

Redegørelse fra Forsikringsaftaleudvalget

om

ændring af forsikringsaftalelovens § 120 vedrørende forsikringselskabers hæftelse for ulykker og sygdom, der indtræder i forsikringstiden

1. Udvalgets nedsættelse og kommissorium

Ved folketingsbeslutning af 18. december 1998 pålagde Folketinget justitsministeren at nedsætte et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.

Folketingsbeslutningen pålægger udvalget to opgaver:

"Folketinget pålægger justitsministeren at nedsætte et udvalg, der skal udarbejde forslag til ændringer af forsikringsaftaleloven med henblik på en præcisering af de regler, der vedrører forsikringselskabernes ansvar, for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer, jf. forsikringsaftalelovens kap. IV. Med lovændringen bør det enten i forsikringsaftaleloven præciseres, at forsikringselskabet skal bære risikoen for sygdomme, der endeligt er diagnosticeret i forsikringstiden, selv om sygdommen er opstået og de første symptomer har vist sig før forsikringens tegning, eller der bør anvises andre alternative løsninger, der sikrer større klarhed over, hvilken forsikringsdækning der ydes.

Forslag om ændring af forsikringsaftaleloven i overensstemmelse med ovenstående skal kunne fremsættes i folketingsåret 1999-2000.

Det foreslåede udvalg skal endvidere gennemgå forsikringsaftaleloven generelt med henblik på en samlet revision. Udvalget forventes at kunne afslutte denne del af arbejdet inden år 2002."

Beslutningsforslaget med bemærkninger er vedlagt redegørelsen som bilag 1.

I overensstemmelse med folketingsbeslutningen nedsatte justitsministeren den 26. marts 1999 et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven.

Denne redegørelse omhandler udvalgets første opgave, der består i en præcisering af de regler, der vedrører forsikringsselskabernes ansvar, for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer. Opgaven er beskrevet således i udvalgets kommissorium:

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

I overensstemmelse med folketingsbeslutningen har udvalget to opgaver.

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

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

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

(Kommissoriets beskrivelse af udvalgets anden opgave, der omhandler en generel revision af forsikringsaftaleloven, er ikke medtaget.)

Udvalget har ved afgivelse af denne redegørelse følgende sammensætning:

Landsdommer Lars Lindencrone Petersen (formand)

Cand.jur. Dorthe Bundgaard
(Udpeget efter indstilling fra Forbrugerrådet)

Cand.jur. Bodil Frimodt-Møller
(Udpeget efter indstilling fra De Samvirkende Invalideorganisationer)

Advokat Arne Gerlyng-Hansen
(Udpeget efter indstilling fra Advokatrådet)

Chefaktuar Klaus Grünbaum
(Udpeget efter indstilling fra Finanstilsynet)

Konsulent Lars Dahl Gulmann
(Udpeget efter indstilling fra Landsorganisationen i Danmark)

Kontorchef Lars Hjortnæs
(Udpeget af Justitsministeriet)

Chefkonsulent Lotte Møllerup
(Udpeget efter indstilling fra Økonomiministeriet)

Dommer Pia Petersen
(Udpeget efter indstilling fra Den Danske Dommerforening)

Advokat Anne Kathrine Schøn
(Udpeget efter indstilling fra Dansk Arbejdsgiverforening)

Lektor Ivan Sørensen
(Udpeget af Justitsministeriet)

Vicedirektør Claus Tønnesen
(Udpeget efter indstilling fra Forsikring & Pension)

Professor Hans Henrik Vagner
(Udpeget af Justitsministeriet)

Direktør Niels Vase
(Udpeget efter indstilling fra Forsikring & Pension)

Fuldmægtig Christina Toftegaard Nielsen, Justitsministeriet, har fungeret som udvalgets sekretær.

Landsorganisationen i Danmark og Dansk Arbejdsgiverforening har ikke ønsket at deltage i denne del af udvalgets arbejde.

Udvalget har holdt 6 møder, hvor udvalget har drøftet de spørgsmål, som denne redegørelse omhandler.

2. Beskrivelse af den gældende retstilstand

2.1. Forsikringsaftalelovens § 120

Baggrunden for Folketingets ønske om en præcisering af de regler, der vedrører forsikrings-selskabernes ansvar for så vidt angår ulykkesforsikringer og sygeforsikringer, er Højesterets dom af 29. juni 1998, hvor et forsikringsselskab blev frifundet for et krav om udbetaling af forsikringssummen til en skleroseramt kvinde. Dommen er trykt i UfR 1998.1380 H.

Kvinden havde tegnet en ulykkesforsikring i 1979, der bl.a. omfattede invaliditet som følge af sygdommen dissemineret sklerose. Ifølge den speciallægeerklæring, som kvinden vedlagde sin begæring om oprettelse af forsikringen, var der ikke mistanke om, at kvinden led af sklerose på tidspunktet for forsikringstegningen. Efter at kvinden i 1993 havde fået stillet diagnosen sklerose og anmodet forsikringsselskabet om forsikringsydelsen, indhentedes selskabet yderligere helbredsoplysninger, der viste, at hun havde haft symptomer på sygdommen allerede i 1974. Forsikringsselskabet afslog derfor at betale forsikringsydelsen.

Ved sin dom af 22. december 1997 lagde Østre Landsret til grund, at sygdommen var opstået, inden forsikringen blev tegnet, og at sygdommen derfor faldt uden for forsikringens dækning. Landsretten fandt dog, at forsikringsselskabet var nærmest til at bære risikoen for, at selskabet nu anlagde en anden vurdering af de helbredsoplysninger, som alle var tilgængelige, da ulykkesforsikringen blev antaget.

Højesteret begrundede frifindelsen af forsikringsselskabet med, at kvindens sygdom måtte anses for at være opstået, inden forsikringen blev tegnet, og at sygdommen efter de forsikringsvilkår, som parterne havde vedtaget, derfor ikke var dækket af forsikringen. Under hensyn til at der ifølge de helbredserklæringer, som forelå på tidspunktet for forsikringens tegning, ikke var mistanke om sklerose, kunne det ikke bebrejdes selskabet, at det ikke havde taget forbehold for sklerose i forsikringsaftalen, og kvinden havde derfor heller ikke krav på erstatning.

Resultatet i Højesteretsdommen følger af § 120 i forsikringsaftaleloven (herefter FAL), der har følgende ordlyd:

”Indtræder en ulykke eller sygdom, som omfattes af aftalen, i forsikringstiden, hæfter selskabet også for sådanne skadelige følger, som først viser sig senere”.

Bestemmelsen er udtryk for det almindelige princip i forsikringsretten, hvorefter forsikrings-selskaber er ansvarlige for forsikringsbegivenheder, som er *forårsaget eller opstået* i forsikringstiden, selv om følgerne først viser sig efter forsikringstidens udløb (*skadesårsagsprincippet*). Forsikringsbegivenheden er den begivenhed, der ifølge forsikringsaftalen udløser selskabets forpligtelse til at betale forsikring.

