

Det er sannsynlig at antallet saker for Forsikringsskadenemnda vil kunne øke som en følge av forslaget. Også dette kan medføre en viss administrativ byrde for forsikringsselskapene. På den annen side antas forslagene i høringsbrevet å medføre en klargjøring av rettstilstanden, som kan medføre at enkelte av de sakene som i dag bringes inn for nemnda, vil bortfalle.

I forbindelse med inngåelse av en forsikringsavtale foreslås det i proposisjonen her at selskapenes opplysningsplikt skal utvides noe, jf. lovforslaget § 13-1. Utarbeidelse av denne informasjonen antas å medføre noe merarbeid i forbindelse med at loven trer i kraft. På sikt er det imidlertid grunn til å regne med at selskapene vil oppfylle informasjonsplikten ved et fast informasjonsskriv slik informasjon i dag innhentes ved bruk av et egenerklæringsskjema. I det lange løp antas dermed de administrative og økonomiske kostnadene i denne forbindelse å bli relativt beskjedne.

Kravene til helsepersonellens informasjonsplikt i forbindelse med utstedelse av legeerklæringer mv. (helsepersonelloven § 15 nytt annet og tredje ledd) vil medføre noe merarbeid i de tilfellene der den kommer til anvendelse. Departementet mener imidlertid at slik forslagene er utformet, vil

bestemmelsene trolig gjelde i relativt få tilfeller. På sikt legges det derfor til grunn at merkostnadene for helsevesenet vil være små.

Forslaget om å utvide selskapets adgang til å påberope seg mangelfulle opplysninger (lovforslaget § 13-4 annet ledd nytt tredje punktum), medfører besparelser for forsikringsselskapet i de aktu-

elle sakene. Men antallet slike saker antas å være lite. Sett i forhold til selskapenes samlede premieutbetalinger over tid, antas dermed disse besparelsene å være beskjedne.

Forslagene vil ikke medføre noen økonomiske eller administrative konsekvenser for det offentlige.

12 Merknader til de enkelte bestemmelsene

12.1 Merknader til endringer i forsikringsavtaleloven

Til ny korttittel, forsikringsavtaleloven

Lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler har frem til nå manglet offisiell korttittel.

Til § 1-3 nytt tredje ledd

Se alminnelige merknader punkt 4.4.

Til § 2-1 nytt annet ledd

I § 2-1 foreslås regler om en særskilt begrunnelsesplikt der selskapet tilbyr forsikring til en særlig høy premie. Se alminnelige merknader kapittel 6. Reglene om begrunnelse her er utformet etter mønster av fjerde ledd i forslaget til §§ 3-10 og 12-12. Det vises derfor til merknadene til disse bestemmelsene.

Med «særlig høy premie» menes alle tilfelle der premien overstiger premien for den samme forsikringsytelsen til kunder i normalgruppen i pristariffen, jf. lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 12-1 tredje ledd og § 9-3 femte ledd. Forsikringsskadenemnda vil ikke overprøve selskapenes premieberegning, da dette hører under Kredittilsynet, jf. nærmere om dette i kapittel 7.

Til § 3-7

I § 3-7 forslås en konsekvensendring som følge av endringene i § 8-1.

Til § 3-10

I det følgende kommenteres §§ 3-10 om skadeforsikring og § 12-12 om personforsikring under ett.

Bestemmelsen gjelder bare ved nyttegning av forsikring, ikke ved fornyelse av et løpende forsikringsforhold.

Første ledd etablerer prinsippet om at forsikringsnektelse krever saklig grunn, det vil si en partiell kontraheringsplikt. Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse på områder der det i medhold av lov eller bestemmelser i lov gjelder en total

kontraheringsplikt, som ved den tvungne bilansvarsforsikringen, jf. punkt 4.2.1.

Bestemmelsen pålegger ikke selskapene å utarbeide et generelt forsikringstilbud til alle potensielle forsikringskunder, men regulerer bare forholdet til personer som henvender seg til selskapet med forespørsel om å få forsikring.

Med «vanlige vilkår» siktes til selskapets normale forsikringsvilkår for det aktuelle produktet, det vil si generelle kriterier, krav og retningslinjer som alle potensielle kunder blir møtt med. Videre vil vilkår som generelt er vanlige i forsikringsbransjen i forbindelse med det aktuelle forsikringsproduktet, anes som «vanlige vilkår». Typiske eksempler på dette kan være vanlige forbehold (for eksempel at tap av kontanter ikke dekkes i reiseforsikring), vanlige unntak (for eksempel at ulykkesforsikring vanligvis ikke dekker visse aktiviteter), sikkerhetsforskrifter (for eksempel at det kreves at båten registreres i Småbåtregisteret, eller at bygninger sikres på bestemte måter) og normale egenandeler. Det at § 3-10 ikke gjelder for vanlige vilkår, betyr likevel ikke at lovgivningen ikke stiller krav til slike vilkår. Alle forsikringsvilkår skal være «rimelige og betryggende», jf. lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 6-7.

Selskapenes alminnelige premiedifferensiering omfattes ikke av bestemmelsen. Dette reguleres av lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) § 9-3 femte ledd og § 12-1, hvor det blant annet fremgår at premiene skal stå i et rimelig forhold til den risiko som overtas, og i forhold til selskapets økonomi.

Dersom skaderisiko eller sannsynlig skadeomfang antas å være spesielt stort, vil «vanlige vilkår» kunne innebære en premie som langt overstiger hva øvrige forsikringskunder skal betale og hva forsikringssøkeren er villig til å betale. Kravet til saklig grunn vil imidlertid ikke kunne omgås ved at selskapet, i stedet for å nekte noen å tegne forsikring, tilbyr forsikring med en vesentlig forhøyd premie i strid med forsikringslovens regler om at premien må stå i et rimelig forhold til risikoen.

Om hva som omfattes av det «å nekte noen på vanlige vilkår en forsikring», vises ellers til alminnelige motiver punkt 4.3.3.

Presiseringen av at bestemmelsen bare gjelder forsikring som «selskapet ellers tilbyr allmennheten», innebærer at det ikke kreves at et selskap må tilby et forsikringsprodukt selskapet vanligvis ikke tilbyr. Et selskap som ikke tilbyr alminnelig boligforsikring, men er spesialisert innenfor for eksempel personforsikringer, skal fortsatt kunne la være å tilby boligforsikring. Et selskap som bare tilbyr forsikringer til næringsdrivende, vil ikke måtte begynne å tilby forsikringer også til privatkunder.

Dersom selskapet tilbyr forsikringer av en viss type bare til en bestemt krets, for eksempel bare til medlemmer av enkelte organisasjoner e.l., vil selskapene kunne fortsette med dette, da forsikringen her ikke tilbys allmennheten. Kollektive forsikringsordninger, jf. kapittel 19 i forsikringsavtaleloven, faller med dette utenfor bestemmelsens virkefelt.

I *annet ledd* reguleres nærmere hva som ligger i kravet til saklig grunn. Se nærmere om de vurderingene som ligger til grunn for forslaget her, alminnelige merknader punkt 4.5.

Annet ledd første punktum slår fast at forhold som medfører en særlig risiko, kan utgjøre saklig grunn. Regelen innebærer at selskapet må kunne dokumentere at det foreligger slike forhold. Selskapet kan ikke basere seg på en antakelse, men må kunne vise at det bygger på forsvarlige analyser (herunder statistikk).

I kravet til at det må dreie seg om en «særlig risiko», ligger for det første at helt alminnelige forhold som gjelder store grupper av befolkningen, for eksempel hvilken landsdel man er bosatt i, ikke kan utgjøre saklig grunn. For det andre ligger her et krav til hvor betydelig risikoen er. Med risiko menes i denne forbindelse både muligheten for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, og den økonomiske belastningen for selskapet om det skjer. I kravet til «særlig risiko» ligger at ikke enhver liten økning av risikoen i forhold til risikoen knyttet til normalgruppen i premietariffen, kan begrunne avslag. Det må en mer markert risikoøkning til. Det kan imidlertid vanskelig sies noe generelt her om hvor betydelig en risiko må være for å kunne begrunne avslag. Hva som nærmere vil være å anse som en særlig risiko, vil avhenge av flere faktorer. Risikoen for at et forsikringstilfelle inntreffer og de økonomiske konsekvensene for selskapet dersom dette skjer, må ses i sammenheng. Vurderingen kan derfor avhenge av hva slags forsikringsprodukt det er tale om, og hva som dekkes.

Det tas med forslaget ikke sikte på at selskapene må tilby forsikring til personer som i dag ikke får forsikring fordi risikoen anses å være vesentlig for høy. Se om dette alminnelige merknader punkt 4.5.3. Forslaget tar sikte på å opprettholde prinsippet i forsikring om at man må søke om forsikring *før* det oppstår forhold som innebærer en særlig risiko for omstendigheter som fører til utbetaling under den aktuelle forsikringen, og ikke *etter* at slike forhold er oppstått. Forhold som medfører en risiko for at det vil inntreffe et forsikringstilfelle under den aktuelle forsikringen, vil derfor kunne begrunne avslag. Personer med sykdommer, lidelser, syndromer e.l. som innebærer en risiko for uførhet, vil derfor med forslaget fortsatt kunne nektes uføredekning for denne særlige risikoen (med følgetilstander). Dette betyr for eksempel at forhold som Downs syndrom, som nevnes spesielt av en høringsinstans (*Nordland fylkeskommune*, jf. kapittel 4.2.3), vil kunne medføre avslag på uføredekning for særlig risiko som skyldes Downs.

Personer med særlige sykdommer, lidelser eller syndromer mv. kan derimot normalt ikke nektes ulykkesforsikring eller skadeforsikring på bakgrunn av den aktuelle tilstanden. Første punktum krever at det må være en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. I dette ligger for det første at en nektelse bare kan omfatte dekning for den særlige risikoen. En forsikringsnektelse kan derfor ikke være mer omfattende enn nødvendig. Dette innebærer at selskapene, der en bestemt risiko anses å være for høy, må vurdere om det er mulig å avgrense mot den særlige risikoen gjennom mer begrensede tiltak enn en total forsikringsnektelse, typisk gjennom begrensninger i dekningsfeltet.

Kravet til sammenheng mellom risikoøkningen og avslaget innebærer videre at generelle statistikker som selskapene legger til grunn, må ha en tilstrekkelig nær sammenheng med situasjonen i den konkrete saken. Om en person har eller har hatt en bestemt sykdom eller lidelse eller liknende, vil en statistikk om helserisiko som er knyttet til denne bestemte sykdommen eller lidelsen, kunne anses å stå i rimelig sammenheng med helserisikoen knyttet til den personen. Forutsetningen er at det er tale om en lidelse/sykdom som er av en slik karakter, og videre at grunnlaget for statistikken også er slik, at det kan legges til grunn at statistikken er relevant i det enkelte tilfellet. Bestemmelsen er ikke ment å pålegge selskapene å vurdere den konkrete helserisikoen i alle tilfelle. Når statistikken derimot ikke knytter seg direkte til den aktuelle risikofaktoren, men er mer å anse som en indikasjon på at det kan foreligge en risikofaktor,

kan det i visse tilfelle være grunn til spørre om det er rimelig at selskapet skal kunne avslå forsikring på bakgrunn av slik statistikk. Et eksempel kan være opplysninger om at forsikringssøkeren har vært i kontakt med psykolog eller annen behandling eller utredning, for eksempel ved pedagogisk-psykologisk tjeneste i kommunene. Her bør det ikke være tilstrekkelig med generell statistikk om helserisiko knyttet til at man har vært til slik behandling, men i tilfelle bør det gjøres en vurdering av hva som foranlediget behandlingen. Hva som nærmere bør kreves her, vil Forsikringsskadenemnda kunne vurdere på prinsipielt grunnlag. Departementet finner grunn til å presisere at kravet til rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og nektelsen ikke dreier seg om rimelighet i forhold til den enkelte forsikringssøkerens behov for å få forsikring. Det er ikke relevant i vurderingen. Om selskapene skulle vurdere dette, måtte de ta stilling til forsikringssøkerens individuelle behov for å få tilbud om forsikring. Med dette ville selskapene innta en rolle det er lite naturlig for dem å ha.

Kravet til rimelig sammenheng innebærer også et kvalitetskrav når det gjelder bruken av statistikk, se om dette punkt 4.5.3 i alminnelige merknader.