Det afhænger således af forsikringsaftalen, hvilken begivenhed der udløser en forsikringsydelse, men hvis andet ikke er aftalt, er det ulykkens eller sygdommens indtræden og ikke de skadelige følger heraf, der udgør forsikringsbegivenheden efter FAL § 120. Ifølge bemærkningerne til FAL § 120 i "Udkast til lov om forsikringsaftaler med tilhørende bemærkninger" (1925), s. 164, er det ved sygeforsikring sygdommens begyndelse, dvs. dens udbrud, der er det afgørende. Er en sygdom kommet til udbrud før forsikringstidens begyndelse, er selskabet således ansvarsfrit, hvorimod selskabet hæfter for følgerne af en sygdom, når sygdommen er udbrudt i forsikringstiden.

Ifølge Drachmann Bentzon og Knud Christensen; Lov om forsikringsaftaler med bemærkninger (1954), s. 623 kommer sygdommen til udbrud, når der viser sig symptomer på sygdommen. Det tidspunkt, hvor den forsikrede har eller efter et lægeligt skøn burde have mærket de første symptomer som følge af lidelsen, er formentlig afgørende for spørgsmålet om, hvorvidt en sygdom er indtrådt i forsikringstiden efter FAL § 120.

Efter FAL § 120 er der ingen grænser for, hvor længe forsikringsselskabet kan hæfte for følgerne af en sygdom. Har en person været forsikret i flere selskaber, inden det konstateres, at personen lider af en sygdom, der udløser skadeserstatning, vil det afgørende for, hvilket selskab der hæfter for følgerne af sygdommen, derfor være tidspunktet for sygdommens indtræden.

I en dom af 7. maj 1990 anvendte Højesteret princippet i FAL § 120 ved afgørelse af, hvilket af to forsikringsselskaber der var forpligtet til at betale en tandlæge en forsikringsydelse i an-

ledning af, at tandlægen havde fået sklerose. Tandlægen havde skiftet forsikringsselskab efter at være blevet undersøgt for de første symptomer på sygdommen, men inden sygdommen blev konstateret. Højesteret anså sygdommen for "indtrådt", mens tandlægen var forsikret i det første forsikringsselskab, der derfor hæftede for de skadelige følger af sygdommen. Dommen er trykt i UfR 1990.509 H.

FAL § 120 er som hovedparten af forsikringsaftalelovens bestemmelser deklaratorisk og kan således fraviges i forsikringsaftalen.

Forsikringsselskabets hæftelse kan derfor i forsikringsaftalens vilkår være begrænset til de skadelige følger, der viser sig i en vis periode efter forsikringsbegivenheden. En sådan begrænsning var forudset i bemærkningerne til § 120 i Udkast til lov om forsikringsaftaler, s. 164, hvorefter selskaberne kan have rimelig grund til at søge at dække sig ind mod meget sene følger af forsikringsbegivenheden.

At FAL § 120 kan fraviges i forsikringsaftalen, indebærer, at skadesårsagsprincippet kun finder anvendelse, hvis andet ikke fremgår af forsikringsaftalen. Hvis forsikringsbegivenheden for eksempel i forsikringsaftalen er defineret som *de skadelige følger* af en sygdom, vil det afgørende for, om forsikringsselskabet hæfter for disse følger, ikke være tidspunktet for sygdommens indtræden, men derimod at sygdommen har skadelige virkninger i forsikringstiden (*skadesvirkningsprincippet*).

Forsikringsaftaleloven er således heller ikke til hinder for, at forsikringsbegivenheden i forsikringsaftalen er defineret som lægeligt diagnosticerede sygdomme (*diagnoseprincippet*). Efter dette princip omfatter forsikringen således sygdomme, som lægeligt diagnosticeres i forsikringstiden, uanset tidspunktet for sygdommens indtræden. Princippet blev introduceret i starten af 1990'erne i den særlige form for sygeforsikring, der omfatter udgifter i forbindelse med bl.a. hospitalsbehandling.

2.2. Urigtige oplysningers betydning efter forsikringsaftaleloven

I den tidligere omtalte højesteretsdom af 29. juni 1998, hvor et forsikringsselskab blev frifundet for et krav om udbetaling af skadeserstatning til en skleroseramt kvinde, var det ubestridt, at kvinden hverken havde vidst eller burde have vidst, at hun inden forsikringens tegning havde haft symptomer på sklerose. Efter FAL § 5 hæfter selskabet i samme omfang, som hvis den urigtige oplysning ikke havde foreligget, når forsikringstageren ved forsikringens tegning hverken vidste eller burde vide, at en af ham eller hende afgivet oplysning var urigtig. Den urigtige oplysning, der er givet i god tro, således som defineret i § 5, kan altså ikke *i sig selv* påvirke forsikringsselskabets hæftelse. I højesteretsdommen blev det afgørende spørgsmål for, om selskabet skulle betale skadeserstatning for følgerne af sygdommen, derfor, om sygdommen var omfattet af forsikringen efter skadesårsagsprincippet i FAL § 120.

I de tilfælde, hvor forsikringstageren derimod vidste eller burde have vidst, at de afgivne helbredsoplysninger var urigtige eller ufuldstændige, reguleres spørgsmålet om forsikringsselskabets hæftelse af FAL § 4, § 6 og § 7. Hvis forsikringstageren svigagtigt har afgivet urigtige oplysninger eller fortiet omstændigheder, som måtte antages at være af betydning for selskabet, er forsikringsaftalen således efter § 4 ikke bindende for selskabet. Har forsikringstageren ikke handlet svigagtigt, men dog burde have været klar over, at helbredsoplysningerne var urigtige eller ufuldstændige, er selskabet efter § 6 og § 7 fri for ansvar, såfremt det kan antages ikke at have villet overtage forsikringen, hvis det rette forhold havde været oplyst.

Det bemærkes i den forbindelse, at forsikringstageren ikke indestår for rigtigheden af de lægelige oplysninger, der indhentes til brug for forsikringens tegning. Forsikringsselskabet kan dog forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, der gives af en anden end forsikringstageren, viser sig at være urigtig, men et sådant forbehold kan efter FAL § 10, stk. 2, ikke medføre strengere virkninger, end hvis oplysningen var givet af forsikringstageren. Det er ikke sædvanligt, at selskaber tager forbehold over for helbredsoplysninger, der er afgivet af læger.

Efter FAL § 2, stk. 2 og stk. 3, betegner ”forsikringstageren” den person, der tegner forsikringen, mens den person, der har ret til forsikringsydelsen, betegnes ”den sikrede”. Udtrykket

”den forsikrede” anvendes ikke i forsikringsaftaleloven, men bruges ofte i almindelig sprogbrug på området for personforsikring for den person, på hvis helbred eller liv forsikringen er tegnet.

I denne redegørelse anvendes så vidt muligt udtrykket ”forsikringstageren”, fordi ”forsikringstageren”, ”den forsikrede” og ”den sikrede” som regel vil være den samme person i sygeforsikringer. Det gælder dog ikke ved f.eks. gruppeforsikringer, som ofte tegnes af en arbejdsgiver eller faglig organisation, men hvor retten til forsikringsydelse kommer de ansatte eller organisationens medlemmer, på hvis helbred forsikringen også er tegnet.

2.3. Eksempler på ulykkes- og sygeforsikringer, hvor FAL § 120 finder anvendelse

Ulykkesforsikringer med sygdomsdækning

Ulykkesforsikringer kan være udvidet med en sygdomsdækning for de skadelige følger af visse sygdomme eller varig invaliditet som følge af visse sygdomme, f.eks. børnelammelse, smitsom leverbetændelse og dissemineret sklerose.