Annet ledd annet punktum gjelder andre særlige forhold som medfører at avslaget ikke kan regnes som urimelig overfor den enkelte. Det vil være selskapet som i en eventuell tvist må sannsynliggjøre at avslaget ikke er urimelig. Her omfattes blant annet forhold som er av betydning for tillitsforholdet mellom forsikringssøkeren og selskapet, for eksempel tidligere skadehistorikk eller mistanke om forsikringssvindel. Forslaget §§ 3-10 og 12-12 gjelder ikke ved fornyelse av forsikring. Her er sikrede beskyttet mot usaklige forsikringsnektelser gjennom reglene i §§ 3-5 og 12-9. Tilsvarende prinsipper som etter §§ 3-5 og 12-12 vil imidlertid gjelde ved anvendelsen av §§ 3-10 og 12-12 i saker der sikrede kommer tilbake til selskapet etter at forsikringen er opphørt, slik at man er utenfor anvendelsesområdet for §§ 3-5 og 12-12. Departementet viser her særlig til at forhold som etter selskapets syn kan indikere at vedkommende forsikringstaker generelt er noe mindre forsiktig av seg enn gjennomsnittet, normalt ikke bør kunne begrunne en forsikringsnektelse, jf. om dette foran i punkt 4.2.1. At vedkommende tidligere har vært en dårlig betaler overfor selskapet, skal ikke ha noen innvirkning på selskapets vurdering av skaderisikoen. Heller ikke muligheten for fremtidig betalingsmislighold bør kunne begrunne forsikringsnektelse. Selskapet kan eventuelt beskytte

seg mot et mulig betalingsmislighold gjennom å operere med en kontantklausul, slik Forsikringsklagekontoret har påpekt, jf. punkt 4.5.2 foran. I tilfelle der tidligere misligholdte premier fortsatt er utestående, synes det derimot ikke urimelig at selskapet nekter vedkommende ytterligere forsikring før utestående premier er betalt.

Andre eksempler på forhold som annet ledd annet punktum tar sikte på å regulere, er at forsikringssøkeren ikke vil eller kan gi selskapet de opplysningene det trenger for å kunne vurdere risikoen. For at forsikringsselskapene skal kunne foreta en risikovurdering, er det ofte nødvendig at kundene oppfyller sin opplysningsplikt. Forsikringsselskapenes plikt til å tilby forsikring må derfor ses i sammenheng med plikten for den som etterspør forsikring til å gi opplysninger om risikoen, jf. forsikringsavtaleloven kapittel 4 og kapittel 13. Om kunden ikke selv bidrar til sakens opplysning på denne måten, kan det i seg selv være et slikt særlig forhold som etter annet ledd annet punktum kan begrunne nektelse av å tilby forsikring. Videre kan spesielle forhold som vanskeliggjør kontroll, for eksempel manglende tilknytning til Norge, kunne tenkes å være avslagsgrunn der dette er relevant (og det ikke praktiseres på en måte som er i strid med antidiskrimineringslovgivningen, jf. punkt 4.6.1.2 foran). For ordens skyld presiseres at eksemplene her ikke er ment å være uttømmende.

Tredje ledd omhandler forholdet til annen lovgivning som oppstiller begrensninger for hva slags forhold selskapene kan legge vekt på i risikovurderinger i forsikring. *Første punktum* om «forhold som det etter lovgivningen ellers er forbudt å legge vekt på ved risikovurderinger i forsikring» sikter især til personvernlovgivningen og diskrimineringslovgivningen, se nærmere om dette alminnelige merknader punkt 4.6.1.1 og 4.6.1.2. Når det gjelder forholdet til diskrimineringslovgivningen, minner departementet om at prisdifferensiering mellom ulike grupper basert på risiko i utgangspunktet faller utenfor anvendelsesområdet for de reglene som foreslås i § 3-10, jf. alminnelige merknader punkt 4.3. Dersom det forekommer prisdifferensiering mellom ulike grupper i strid med for eksempel diskrimineringslovgivningen, vil dette høre inn under Likestillings- og diskrimineringsombudet og Likestillings- og diskrimineringsnemnda. *Tredje ledd annet punktum* om «opplysninger som selskapet etter bestemmelse i eller i medhold av lov er avskåret fra å kreve» er basert på forslaget til § 13-1 j annet ledd i NOU 2000: 23 og tar særlig sikte på visse helseopplysninger. Hvilke helseopplysninger dette gjelder, er behandlet foran i

de alminnelige merknader punkt 4.6.1.3 og punkt 8.4.

Fjerde ledd første punktum krever at forsikrings søkeren skal underrettes om avslaget og om begrunnelsen for dette uten ugrunnet opphold. Se nærmere om kravet til begrunnelse alminnelige merknader kapittel 5.

Underretning med begrunnelse skal gis skriftlig, også ved muntlige henvendelser, jf. *fjerde ledd annet punktum*. I visse tilfelle kan det ved en muntlig henvendelse være usikkert for selskapets kundebehandler om vedkommende kunde faktisk søker om forsikring, eller om kunden bare gjør mer generelle undersøkelser i markedet. Dersom kundebehandleren er i tvil om dette, bør man enkelt kunne skaffe denne tvilen av veien gjennom å spørre kunden. Videre kan det ved telefonisk henvendelse til selskapet skje at kunden legger på, uten at kundebehandleren har fått notert ned korrekt navn og adresse. I slike tilfelle vil selskapet ikke ha mulighet til å oppfylle kravet til skriftlig underretning med begrunnelse. Det er imidlertid ikke knyttet bestemte sanksjoner til manglende begrunnelse.

Etter forsikringsavtaleloven § 20-3 oppfylles skriftlighetskravet ved bruk av elektronisk kommunikasjon bare dersom den som skal motta dokumentet, uttrykkelig har godtatt dette.

Fjerde ledd tredje punktum omhandler det nærmere innholdet i begrunnelsen. Begrunnelsen skal angi «hvilke forhold som ligger til grunn for avslaget, herunder de individuelle risikovurderingene som eventuelt er foretatt». Hvilke krav som nærmere skal stilles til innholdet i begrunnelsen, må ses i sammenheng med de kravene som stilles til risikovurderingene. Kravene i annet ledd tillater i utgangspunktet at selskapet baserer avslaget på generell statistikk. Der dette er tilstrekkelig etter annet ledd, må begrunnelsen vise til den aktuelle statistikken og opplyse hvilke karakteristika ved forsikringssøkeren som medfører at vedkommende antas å høre til en særlig risikogruppe. Om annet ledd krever at det også legges vekt på mer individuelle vurderinger, skal det også opplyses om slike individuelle vurderinger er gjort, og om hva som ligger til grunn for selskapets konklusjoner. Det vil ikke være tilstrekkelig begrunnelse at selskapet bare viser til de generelle «Retningslinjer for helsebedømmelse» som er utarbeidet av Nevnden for helsebedømmelse. Her må det nærmere innholdet i de aktuelle retningslinjene, for så vidt de er relevante i saken, opplyses. Det kreves derimot ikke at den nærmere bakgrunnen for innholdet i slike retningslinjer opplyses, for eksempel hvilken forskning Nevnden for helsebedømmelse

har lagt til grunn ved utarbeidelsen av «Retningslinjer for helsebedømmelse».

Etter *fjerde ledd fjerde punktum* skal det opplyses om eventuell praksis i selskapet, bransjenormer eller forskrift som innebærer at kunden etter en viss tid eller etter endrede forhold vil kunne søke den aktuelle forsikringen uten å få et tilsvarende avslag. Med dette tenkes særlig på regelen som foreslås i § 13-1 b, om at selskapet ikke kan legge vekt på helseopplysninger som ligger mer enn ti år tilbake i tid. Videre tenkes på selskapenes praksis med å operere med en kortere karenstid enn dette i visse sammenhenger, for eksempel etter visse sykdommer. Det kan også tenkes at de forhold som ligger til grunn for forsikringsnektelsen, kan bortfalle av andre grunner enn at det går en viss tid. Der dette kan være aktuelt, skal selskapet opplyse om at vedkommende kan søke den aktuelle forsikringen på ny, dersom den konkrete omstendigheten endrer seg.

Etter *femte ledd* skal underretningen om avslag også inneholde opplysninger om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd, jf. § 20-1. Nemndbehandling av saker om forsikringsnektelse er drøftet nærmere i alminnelige merknader kapittel 7.

Sjette ledd oppstiller en tidsfrist for at forsikringssøkeren kan påberope seg at det foreligger en forsikringsnektelse i strid med bestemmelsen. Se alminnelige merknader punkt 7.4.

Til § 4-1

Ved tegning av skadeforsikring er det normalt andre opplysninger enn helseopplysninger som etterspørres. Det kan likevel ikke utelukkes at det for visse typer avtaler også spørres etter helseopplysninger. I så fall skal de samme begrensningene for rett til helseopplysninger gjelde som etter kapittel 13. Det vises til nærmere omtale nedenfor av de bestemmelsene i kapittel 13 som det henvises til.

Til § 8-1

Annet ledd første punktum begrenser selskapets rett til å be om samtykke. Selskapet kan bare be om samtykke til å innhente de opplysningene det trenger i saken på det tidspunktet henvendelsen rettes til sikrede. Selskapet kan altså ikke be om en generell fullmakt til å be om all informasjon som det kan ha behov på et senere tidspunkt.

I annet ledd annet punktum gis forståelsen av samtykke i personregisterloven tilsvarende anvendelse i forholdet mellom forsikringsselskapet og forsikringstakeren. Det vises til nærmere omtale ovenfor under punkt 9.2.4.

Tredje ledd skal gi sikrede rett til den informasjonen selskapet har om saken. Således representerer bestemmelsen et motstykke til selskapets rett til informasjon fra sikrede som nevnt i første ledd. Innsynsretten gjelder de opplysninger om saken som selskapet sitter på, samt medisinske vurderinger som er utarbeidet eller innhentet. Selskapets interne vurderinger i saken faller imidlertid utenfor.

Fra informasjonsplikten gjelder et unntak der utgivelse av opplysninger ville vanskeliggjøre forfølgning m.v. av straffbare handlinger. Bestemmelsen er skåret over samme lest som personopplysningsloven § 23 første ledd bokstav b og skal forstås på samme vis.

Det vises til nærmere omtale i alminnelige merknader punkt 9.2.4.

Til § 11-1 nytt tredje ledd

Bestemmelsen tilsvare forslaget til et nytt annet ledd i § 2-1. Se merknadene til den bestemmelsen.

Til § 12-4

Henvisningen endres til § 18-1 femte ledd, som følge av at tredje ledd blir nytt femte ledd.

Til § 12-12

Bestemmelsen tilsvare § 3-10. Se merknadene til den bestemmelsen.

Til § 13-1

Med bestemmelsen tas det sikte på å tydeliggjøre selskapets informasjonsplikt overfor forsikringssøkeren. Dette vil blant annet innebære at selskapet skal informere forsikringstakeren og den sikrede om tidsgrensen for helseopplysninger som foreslås i ny § 13-1 b.

Det vises til nærmere omtale ovenfor under punkt 8.3.

Til § 13-1 a

Denne bestemmelsen er i hovedtrekk en videreføring av gjeldende § 13-1. I forslaget kommer det imidlertid tydeligere frem at det er selskapet som skal ta initiativet til å innhente informasjon fra forsikringstakeren og den sikrede.

Første ledd viderefører gjeldende § 13-1 første punktum om at selskapet kan be om opplysninger av betydning for risikovurderingen. Den bestemmelsen omtales nærmere ovenfor under punkt 8.4.

Endringene i *annet ledd første punktum* skal tydeliggjøre at opplysningsplikten i første rekke dreier seg om plikten til å svare på selskapets

spørsmål. I dag skjer dette ved utfylling av en egen erklæring.

Videre innebærer endringene i *tredje punktum* en klargjøring av at plikten til å gi opplysninger av eget tiltak, bare gjelder dersom selskapet uttrykkelig oppfordrer til det. Er slik oppfordring ikke gitt, er således opplysningsplikten begrenset til å svare på de spørsmålene som stilles.

Det vises til nærmere omtale av bestemmelsene i annet ledd ovenfor under punkt 8.3.