Forsikringsbetingelsen kan være formuleret således:

”Ved varig invaliditet som følge af ... (sygdom) opstået mindst ... (dage) efter dækningens ikrafttræden ... udbetales erstatningen for den fastsatte invaliditetsgrad.”

Der udbydes også ulykkesforsikringer med mulighed for tilvalg af en klausul om dagpengeerstatning ved sygdoms- eller ulykkestilfælde, som undtager ”en før forsikringens tegning tilstedeværende sygdom”, der således ikke berettiger til dagpengeerstatning.

Den særlige dækningsudvidelse for visse sygdomme blev første gang brugt i 1970'erne. Forsikringsselskabernes erhvervsorganisation Forsikring & Pension har skønnet, at det samlede antal løbende ulykkesforsikringer med sygdomsdækning, hvor FAL § 120 finder anvendelse, udgør omkring 300.000. Størsteparten af disse forsikringer indeholder sygedækninger, der er begrænset til en enkelt sygdomstype. Efter Forsikring & Pensions vurdering er der maksimalt 50.000 løbende forsikringer, som omfatter sygdommen sklerose.

Ulykkesforsikringer med udvidet sygdomsdekning tegnes fortsat i begrænset omfang.

Helbredsforsikringer

Helbreds- eller sundhedsforsikringer dækker betaling af udgifter til behandling på privathospitaller. Forsikringsbetingelserne kan være formuleret således:

"Dækningen omfatter betaling af udgifter ved indlæggelse på et dansk betalingshospital i forsikringstiden og indtil 6 måneder derefter for sygdomme, hvis første symptomer viser sig i forsikringstiden, dog tidligst 30 dage efter forsikringens tegning, og anmeldes til ... (forsikringsselskabet) inden forsikringens udløb".

Helbreds- eller sundhedsforsikringer tegnes både i gruppeordninger og som individuelle forsikringer, men er endnu ikke særlig udbredt.

Forsikringer, der yder dækning for nedsættelse af arbejdsevnen

Forsikringer for tab af arbejdsevne tilbydes i forskellige former, for eksempel som invaliderente eller invalidesum i individuelle eller kollektive ordninger. Disse forsikringer er efter deres karakter – hvor tab af arbejdsevnen udgør forsikringsbegivenheden – typisk ikke omfattede af FAL § 120. I visse af de omhandlede forsikringer undtages tab af erhvervsevne, som skyldes sygdom eller tilskadekomst, der er opstået inden forsikringstidens begyndelse. For disse forsikringer vil det afgørende for, om selskabet hæfter, derfor være tidspunktet for sygdommens indtræden. FAL § 120 har således betydning i disse forsikringer.

3. Andre landes regulering

Den danske forsikringsaftalelov er et resultat af et samarbejde i årene 1915-1925 mellem Finland, Norge, Sverige og Danmark, som resulterede i, at der i de fire lande blev gennemført love om forsikringsaftaler, der på alle væsentlige punkter stemte overens med hinanden. Norge og Finland har siden vedtaget nye forsikringsaftalelove.

3.1. Svensk ret

Den svenske forsikringsaftalelov, lag (1927:77) om försäkringsavtal, indeholder i kapitel IV om olycksfalls- og sjukförsäkring følgende bestemmelse:

”120 § Har händelse, som omfattas av olycksfallsförsäkring, inträffat under försäkringstiden, svare försäkringsgivaren jämväl för sådan följd av händelsen, som yppar sig först efter denna tids utgång.”

Bestemmelsen ligner § 120 i den danske forsikringsaftalelov, men omhandler kun ulykkesforsikringer. Den svenske forsikringsaftalelov indeholder ikke en tilsvarende bestemmelse på området for sygeforsikringer, og spørgsmålet om, i hvilket omfang selskabet hæfter for de skadelige følger af sygdom, er således overladt til parternes aftale.

Det svenske lovråd behandler i øjeblikket et forslag til en ny forsikringsaftalelov, som det svenske Justitsministerium udarbejdede i 1993 (Ds 1993:39). Forslaget bygger på Försäkringsrättskommitténs betænkninger ”Personförsäkringslag” (SOU 1986:56) og ”Skadeförsäkringslag” (1989:88). Justitsministeriets forslag indeholder i kapitel 13 om begrænsning af forsikringsselskabets ansvar følgende bestemmelse:

”Undantag från försäkring m.m.

5 § Om försäkringen gäller för följder av sjukdom eller kroppsfel, får försäkringsbolaget göra särskilt undantag för sådana sjukdomar och kroppsfel som den försäkrade hade när avtalet ingicks bara om undantaget

1. grundar sig på upplysningar om den försäkrade som bolaget har inhämtat, eller
2. behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet.

Om en tidsbegränsad försäkring förnyas, får ett undantag enligt första stycket 2 bara avse en sjukdom eller ett kroppsfel som den försäkrade hade när det första avtalet ingicks. Om försäkringsskyddet utvidgas i samband med förnyelsen, gäller dock första stycket i denna del.”

3.2. Norsk ret

Lov nr. 69 af 16. juni 1989 om forsikringsavtaler indeholder i kapitel 13 om almindelige forutsetninger for selskapets ansvar følgende bestemmelse:

”§ 13-5. (ansvarsbegrensning på grunn av den forsikredes helsetilstand)

Omfatter forsikringen følgen av sykdom eller lyte, kan selskapet ikke ta forbehold om at det er uten ansvar for det tilfelle at sykdommen eller lytet forelå allerede da selskapets ansvar begynte å løpe. Et slikt forbehold er likevel gyldig dersom

(a) forbeholdet grunner seg på opplysninger som selskapet har fått om den forsikrede, eller

(b) selskapet av særlige grunner er avskåret fra å innhente opplysninger fra den forsikrede. I slike tilfeller svarer selskapet likevel for sykdom eller lyte som den forsikrede ikke hadde kjennskap til da selskapets ansvar begynte å løpe.

Ved sykeforsikring kan selskapet i vilkårene forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt. Tilsvarende gjelder ved uføredekning i tilknytning til livsforsikring.

Har en tidsbegrenset forsikring vært fornyet, kan forbeholdet bare gjelde sykdom eller lyte som den forsikrede hadde da forsikringen ble tegnet første gang.”

Den norske forsikringsaftalelov tillader således forsikringsselskaberne at fastsætte generelle vilkår i sygeforsikringer om, at selskabet kun hæfter for sygdomme, som har vist symptomer efter et bestemt tidspunkt.

Et forsikringsudvalg, Legeforsikringsudvalget, overvejer i øjeblikket forsikringsselskabernes adgang til at indhente, bruge og lagre helbredsoplysninger og livsstilsoplysninger som grundlag for individuelle forsikringsaftaler. Da udvalget endnu ikke har afsluttet sine overvejelser, foreligger der ikke oplysninger om, hvorvidt disse overvejelser vil få betydning for den ovenfor citerede bestemmelse § 13-5.