Til § 13-1 b

Bestemmelsen setter en ytre tidsmessig ramme for hvor gamle opplysninger selskapet kan be om. Samtidig må bestemmelsen leses i sammenheng med den saklige begrensningen i lovforslaget § 13-1 a første ledd. Selv om en opplysning har betydning for risikovurderingen etter § 13-1 a første ledd, vil selskapet likevel være forhindret fra å innhente slik informasjon dersom den ligger lenger tilbake i tid enn ti år. Og motsatt vil ikke selskapet kunne spørre om alle opplysninger som skriver seg fra de siste ti årene – det må være adgang til å spørre etter disse opplysningene etter lovforslaget § 13-1 a.

Det vises til nærmere omtale ovenfor under punkt 8.10.

Til § 13-1 c

Bestemmelsen inneholder et materielt rettslig forbud mot å bruke helseopplysninger som er samlet inn eller unnlatt slettet i strid med annen lovgivning, i et forsikringsforhold. Om et forsikrings-selskap for eksempel får tilgang på opplysninger i strid med helsepersonelloven, skal disse opplysningene heller ikke kunne brukes i et forsikringsforhold. Bestemmelsen vil også innebære et bevisføringsforbud i en rettsak.

Bruk av ulovlig tilegnede helseopplysninger som begrunnelse for et avslag på søknad om forsikring er særskilt regulert i §§ 3-10 og 12-10 begges tredje ledd annet punktum som skal legges til grunn i slike tilfeller. Lovforslaget § 13-1 c vil imidlertid få selvstendig betydning i for eksempel en oppgjørssituasjon.

Det vises til nærmere omtale ovenfor under punkt 9.1.

Til § 13-2

Henvisningen i *første ledd* endres til § 13-1 a som følge av at § 13-1 blir ny § 13-1 a.

Til § 13-4

Bestemmelsen innebærer at det ikke kan påberopes at toårsfristen er ute for selskapets rett til å påberope at opplysningsplikten er forsømt, dersom det har vært utvist grov uaktsomhet i forbindelse med en uføredekning. Forhold som det bare er lite å legge vedkommende til last, kan derimot ikke påberopes etter at denne fristen er utløpt.

Til § 18-1

Annet og tredje ledd tilsvarer den foreslåtte endringen i § 8-1 annet og tredje ledd. Det vises til merknadene til denne bestemmelsen og til punkt 9.2.4.

12.2 Merknader til endringer i andre lover

Til helsepersonelloven § 15

Annet ledd er en ordensbestemmelse som maner til varsomhet hos helsepersonell, typisk leger og sykepleiere. Den kan i så måte betraktes som en presisering av varsomhetskravet i § 15 første ledd første punktum. Bestemmelsen gjelder bare ved utforming av attest, legeerklæring o.l. til et forsikringsselskap. Det sentrale vilkåret for å utløse informasjonsplikten er at forholdet er spesielt sensitivt, altså mer enn normalt sensitivt. Hva slags opplysninger som er av en slik karakter, vil variere fra person til person. Det avgjørende vil være den enkelte pasients subjektive oppfatning av sine helseopplysninger. Helsepersonellens inntrykk av pasientens syn på det aktuelle forholdet vil stå sentralt. Hensynet til pasienten tilsier at man i tvilstilfeller bør ta et forhold opp med pasienten. Det vises til nærmere omtale av denne bestemmelsen ovenfor under punkt 8.6.

Tredje ledd gjelder helsepersonells plikt til å informere pasienten og følgelig også pasientens rett til informasjon. Hensikten er å forhindre at en forsikringssøker først blir kjent med mistanke om en alvorlig sykdom fra sitt forsikringsselskap og ikke fra det helsepersonellet vedkommende har

vært pasient hos, typisk en lege. Ikke enhver opplysning som formidles til et forsikringsselskap vil utløse informasjonsplikten. Det kreves at forsikringsselskapet kan oppfatte informasjonen som en indikasjon på en alvorlig sykdom. Dessuten må det være grunn til å anta at pasienten ikke allerede er kjent med denne mistanken. Også her bør hensynet til pasienten tilsie at man i tvilstilfeller tar opp det aktuelle forholdet med pasienten. Det gjelder for eksempel om man er i tvil om hvorvidt sykdommen er tilstrekkelig alvorlig eller hvorvidt pasienten kjenner til dette allerede. For øvrig gjelder reglene i pasientrettighetsloven kapittel 3 om pasientens rett til informasjon. Det vises til nærmere omtale av denne bestemmelsen ovenfor under punkt 8.5.

Etter tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet, la Regjeringen 21. desember 2007 frem Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og helseregisterloven (krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l., administrative reaksjoner og forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger). Der er det blant annet foreslått å endre helsepersonelloven § 15. Siktemålet er å bidra til å sikre god kvalitet og høy legitimitet på attester og erklæringer som helsepersonell utsteder. Ot.prp. nr. 25 (2007-2008) er for tiden til behandling i Stortinget. (I forslaget der erstattes begrepet «legeerklæring» i § 15 første ledd med ordet «erklæring». Siden den lovendringen ikke er vedtatt når proposisjonen her fremlegges, bruker lovforlaget her likevel ordet «legeerklæring».)

Til helsepersonelloven § 22

Lovforslaget begrenser adgangen til å gi ut taushetsbelagte helseopplysninger selv om pasienten i utgangspunktet samtykker til slik utlevering. De opplysninger som ikke kan gis ut til en pasient etter pasientrettighetsloven § 5-1 annet ledd, skal følgelig heller ikke kunne gis ut til et forsikringsselskap.

Det vises til nærmere omtale av denne bestemmelsen foran under punkt 8.5.

Justis- og politidepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler m.m.

Vi HARALD, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler m.m. i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag til lov om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler m.m.

I

I lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler gjøres følgende endringer:

Tittelen på loven skal lyde:

 Lov om forsikringsavtaler (*forsikringsavtaleloven*)

§ 1-3 nytt tredje ledd skal lyde:

For forsikringssøkere som er omfattet av annet ledd, gjelder ikke bestemmelsene i § 3-10.

§ 2-1 nytt annet ledd skal lyde:

Om selskapet tilbyr en forsikringstaker forsikring bare til en særlig høy premie, skal forsikringstakeren underrettes skriftlig om hvilke forhold som ligger til grunn for dette, og om de individuelle risikovurderingene som eventuelt er foretatt. Det skal også redegjøres for eventuell praksis i selskapet, bransjenormer, lov eller forskrift, som innebærer at kunden etter en

viss tid eller etter endrede forhold vil kunne søke den aktuelle forsikringen til en lavere premie.

Nåværende annet og tredje ledd blir tredje og fjerde ledd.

§ 3-7 første ledd første punktum skal lyde:

 Selskapet kan si opp en løpende forsikring i samsvar med reglene i §§ 4-3 og 8-1 femte ledd.

Ny § 3-10 skal lyde:

§ 3-10 (avslag på forsikring)

Selskapet kan ikke uten saklig grunn nekte noen på vanlige vilkår en forsikring som selskapet ellers tilbyr allmennheten.

Forhold som medfører en særlig risiko, skal regnes som saklig grunn, forutsatt at det er en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. Andre særlige forhold utgjør saklig grunn når de medfører at avslaget ikke kan regnes som urimelig overfor den enkelte.

Forhold som det etter bestemmelse i eller i medhold av lov er forbudt å legge vekt på ved risikovurderinger i forsikring, kan ikke utgjøre saklig grunn. Det samme gjelder opplysninger som selskapet etter bestemmelse i eller i medhold av lov er avskåret fra å kreve fra forsikringstakeren eller den sikrede.

Forsikringssøkeren skal uten ugrunnet opphold underrettes skriftlig om avslaget og om begrunnelsen for det. Dette gjelder også ved muntlige henvendelser til selskapet. Begrunnelsen skal angi hvilke forhold som ligger til grunn for avslaget, herunder de individuelle risikovurderingene som eventuelt er foretatt. Det skal også redegjøres for eventuell praksis i selskapet, bransjenormer, lov eller forskrift, som innebærer at forsikringssøkeren etter en viss tid eller etter endrede forhold vil kunne søke den aktuelle forsikringen uten å få et tilsvarende avslag.

Underretningen om avslag skal inneholde opplysninger om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd, jf. § 20-1, samt opplysning om tidsfristen i sjette ledd.

En forsikringssøker som vil påberøpe seg at det foreligger en ulovlig forsikringsnektelse, må gi selskapet skriftlig melding om dette eller bringe saken inn for en klagenemnd som nevnt i femte ledd innen seks måneder etter at forsikringssøkeren mottok skriftlig underretning om avslaget.

§ 4-1 første ledd nytt fjerde punktum skal lyde:

Ved innhenting av helseopplysninger gjelder § 13-1, § 13-1 a, § 13-1 b og § 13-1 c tilsvarende.

§ 8-1 nytt annet og tredje ledd skal lyde:

Dersom selskapet ber om samtykke til innhenting av taushetsbelagte opplysninger fra en tredjeperson, skal samtykket begrenses til det som trengs på hvert trinn i saken. Samtykket skal oppfylle kravene i personopplysningsloven § 2 nr. 7.

Selskapet skal på forespørsel gi den som fremmer krav, innsyn i opplysninger om saken og medisinske vurderinger det har utarbeidet eller innhentet i saken, med mindre det er påkrevd å hemmeligholde opplysningene eller vurderingene av hensyn til forebygging, etterforskning, avsløring og rettslig forfølgning av straffbare handlinger.

Nåværende annet og tredje ledd blir nye fjerde og femte ledd.

§ 11-1 nytt tredje ledd skal lyde:

Om selskapet tilbyr en forsikringstaker forsikring bare til en særlig høy premie, skal forsikringstakeren underrettes skriftlig om hvilke forhold som ligger til grunn for dette, og om de individuelle risikovurderin-

gene som eventuelt er foretatt. Det skal også redegjøres for eventuell praksis i selskapet, bransjenormer, lov eller forskrift, som innebærer at kunden etter en viss tid eller etter endrede forhold vil kunne søke den aktuelle forsikringen til en lavere premie.

Nåværende tredje og fjerde ledd blir fjerde og femte ledd.

12-4 annet ledd første punktum skal lyde:

Ved ulykkes- og sykeforsikring kan selskapet si opp en løpende forsikring i samsvar med reglene i §§ 13-3 og 18-1 femte ledd.

Ny § 12-12 skal lyde:

§ 12-12 (avslag på forsikring)

Selskapet kan ikke uten saklig grunn nekte noen på vanlige vilkår en forsikring som selskapet ellers tilbyr allmennheten.

Forhold som medfører en særlig risiko, skal regnes som saklig grunn, forutsatt at det er en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. Andre særlige forhold utgjør saklig grunn når de medfører at avslaget ikke kan regnes som urimelig overfor den enkelte.

Forhold som det etter bestemmelse i eller i medhold av lov er forbudt å legge vekt på ved risikovurderinger i forsikring, kan ikke utgjøre saklig grunn. Det samme gjelder opplysninger som selskapet etter bestemmelse i eller i medhold av lov er avskåret fra å kreve fra forsikringstakeren eller den sikrede.

Forsikringssøkeren skal uten ugrunnet opphold underrettes skriftlig om avslaget og om begrunnelsen for det. Dette gjelder også ved muntlige henvendelser til selskapet. Begrunnelsen skal angi hvilke forhold som ligger til grunn for avslaget, herunder de individuelle risikovurderingene som eventuelt er foretatt. Det skal også redegjøres for eventuell praksis i selskapet, bransjenormer, lov eller forskrift, som innebærer at forsikringssøkeren etter en viss tid eller etter endrede forhold vil kunne søke den aktuelle forsikringen uten å få et tilsvarende avslag.

Underretningen om avslag skal inneholde opplysninger om reglene for å bringe tvister om forsikringsavtalen inn for en klagenemnd, jf. § 20-1, samt opplysning om tidsfristen i sjette ledd.

En forsikringssøker som vil påberøpe seg at det foreligger en ulovlig forsikringsnektelse, må gi selskapet skriftlig melding om dette eller bringe saken inn for en klagenemnd som nevnt i femte ledd innen seks måneder etter at forsikringssøkeren mottok skriftlig underretning om avslaget.