3.3. Finsk ret

Lag nr 543/1994 om försäkringsavtal innehåller i kapitel 4 om ”Vissa skyldigheter för försäkringstagaren och den försäkrade samt begränsningar av försäkringsgivarens ansvar” följande bestemmelse:

”37 § Begränsning av ansvaret i vissa fall

I försäkringsvillkoren kan försäkringsgivarens ansvar i fråga om följderna av sjukdom eller kroppsskada som ersätts från försäkringen begränsas på den grunden att

sjukdomen eller kroppsskadan existerade redan när ansökan om försäkringen gjordes, endast i det fall att

- 1) begränsningen grundar sig på sådana uppgifter om den försäkrades hälsotillstånd som försäkringsgivaren skaffat innan försäkringen meddelades eller att
- 2) begränsningen beror på försäkringens art eller någon annan särskild omständighet.”

Efter den finske försikringsaftalelov hæfter forsikringsselskaberne således for følgerne af de af forsikringen omfattede sygdomme uanset tidspunktet for sygdommenes indtræden, medmindre selskabet har taget et konkret forbehold, der var begrundet i den sikredes helbredsoplysninger eller på forsikringens art eller anden særlig omstændighed.

3.4. Tysk ret

Den tyske forsikringsaftalelov, Versicherungsvertragsgesetz, indeholder ingen bestemmelser, der regulerer spørgsmålet om, i hvilket omfang selskabet hæfter for de skadelige følger af sygdom, og selskabernes adgang til at forbeholde sig at være fri for ansvar for sygdomme, der er opstået inden forsikringtidens begyndelse, er ikke begrænset i loven.

Den tyske forsikringsaftalelov er fra 30. maj 1908, men ændret betydeligt ved en lovændring af 21. juli 1994. Det tyske justitsministerium har oplyst, at man overvejer nedsættelse af et udvalg, der skal drøfte en generel revision af loven.

4. Udvalgets overvejelser og hovedsynspunkter

Efter sit kommissorium skal udvalget vurdere, hvilke lovgivningsmæssige ændringer der bør foretages, for at man i forbindelse med sygdomsforsikringer m.v. kan give forsikringstagere en rimelig beskyttelse i tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet.

Efter udvalgets opfattelse knytter behovet for at give forsikringstagere en bedre beskyttelse sig navnlig til de tilfælde, hvor der er givet helbredsoplysninger til brug for tegning af forsikringen eller helbredsoplysninger, der senere viser sig at have været urigtige, men hvor forsik-

ringstageren hverken vidste eller burde vide dette. Når forsikringstageren således er i god tro om sin helbredstilstand på tidspunktet for forsikringens tegning, vil forsikringstageren have en begrundet forventning om, at sygdomme, som konstateres i forsikringstiden og efter deres art omfattes af forsikringsaftalen, udløser den aftalte forsikringsydelse.

Hvis forsikringstagerens gode tro om sin helbredstilstand ikke kun skyldes forsikringstagerens egen vurdering af sit helbred, men er baseret på lægelige vurderinger, der er indhentet til brug for forsikringens tegning, forekommer forsikringstagerens forventning om udløsning af forsikringsydelsen at være særlig begrundet.

Var forsikringstageren derimod ikke i god tro om sin helbredstilstand ved sygeforsikringens tegning, er en forventning om, at forsikringsselskabet hæfter for skadelige følger af en af forsikringen omfattet sygdom, ikke tilsvarende begrundet. Disse situationer, hvor forsikringstageren vidste eller burde have vidst, at de afgivne helbredsoplysninger var urigtige eller ufuldstændige, reguleres af forsikringsaftalelovens bestemmelser om afgivelse af urigtige oplysninger, hvorefter forsikringsselskabet som hovedregel er fri for ansvar. Der henvises til afsnit 2.2.

Da behovet for at give forsikringstageren en bedre beskyttelse end efter den gældende retstilstand efter udvalgets opfattelse knytter sig til de tilfælde, hvor forsikringstageren har været i god tro om sin helbredstilstand på tidspunktet for sygeforsikringens tegning, har udvalget ikke på nuværende tidspunkt af sit arbejde fundet behov for at overveje en ændring af forsikringsaftalelovens bestemmelser om afgivelse af urigtige oplysninger ved aftalens indgåelse. Spørgsmålet om ændring af bestemmelserne vil derimod indgå i udvalgets overvejelser i forbindelse med udvalgets senere gennemgang af hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision.

De ændringer af forsikringsaftaleloven, som udvalget navnlig har overvejet for at sikre en bedre beskyttelse af forsikringstageren i de tilfælde, hvor det efter tegning af en sygeforsikring viser sig, at forsikringstagerens sygdom allerede var indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, og forsikringsselskabet derfor ikke hæfter for sygdommen efter FAL § 120, er således modifikationer af det i denne bestemmelse indeholdte skadesårsagsprincip.

Efter udvalgets opfattelse rejser en ændring af denne bestemmelse en række vanskelige spørgsmål af både teknisk og forsikringspolitisk karakter.

Parterne i en forsikringsaftale kan – uden for tilfælde af lovpligtige forsikringer – efter almindelige kontraktretlige regler frit aftale, hvilke begivenheder der skal være dækket af forsikringen. Som tidligere omtalt i afsnit 2.1 er FAL § 120 også kun udtryk for det, som skal gælde, dersom parterne i forsikringsaftalen ikke har aftalt noget andet.

Forsikringsselskabernes erhvervsorganisation Forsikring & Pension har ved en henstilling af 8. februar 1999 præciseret, at forsikringsselskaberne bør anvende skadesvirkningsprincippet i allerede tegnede ulykkesforsikringer udvidet med sygdomsdækning ved vurderingen af, om en sygdom er indtrådt efter forsikringstidens ikrafttræden. Under hensyn til at henstillingen ikke forpligter alle forsikringsselskaber, der udbyder sygeforsikringer, i samme omfang som en lovændring, er det således udvalgets opfattelse, at en udvidelse af sygeforsikringers dækning bør ske ved et lovindgreb. Forsikring & Pensions repræsentanter i Forsikringsaftalelovsudvalget har endvidere tilkendegivet, at henstillingen er en midlertidig løsning efter Højesterets dom af 29. juni 1998.

En lovændring, som skal give forsikringstageren en bedre beskyttelse i de tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da sygeforsikringen blev tegnet, bør efter udvalgets opfattelse gøres ufravigelig for at sikre alle forsikringstagere den tilsigtede beskyttelse.

Udvalget har overvejet, i hvilket omfang indgreb i aftalefriheden må antages at kunne få utilsigtede konsekvenser for såvel forsikringsbranchen som de forsikringssøgende.

Ved indgreb i aftalefriheden, som forøger forsikringsbranchens risiko ved tegning af ulykkesforsikringer med sygdomsdækning, må forsikringsselskaberne forventes så vidt muligt at imødegå den forøgede risiko ved for eksempel at forhøje præmien, indføre en mere restriktiv tegningspraksis eller helt ophøre med at udbyde et forsikringsprodukt. Jo større udvidelse af sygdomsdækningen et indgreb vil medføre, jo større indflydelse på forsikringspræmien eller tegningspraksis må indgrebet antages at få.

En eventuel ændring af FAL § 120 rejser endvidere spørgsmål om, hvorvidt en ændring kun skal omfatte nye sygeforsikringer eller også allerede eksisterende aftaler.

En udvidelse af forsikringsselskabers hæftelse til ikke alene at omfatte en sygdom, der indtræffer i forsikringstiden, men i et vist omfang også en sygdom, der er indtruffet inden forsikringstiden, vil kunne medføre, at flere forsikringsselskaber hæfter for den samme sygdom, hvis forsikringstageren har skiftet forsikringsselskab efter at have haft de første symptomer på den af forsikringsaftalerne omfattede sygdom. De forskellige modeller, som udvalget har overvejet, rejser således alle spørgsmål om ansvarsfordelingen mellem flere selskaber, som hæfter for samme forsikringsbegivenhed.

Udvalgets drøftelser har været koncentreret om følgende modeller for ændringer af FAL § 120:

I. Indførelse af et skadesvirkningsprincip for så vidt angår de skadelige følger af en sygdom, hvis sygdommen er opstået forud for forsikringens tegning, mens skadesårsagsprincippet fortsat finder anvendelse for så vidt angår skadelige følger af de sygdomme, som opstår i forsikringstiden,

II. model I med adgang for forsikringsselskaber til at tage konkrete forbehold ved forsikringens tegning,

III. model I med adgang for forsikringsselskaber til at fastsætte betingelser om karenstider,

IV. indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaber ikke kan påberåbe sig, at en sygdom er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, når forsikringstageren har været forsikret i en given periode, og

V. indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaber hæfter ved urigtige lægeerklæringer.

Nedenfor følger udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved ovenstående modeller. Modellerne er af systematiske grunde beskrevet som isolerede modeller, men kan naturligvis kombineres.

4. 1. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model I – indførelse af et skadesvirkningsprincip for sygdomme, som er opstået i perioden forud for forsikringens tegning

FAL § 120 i sin nuværende affattelse omhandler sygeforsikringer, hvor forsikringsbegivenheden i forsikringsaftalen er bestemt som sygdommens indtræden. Når sygdommen indtræder i forsikringstiden, bestemmer FAL § 120 således, at forsikringsselskabet hæfter for de skadelige følger deraf, selvom disse først viser sig efter forsikringstidens udløb (*skadesårsagsprincippet*).

Er forsikringsbegivenheden derimod de skadelige virkninger indtræden, hæfter forsikringsselskabet for skadelige følger, som indtræder i forsikringstiden, selv om den sygdom eller ulykke, som har forårsaget de skadelige følger, opstod inden forsikringstiden (*skadesvirkningsprincippet*). Skadesvirkningsprincippet anvendes på området for livsforsikring.

Hvis de to principper begge finder anvendelse – skadesvirkningsprincippet ved indtræden i forsikringen og skadesårsagsprincippet ved udtræden af forsikringen – vil forsikringstageren opnå den optimale dækning, idet følgerne af en af forsikringen omfattet sygdom vil være forsikringsdækket, uanset om sygdommen måtte være opstået forud for forsikringstiden eller i forsikringstiden. Denne model medfører derfor også den retstekniske fordel, at tidspunktet for sygdommens indtræden er uden betydning for selskabets hæftelse.

Som tidligere anført har Forsikring & Pension ved henstilling af 8. februar 1999 præciseret, at forsikringsselskaberne i allerede tegnede ulykkesforsikringer udvidet med sygdomsdækning bør anvende skadesvirkningsprincippet ved vurderingen af, om en sygdom er indtrådt efter forsikringstidens ikrafttræden. Forudsat at forsikringsselskaberne følger Forsikring & Pensions henstilling, anvender forsikringsselskaberne således allerede skadesvirkningsprincippet for sygdomme opstået i perioden forud for forsikringens tegning ved vurderingen af, om der

er sygdomsdækning. Forsikring & Pensions repræsentanter i Forsikringsaftalelovsudvalget har dog, som ligeledes tidligere anført, givet udtryk for, at henstillingen er en midlertidig løsning efter Højesterets dom af 29. juni 1998.

Indførelse af en ufravigelig regel med dette indhold i forsikringsaftaleloven vil efter udvalgets opfattelse kunne indebære en risiko for, at forsikringsselskaberne vil indføre en mere restriktiv tegningspraksis.

På området for sygeforsikringer må forsikringsselskaberne forventes at søge at sikre sig imod tegning af forsikringer med forsikringssøgende, som har haft symptomer og derfor allerede kan lide af den sygdom, som skal indgå i forsikringen. Indførelse af et skadesvirkningsprincip vil derfor også kunne medføre, at forsikringsselskaberne betinger indgåelse af forsikringsaftaler af grundigere helbredsbedømmelser af de forsikringssøgende, svarende til de krav der stilles ved livsforsikringer. Dette vil bl.a. kunne få betydning ved tegning af gruppeforsikringer med sygdomsdækning, hvor selskaberne i dag ikke nødvendigvis foretager dybdegående helbredsbedømmelser af de enkelte forsikrede.

Indførelse af skadesvirkningsprincippet ved en ufravigelig lovbestemmelse vil således kunne betyde, at det generelt bliver sværere for personer med vage sygdomstegn at tegne forsikring, og at det bliver sværere at forsikre sig mod sygdomme, der typisk ikke giver klare symptomer før sent i forløbet.

Da FAL § 120 omfatter både ulykkes- og sygeforsikringer, vil en generel ændring af bestemmelsen også få betydning for ulykkesforsikringer. Anvendelse af skadesvirkningsprincippet på ulykkesforsikringer vil indebære, at forsikringsselskaberne hæfter for følger af ulykker, som er sket inden forsikringstidens begyndelse. Hvis selskaberne ikke vil risikere at hæfte for følgerne af tidligere indtrådte ulykker, vil en sådan generel ændring derfor kunne have den utilsigtede virkning, at det bliver vanskeligt for forsikringssøgende, der allerede har været ude for ulykker, at blive ulykkesforsikret for fremtiden. Dette taler for at begrænse en eventuel indførelse af skadesvirkningsprincippet til sygeforsikringer.

Både den tilsigtede beskyttelse af forsikringstagere ved indførelse af et skadesvirkningsprincip og de utilsigtede virkninger heraf vil blive modificeret i det omfang, forsikringsselskaberne undtager visse sygdomme fra dækning af en forsikringsaftale eller på anden måde begrænser deres hæftelse.

4.2. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model II – model I med adgang for forsikringsselskaberne til at tage konkrete forbehold ved forsikringens tegning

Forsikringsselskaberne har som udgangspunkt ikke nogen kontraheringspligt. Ved indgåelse af en forsikringsaftale kan forsikringsselskaberne således undtage sygdomme, som de ikke ønsker at forsikre en forsikringsøgende mod, og på denne måde begrænse deres risiko ved forsikringsaftalen. Det antages dog, at selskaberne ikke kan afvise at tegne en forsikring, hvis dette vil stride mod almindelig forsikringspraksis, herunder hvis afvisningen ikke er begrundet i de foreliggende risikomæssige forhold.

Indførelse af et ufravigeligt skadesvirkningsprincip vil indebære, at forsikringsselskaberne ikke generelt vil kunne undtage sygdomme, som forsikringstageren led af allerede på tidspunktet for forsikringens tegning.