§ 13-1 skal lyde:

§ 13-1 (selskapets informasjonsplikt)

Selskapet skal informere om opplysningsplikten som følger av reglene i dette kapitlet. Selskapets skriftlige spørsmål skal vedlegges en kort og lettfattelig forklaring av hvorfor selskapet mener spørsmålene har betydning for risikovurderingen, og hvilken betydning svarene kan ha.

Nåværende § 13-1 blir ny § 13-1 a og skal lyde:

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

Selskapet kan be om opplysninger som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen.

Så lenge selskapet ikke har påtatt seg å dekke forsikringen, skal forsikringstakeren og den forsikrede svare på de spørsmålene som selskapet stiller for å kunne vurdere risikoen. Forsikringstakeren og den forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål. På oppfordring fra selskapet skal forsikringstakeren og den forsikrede gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen.

Ny § 13-1 b skal lyde:

§ 13-1 b (tidsgrense for helseopplysninger)

Selskapet kan ikke be om helseopplysninger som ligger mer enn ti år tilbake i tid.

Ny § 13-1 c skal lyde:

§13-1 c (opplysninger som ikke kan brukes)

Helseopplysninger som er innsamlet eller unnlatt slettet i strid med lov, kan ikke påberopes av selskapet.

§ 13-2 første ledd skal lyde:

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

§ 13-4 annet ledd nytt tredje punktum skal lyde:

Ved uføredekning gjelder begrensningen heller ikke der forsikringstakeren eller den forsikrede grovt uaktsomt har forsømt opplysningsplikten.

§ 18-1 nytt annet og tredje ledd skal lyde:

Dersom selskapet ber om samtykke til innhenting av taushetsbelagte opplysninger fra en tredjeperson, skal samtykket begrenses til det som trengs på hvert trinn i saken. Samtykket skal oppfylle kravene i personopplysningsloven § 2 nr.7.

Selskapet skal på forespørsel gi den som fremmer krav, innsyn i opplysninger om saken og medisinske vurderinger det har utarbeidet eller innhentet i saken, med mindre det er påkrevd å hemmeligholde opplysningene eller vurderingene av hensyn til forebygging, etterforskning, avsløring og rettslig forfølgning av straffbare handlinger.

Nåværende annet og tredje ledd blir nye fjerde og femte ledd.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) gjøres følgende endringer:

§ 15 nytt annet og tredje ledd skal lyde:

Når helsepersonell forstår at det kan ha særlig betydning hvordan spesielt sensitive faktiske forhold beskrives i en attest, legeerklæring o.l. til et forsikringsselskap, skal han eller hun ta dette opp med pasienten.

Når det skal utleveres helseopplysninger til et forsikringsselskap, og selskapet kan forstå disse opplysningene som uttrykk for en alvorlig sykdom, skal pasienten orienteres om dette først, dersom det må antas at han eller hun er ukjent med forholdet.

§ 22 første ledd nytt annet punktum skal lyde:

Et forsikringsselskap kan likevel ikke få adgang eller kjennskap til opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter pasientrettighetsloven § 5-1 annet ledd.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. De enkelte bestemmelsene i loven kan settes i kraft til ulik tid.

Vedlegg 1**Brev fra Kredittilsynet til Finansdepartementet,
datert 5. november 2007**

Redegjørelse om forsikringsselskaperes praksis med utarbeidelse av helseopplysninger som kan føre til avslag på forsikringssøknad

Kredittilsynet viser til departementets brev av 21. september 2007.

Kredittilsynet sendte vedlagte forespørsel til noen utvalgte skadeforsikringsselskaper og livsforsikringsselskaper. Følgende selskaper mottok og besvarte forespørselen: Terra Skadeforsikring, Nemi Forsikring, Sparebank 1 Skadeforsikring, Sparebank 1 Livsforsikring, Enter Forsikring, Storebrand Skadeforsikring, Storebrand Livsforsikring, Gjensidige Forsikring, Vital Forsikring, Tryg-Vesta Forsikring og If Skadeforsikring. Nedenfor følger Kredittilsynets redegjørelse om forsikringsselskaperes praksis basert på de innkomne svarene.

Selskaperes praksis knyttet til tingforsikringer

I følge en ny bransjenorm fra FNH, Bransjenorm for tegning av basale forsikringsprodukter i privatmarkedet, kan et forsikringsselskap fra 1. juni 2007 som hovedregel ikke lenger avslå å tegne forsikring uten at det foreligger saklig grunn for det. Normen skal sikre privatpersoner et nødvendig forsikringstilbud på områder av grunnleggende sosial betydning for folk flest. Normen omfatter hjemforsikring, villaforsikring, bilforsikring (ansvar- og delkasko), ulykkesforsikring og reiseforsikring.

Med normen settes det klare begrensninger i selskapets rett til å nekte å tegne forsikring. Den begrenser forsikringsselskaperes adgang til å nekte å gi forsikringsdekning på høy skaderisiko, og lister opp kriterier knyttet enten til den/det forsikrede interesse/objekt eller til forhold ved forsikringssøkeren selv, som anses som saklig grunn til å nekte å tegne forsikring. Risikoeksponering tilpasses ved å kreve premiejustering, dekningsbegrensning, forhøyet egenandel eller ved at det stilles krav om skadeforebyggende tiltak. De pålagte tiltak skal stå i forhold til den risiko som ønskes forsikret. Premien kan ikke brukes som et skjult avslag. Selskaperne som så langt har sluttet

seg til normen, representerer over 90 prosent av markedet.

Bransjenormen sier eksplisitt at nye kunder ikke kan avvises på det grunnlag at de vurderes som en kredittrisiko. I slike tilfeller kan selskapet kreve forskuddsbetaling. I de tilfeller forsikringssøkeren fra tidligere har forfalt gjeld til forsikringsselskapet, kan det nekte å tegne forsikring inntil vedkommende har gjort opp for seg.

Det er ulik praksis blant forsikringsselskaperne om privatpersoner og enkeltmannsbedrifter ved søknad om forsikring blir kredittvurdert eller ikke. En kredittvurdering kan medføre at det blir stilt krav om forskuddsbetaling og krav om at forsikringssøkeren gjør opp for seg, men ingen forsikringsselskaper oppgir å benytte kredittvurdering til forsikringsnekt.