Udvalget har overvejet, om indførelse af et skadesvirkningsprincip med fordel kunne kombineres med en begrænset adgang for selskaberne til at tage forbehold for allerede eksisterende sygdomme, hvis forbeholdet er begrundet i de helbredsoplysninger, som foreligger ved forsikringens tegning, eller skyldes, at selskabet har været afskåret fra at indhente oplysninger fra forsikringstageren på grund af dennes egne forhold. En sådan regulering er gennemført i den finske forsikringsaftalelov. Der henvises til afsnit 3.3.

En sådan begrænset adgang for selskaberne til at tage konkrete forbehold over for følgerne af eksisterende sygdomme må antages at ville forbedre mulighederne for, at forsikringsøgende med vage sygdomstegn kan tegne forsikring mod *andre sygdomme* end dem, som de vage sygdomstegn kan være symptomer på, i forhold til indførelse af et skadesvirkningsprincip uden adgang for selskaberne til at tage sådanne forbehold.

En begrænset adgang til at tage forbehold vil dog ikke fjerne risikoen for, at skadesvirkningsprincippet kan medføre, at det bliver sværere at forsikre sig mod sygdomme, der ikke giver *klare* symptomer før sent i forløbet. Indførelsen af skadesvirkningsprincippet vil kunne medføre, at forsikringsselskaberne tager forbehold over for enhver sygdom, som selv vage sygdomstegn kan være et symptom på.

4.3. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model III – model I med adgang for forsikringsselskaberne til at fastsætte betingelser om karenstid

Udvalget har overvejet, om den forøgede risiko, som en indførelse af skadesvirkningsprincippet må antages at medføre for forsikringsselskaberne, vil kunne begrænses ved aftaler om, at forsikringen først skal yde dækning en vis tid efter forsikringstidens begyndelse (karenstid).

Forsikringsaftaleloven begrænser ikke parternes aftalefrihed for så vidt angår fastlæggelse af dækningstiden. I ulykkesforsikringer med udvidet sygdomsdækning aftales det ofte, at forsikringen ikke dækker sygdomme, der udbryder inden et vist antal dage eller uger efter, at forsikringstageren i øvrigt er omfattet af forsikringen. Hvis forsikringsbegivenheden er en sygdoms opståen, indebærer en aftale om karenstid således, at sygdommen ikke dækkes af forsikringen, hvis den er opstået inden karenstidens udløb.

Udvalget har overvejet, om forsikringsvilkår, hvorefter forsikringsselskabet ikke hæfter for sygdomme, som forsikringstageren allerede led af på tidspunktet for forsikringens tegning, hvis sygdommen diagnosticeres inden udløbet af en periode efter forsikringens tegning, ville kunne begrænse forsikringsselskabets risiko under et kombineret skadesvirknings- og skadesårsagsprincip. Et sådant vilkår om en særlig karensperiode for sygdomme, der allerede var indtrådt på tidspunktet for forsikringens tegning, ville indebære, at en forsikringstager, der i god tro tegner forsikring mod sklerose, men som allerede på tegningstidspunktet har sklerose, ikke vil opnå dækning, hvis sygdommen diagnosticeres i den aftalte karensperiode, men kun hvis sygdommen først bliver diagnosticeret efter karensperiodens udløb.

En reel formindskelse af risikoen må dog antages at kræve, at karenstiden for diagnosticering af de sygdomme, som sygeforsikringer typisk omhandler, er meget lang, da der kan forløbe et

meget betydeligt tidsrum mellem sygdommenes indtræden med de første vage symptomer og til sygdommenes diagnosticering. For eksempel kan de symptomfrie perioder ved sklerose strække sig over årtier.

Under hensyn til at syge- og ulykkesforsikringer normalt kun indgås for et år ad gangen, således at der efter forsikringsvilkårene sker automatisk fornyelse af forsikringen ved opkrævning og betaling af den årlige forsikringspræmie, forekommer vilkår om lange karenperioder ikke at være egnede til at kunne indgå i forsikringsaftalen. Vilkår om lange karenperioder vil endvidere kunne være til hinder for, at forsikringstageren skifter selskab. Denne ulempe forsvinder dog, hvis det nye selskab – som det kendes fra livsforsikringsområdet – undlader at stille krav om en ny fuld karenperiode.

4.4. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model IV – indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaberne ikke kan påberåbe sig, at en sygdom er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, når forsikringstageren har været forsikret i en given periode

En ufravigelig bestemmelse, hvorefter forsikringsselskaber ikke kan betinge sig, at en sygdom ikke udløser forsikringsydelse, fordi sygdommen er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, når den sygdomsramte har været forsikret mod den pågældende sygdom i en længere periode, må antages at ville give forsikringstageren en bedre beskyttelse end den gældende FAL § 120.

Virkningen af en sådan ufravigelig bestemmelse er for så vidt identisk med virkningen af vilkår om karenstid under et skadesvirkningsprincip, men forudsætter ikke en generel indførelse af et skadesvirkningsprincip og udgør derfor et mindre indgreb i aftalefriheden.

Fristen for at afskære indsigelsen vil skulle fastsættes under hensyn til den tid, der kan forløbe fra en sygdoms første symptomer og til diagnosticering.

Forsikringstageren ville endvidere kunne skifte forsikringsselskab uden at miste den beskyttelse, som følger af bestemmelsen.

Også denne model vil dog kunne have den utilsigtede virkning, at forsikringstageren, der har en mistanke om at lide af en af forsikringen omfattet sygdom, ikke søger læge før fristens udløb. Bestemmelsen vil endvidere kunne give anledning til tvister om, hvornår sygdommen har manifesteret sig i en sådan grad, at forsikringstageren er pligtig at underrette selskabet herom.

Den situation, hvor forsikringstageren tror sig forsikret uden at være det, vil endvidere fortsat kunne forekomme, hvis forsikringstageren på tidspunktet for forsikringens indgåelse er blevet erklæret rask, men ikke var det, og sygdommen konstateres inden indsigelsesfristens udløb.

4.5. Udvalgets overvejelser om fordele og ulemper ved model V – indførelse af en bestemmelse om, at forsikringsselskaber hæfter ved urigtige lægeerklæringer

Udvalget har endelig overvejet en bestemmelse, som medfører, at forsikringsselskaber hæfter for skadelige følger af en sygdom, selv om sygdommen er indtrådt inden forsikringstiden, hvis der er afgivet urigtige oplysninger af en læge eller anden sagkyndig om forsikringstagerens helbred ved forsikringens tegning.

Hvis forsikringstagerens forventning om, at forsikringen dækker skadelige følger af de omfattede sygdomme, er baseret på, at der er foretaget lægelige vurderinger af forsikringstagerens helbredstilstand i forhold til netop de af forsikringen omfattede sygdomme, kan forventningen siges at være særlig begrundet. Forsikringstageren har efter udvalgets opfattelse ikke samme begrundede forventning om forsikringsdækning i de tilfælde, hvor en foreliggende lægeerklæring ikke særligt forholder sig til, om forsikringstageren lider af de sygdomme, som er omfattet af forsikringen.