Selskaperes praksis knyttet til personforsikringer

Ved søknad om individuell personforsikring krever forsikringsselskaperne egenerklæring om helse. Det kan også være et egenerklæringskrav om helse for ansatte i bedrifter med personalforsikringsavtale.

Dersom forsikringssøkerens svar i egenerklæringen gir grunn til det, og ved høye forsikringssummer, innhentes det også informasjon fra lege. I et lite antall saker med svært høy forsikringssum trenger forsikringsselskaperne en legeundersøkelse av forsikringssøkeren. Ingen helseopplysninger blir innhentet uten fullmakt fra forsikringssøkeren. Forsikringsselskaperne kan si nei til å tilby forsikringssummen som ikke er i forhold til forsikringssøkerens inntekt eller andre finansielle forhold.

Helsebedømmelsen i forsikringsselskaperne skjer i samsvar med felles medisinske retningslinjer som er utarbeidet av Nemnden for helsebedømmelse (NHB), og den benyttes som et rådgivende organ av selskaper som er medlem av FNH. NHB

består av leger og andre sakkyndige fra medlems-selskaper samt en representant fra legeföreningen. Nemnden er opprettet for å etablere et system for best mulig faglig vurdering av døds- og uførisiko knyttet til sykdommer, lidelser og lyter. Nemnden blir også rådført ved vanskelige enkeltsøknader og erstatningssaker.

Resultatet av forsikringsselskapets helsebe-dømmelse vil kunne være et tilbud om forsikring, avslag på forsikringssøknaden eller forsikring på bestemte vilkår. For livsforsikring forekommer vil-kår som tilleggspremie(død og uførhet) og reser-vasjoner (uførhet) forholdsvis hyppig, mens avslag på dødsrisikodekning skjer i liten grad. Med «reservasjon» menes at en forsikringssøker kan få en forsikringsdekning med unntak for en gitt syk-dom eller lidelse. Eksempler på reservasjoner kan være «reservasjon for rygglidelser» og «reserva-sjon for psoriasis med følgetilstander».

Alle forsikringssøkere som har fått avslag på sin søknad om forsikring eller har fått tilbud om forsikring mot tilleggspremie eller reservasjon, kan på forespørsel til forsikringsselskapet få begrunnelse for vedtaket og rett til innsyn i de aktuelle delene av Nemndens retningslinjer. Ifølge If skadeforsikring er de nordiske retningslinjer basert på samme medisinske kunnskapsgrunnlag og avviker i liten grad fra Nemndens retningslinjer.

Noen eksempler på vurdering av dødsrisikofor-sikring:

- De fleste med diabetes mellitus (sukkersyke) kan tegne forsikring, men oftest med et premie-tillegg. Dersom sykdommen er dårlig regulert og det er alvorlige komplikasjoner, kan det bli avslag.
- De fleste med forhøyet blodtrykk vil kunne teg-ne forsikring, men ofte med et premietillegg.
- Alle som nylig har hatt hjerteinfarkt, vil få av-slag på forsikringssøknaden, men dersom det har gått mer enn et halvt år siden infarkt, og situasjonen er stabil, vil de fleste kunne tegne forsikring mot et premietillegg.
- De fleste med epilepsi vil få tegne forsikring på normale vilkår, men hvis epilepsien er svært al-vorlig og vanskelig å kontrollere, kan man få premietillegg eller avslag.
- De fleste med nyoppdaget kreft vil få avslag, men dersom det ikke er tegn til spredning eller annen aktivitet i sykdommen, vil en rekke av disse kunne tegne forsikring etter en viss tid.

I bakgrunnen for anmodningsvedtaket (nr 418, 6. juni 2005) dokument nr 8:71 (2004-2005) gis eksempler som avslag på barneforsikring for barn med Down syndrom og barn med lese- og skrive-vansker. Forsikringsselskapenes begrunnelse for at et barn med Down syndrom ikke får uføredek-ning er at risikoen for uførhet i praksis er 100 %, men ulykkesforsikring vil kunne tegnes. Barn med dysleksi vil hos flere selskaper kunne få forsikring på normale vilkår.

Da forsikringsselskapene spør om omtrent det samme for de samme forsikringsproduktene i egenerklæringsskjemaene, synes det som om det er stor enighet om hva som er helserisikoene. Sam-tidig er det slik at selskapene har forskjeller i sine tegningsregler og at de tar selvstendige beslutnin-ger på bakgrunn av egne spesialister og retnings-linjene til Nemnden for helsebedømmelse. Teg-ningsregler er tilpasset forsikringsproduktene. For eksempel tilbyr et forsikringsselskap barneforsik-ring også for barn med ADHD, men da med et begrenset dekningsomfang i forhold til de barne-forsikringsproduktene konkurrentene ikke vil tilby ADHDbarn.

Et stort forsikringsselskap oppgir at selskapets risikovurdering medfører at over 99 % av søkerne får tilbud om livsforsikring (død), 90-95 % av søkerne får tilbud om uføreforsikring, 98 % får til-bud om Kritisk sykdom forsikring og 99 % får til-bud om barneforsikring. En del av disse får et til-bud med premietillegg og/eller reservasjon(er) vedrørende forsikringssøkerens helse. Av disse utvalgte forsikringsproduktene har uføreforsik-ring størst andel avslag og høyest andel med reser-vasjoner (20 – 25 %), og en andel med premietillegg på 5 %.

Et par andre store forsikringsselskaper oppgir å ha omtrent samme eller litt høyere avslagsande-ler, mens andre forsikringsselskaper ikke har ført slik statistikk.

Forsikringsselskaper etterstreber i tegningsre-gler, risikosystemer og rutiner å etterleve gjel-dende rett og norm. Den siste og individuelle vur-dering vil imidlertid måtte foretas av den enkelte ansatte i forsikringsselskapet. Derfor jobber sel-skapene med opplæring av de ansatte også på dette området.

Offentlige etater kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Post og distribusjon
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Abonnement, løssalg og pris fåes ved henvendelse til:
Akademika AS
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 84 Blindern
0314 OSLO
E-post: offpubl@akademika.no
Telefon: 22 18 81 00
Telefaks: 22 18 81 01
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen finnes på Internett:
www.regjeringen.no

Trykk: Lobo Media AS – 03/2008 – opplag 2050