En ufravigelig bestemmelse om, at forsikringsselskaberne hæfter for sygdomme, der viser skadelige følger eller diagnosticeres i forsikringstiden, men er indtrådt inden forsikringstiden, hvis der på tegningstidspunktet forelå lægeerklæringer eller andre sagkyndige erklæringer, som viser sig at være urigtige eller ufuldstændige, vil medføre, at forsikringsselskaberne reelt kommer til at bære risikoen for, at de helbredsoplysninger fra sagkyndige, som selskaberne lægger til grund ved antagelse af en forsikring, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige,

og vil således føre til samme resultat som Østre Landsrets dom af 22. december 1997, der er omtalt i afsnit 2.1.

At helbredsoplysningerne viser sig at have været urigtige eller ufuldstændige, kan skyldes forkerte lægefaglige skøn, eller at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde den fornødne viden til at kunne konstatere sygdommens tilstedeværelse. Det forhold, at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde tilstrækkeligt kendskab til sygdommens udvikling eller årsager til at kunne konstatere sygdommen hos forsikringstageren, men siden har fået denne viden, bør efter udvalgets opfattelse ikke medføre, at risikoen for den urigtige lægeerklæring ikke længere påhviler selskabet.

Bestemmelsens anvendelse vil ikke være betinget af, at forsikringstageren har været bekendt med indholdet af de faktiske helbredsoplysninger, der ligger til grund for forsikringsselskabets vurdering, men forudsætter, at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige. Bestemmelsen finder således kun anvendelse, hvis forsikringstageren opfylder det i FAL § 5 definerede krav til god tro.

FAL § 10, stk. 2, indeholder en regel om det forhold, at oplysninger til brug ved indgåelse af en forsikringsaftale gives af en anden end forsikringstageren, hvilket netop er tilfældet i de situationer, som den omhandlede bestemmelse ville skulle omfatte. § 10, stk. 2, forudsætter, at et forsikringsselskab kan forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, som gives af en anden end forsikringstageren, viser sig at være urigtig, men begrænser virkningerne af et sådant forbehold. En eventuel regel om, at risikoen for, at en helbredsoplysning afgivet af en læge eller anden sagkyndig til brug for tegning af en forsikring viser sig at være urigtig eller ufuldstændig, skal påhvile forsikringsselskabet, må derfor medføre en konsekvensændring af § 10, stk. 2, således at selskabet ikke kan tage forbehold om ansvarsfrihed ved urigtige helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige.

Det er udvalgets opfattelse, at følger af sygdommen skal vise sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden for at udløse selskabets hæftelse efter en sådan bestemmelse om hæftelse ved urigtige eller ufuldstændige lægeerklæringer.

Udvalget har overvejet konsekvenserne af ikke at betinge selskabets hæftelse af, at sygdommen har følger eller diagnosticeres i forsikringstiden. Dette ville medføre, at selskabet ville kunne komme til at hæfte for sygdomme, der er opstået inden forsikringstiden, men først viser skadelige følger måske flere år efter forsikringstidens udløb, selv ved meget korte forsikringsforløb. Selskabet ville dog i forsikringsaftalen kunne begrænse hæftelsen til de skadelige følger, der viser sig inden for en vis periode, for eksempel i forsikringstiden. Hvis selskabet lod en sådan tidsmæssig begrænsning af hæftelsen omfatte følgerne af de af forsikringen omfattede sygdomme, uanset tidspunktet for sygdommens indtræden, ville dette indebære en forringelse af forsikringstagerens stilling i forhold til de begrænsninger, som sygeforsikringer normalt indeholder i dag. I dag er det normalt, at selskaberne begrænser hæftelsen til de skadelige virkninger, der viser sig inden for en 5-årig periode efter sygdommens konstatering.

En bestemmelse om forsikringsselskabers hæftelse for urigtige lægeerklæringer vil kunne betyde, at forsikringsselskaberne betinger tegning af forsikringer af, at der er foretaget helbredsundersøgelser hos læger, der er anvist af dem. Efter udvalgets opfattelse rejser forsikringsselskabernes brug af læger, der er anvist af selskabet, forud for antagelse af forsikringer ikke betænkeligheder. Udvalget har ikke derved forholdt sig til spørgsmålet om forsikringsselskabernes praksis ved indhentelse af helbredsoplysninger efter anmeldelse af en forsikringsbegivenhed. Dette spørgsmål har givet anledning til en aftale mellem økonomiministeren og Forsikring & Pension om forsikringsselskabernes brug af speciallæger.

Bestemmelsen vil endvidere kunne medføre, at det bliver sværere at forsikre sig mod sygdomme, som har et diffust symptombillede. Udvalget har dog vurderet, at risikoen for en sådan ændring i forsikringsselskabernes tegningspraksis er ringe, da den omhandlede bestemmelse vil have et snævert anvendelsesområde.

Udvalget har i forbindelse med disse overvejelser drøftet muligheden for at lade forsikringsselskabet hæfte også i den situation, hvor de urigtige eller ufuldstændige helbredsoplysninger er givet af forsikringstageren selv, og ikke af en læge eller anden sagkyndig. Dette ville dog medføre en udvidelse af forsikringsselskabernes ansvar svarende til den under afsnit 4.2 overvejede ændring af FAL § 120 og rejser derfor samme betænkeligheder.

4.6. Udvalgets konklusion

Udvalget har fundet, at den i afsnit 4.5 beskrevne model for ændring af forsikringsaftaleloven vil medføre en bedre beskyttelse af forsikringstageren i de særlige tilfælde, hvor det viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet. En lovændring efter denne model tager således hensyn til forsikringstagerens forventning om, at forsikringsselskabet hæfter for den pågældende sygdom, når der ved forsikringens tegning blev indhentet lægelige oplysninger om, hvorvidt forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Udvalget har endvidere vurderet, at en udvidelse af forsikringsselskabernes hæftelse i netop de situationer, hvor der foreligger urigtige helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige, kun vil udgøre et begrænset indgreb i aftalefriheden, som næppe vil medføre en mere restriktiv tegningspraksis på området for sygeforsikringer.

Udvalget foreslår derfor, at der i forsikringsaftalelovens afsnit IV om ulykkesforsikring og sygeforsikring indføres en ufravigelig regel om, at forsikringsselskabet hæfter for sygdomme, som er opstået inden forsikringstidens begyndelse, hvis følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden og en læge eller anden sagkyndig har afgivet helbredsoplysninger til brug for forsikringsselskabets vurdering af, om forsikringstageren led af sygdommen ved indgåelse af aftalen.

Udvalget har lagt vægt på, at en sådan begrænset ændring af forsikringsaftaleloven ikke foregriber udvalgets videre arbejde med en generel revision af forsikringsaftaleloven. Nogle af udvalgets medlemmer ønsker mere gennemgribende ændringer af forsikringsaftalelovens regler om ulykkes- og sygeforsikringer. De reguleringer, som er gennemført i Norge og Finland og som er under overvejelse i Sverige, vil indgå i udvalgets kommende arbejde med en samlet revision af loven.

5. Udvalgets udkast til lov om ændring af forsikringsaftaleloven med bemærkninger

§ 1

I lov om forsikringsaftaler, jf. lovbekendtgørelse nr. 726 af 24. oktober 1986, som ændret senest ved § 1 i lov nr. 413 af 10. juni 1997, foretages følgende ændringer:

1. I § 10, stk. 2, indsættes som 2. punktum:

”Selskabet kan ikke forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis helbredsoplysninger, der er givet af læger eller andre sagkyndige i forbindelse med tegning af en forsikring, som omfattes af § 120 a, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige.”.

2. Efter § 120 indsættes:

”§ 120 a. Er en sygdom, som omfattes af aftalen, indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, stilles forsikringstageren, som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden, såfremt

- 1) følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og
- 2) en læge eller anden sagkyndig har afgivet helbredsoplysninger i forbindelse med forsikringens tegning med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom.

Stk. 2. I de i stk. 1 nævnte tilfælde hæfter selskabet dog ikke, hvis et andet selskab hæfter for de opståede skadelige følger efter § 120.

Stk. 3. Aftaler, der strider mod bestemmelserne i stk. 1 kan ikke påberåbes af selskabet.”.

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft ...

Stk. 2. Loven gælder for aftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden.

Bemærkninger til udkast til lov om ændring af forsikringsaftaleloven

Formålet med udvalgets forslag til en lovændring er at give forsikringstageren en rimelig beskyttelse i de tilfælde, hvor det efter tegning af en sygeforsikring viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet.

Efter FAL § 120 er det uden betydning for forsikringselskabets hæftelse, hvornår en sygdom, der er indtrådt i forsikringstiden, faktisk konstateres, og om sygdommen kunne eller burde have været konstateret i de lægeerklæringer, der forelå ved forsikringens tegning.

I overensstemmelse hermed frifandt Højesteret ved dom af 29. juni 1998 et forsikringselskab for et krav om udbetaling af forsikringssummen til en skleroseramt kvinde, som havde været forsikret i 14 år, inden det blev konstateret, at hun var syg. Begrundelsen var, at sygdommen var indtrådt, allerede inden forsikringen blev tegnet. At en speciallægeerklæring, som kvinden i sin tid havde vedlagt sin begæring om oprettelse af forsikringen, indeholdt en urigtig oplysning om, at der specielt ikke var mistanke om sklerose, kunne således ikke i sig selv medføre, at kvinden havde krav på erstatning.

Den foreslåede bestemmelse i § 120 a vil udvide forsikringselskabets hæftelse til også at omfatte sygdomme, som er opstået, inden sygeforsikringen blev tegnet, hvis følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden og der er indhentet helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige ved forsikringens tegning med henblik på at vurdere, om forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Den foreslåede bestemmelse afviger således fra det deklatoriske princip i FAL § 120, hvorefter kun sygdomme, der indtræder i forsikringstiden, udløser en forsikringsydelse. Som det fremgår af den foreslåede bestemmelse, er det dog en betingelse, at skadelige følger af den pågældende sygdom har vist sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Er denne betingelse opfyldt, omfattes også skadelige følger, der viser sig efter forsikringstiden i medfør af § 120, som der er henvist til i den foreslåede bestemmelse. Viser sygdommen skadelige følger i forsikringstiden, vil betingelsen være opfyldt, selvom følgerne ikke har ført til mistanke om eller erkendelse af sygdommen i forsikringstiden. Hvis sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, uden at sygdommen har givet symptomer, er betingelsen ligeledes opfyldt

Bestemmelsen vil efter den foreslåede ordlyd finde anvendelse, hvis de indhentede lægeerklæringer faktisk indeholdt oplysninger om, at forsikringstageren led af en sygdom, som efter sin art er omfattet af forsikringsaftalen. Hvis selskabet har ladet en sygdom være omfattet af forsikringsaftalen, selv om selskabet ud fra helbredsoplysningerne burde have indset, at forsikringstageren led af sygdommen allerede på tidspunktet for forsikringens tegning, og forsikringstageren ikke var eller burde have været bekendt med sygdommen, hæfter selskabet dog for sygdommens følger allerede efter den gældende retstilstand, og den foreslåede bestemmelse indebærer derfor ikke en selvstændig udvidelse af selskabernes hæftelse i disse sjældent forekommende tilfælde.

Da forsikringsselskaber under normale omstændigheder ikke vil antage en forsikringsaftale om dækning for en sygdom, der allerede er indtrådt, er det faktiske anvendelsesområde for den foreslåede bestemmelse de tilfælde, hvor de indhentede lægeerklæringer ikke oplyste om, at forsikringstageren led af en sygdom, som forsikringsselskabet derfor lod indgå i forsikringen, men hvor lægeerklæringerne senere viser sig at have været urigtige eller ufuldstændige. At erklæringerne var urigtige eller ufuldstændige, kan skyldes forkerte lægefaglige skøn, eller at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde den fornødne viden til at kunne konstatere sygdommens symptomer. Selskabet vil således også komme til at hæfte i de tilfælde, hvor årsagen til, at lægeerklæringerne ikke oplyste om sygdommens udbrud, er, at lægevidenskaben på daværende tidspunkt endnu ikke havde tilstrækkelig viden om sygdommens udvikling eller årsager til at konstatere sygdommen hos forsikringstageren.

Det er uden betydning for den foreslåede bestemmelses anvendelse, om forsikringstageren (og den sikrede, hvis der ikke er identitet mellem den person, der tegner forsikringen, og den person, der får ret til forsikringsydelsen) har været bekendt med indholdet af lægeerklæringerne. Det er ligeledes uden betydning, om helbredsoplysningerne er indhentet med henblik på tegning af en anden type forsikring end sygeforsikring, for eksempel en livsforsikring.

Lægeerklæringen eller den sagkyndige erklæring kan indhentes på såvel forsikringstagerens som forsikringsselskabets foranledning. At helbredsoplysningerne er afgivet med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom, kan enten fremgå af erklæringen eller af omstændighederne i forbindelse med den indhentede erklæring, for eksempel hvis forsik-

ringstageren ved begæring om tegning af en sygeforsikring henvises til en læge eller anden sagkyndig af selskabet.

Forsikring & Pensions repræsentanter i udvalget finder anledning til at fremhæve, at en forsikringstagers fremlæggelse på eget initiativ af en lægeerklæring, hvorefter vedkommende er rask eller ikke lider af bestemte sygdomme, vil kunne påvirke selskabets antagelse af forsikringen.

Efter FAL § 5 hæfter selskabet, som om den urigtige oplysning ikke forelå, hvis det må antages, at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at en oplysning var urigtig, og den foreslåede bestemmelse medfører derfor, at selskabet bærer den fulde risiko for urigtige eller utilstrækkelige oplysninger i lægeerklæringer, når forsikringstageren er i god tro om sin helbredstilstand.

I de tilfælde, hvor forsikringstageren derimod vidste eller burde have vidst, at de afgivne helbredsoplysninger var urigtige, er selskabet fri for ansvar efter FAL § 6, hvis det kan antages, at selskabet ikke ville have overtaget forsikringen, såfremt der var givet korrekte helbredsoplysninger. Den foreslåede bestemmelse får derfor i disse situationer ingen betydning, hvis selskabet kan sandsynliggøre, at de korrekte helbredsoplysninger ville have bevirket et forbehold fra selskabets side over for den pågældende sygdom.

Den foreslåede bestemmelse får heller ingen betydning for de tilfælde, hvor der ikke er indhentet lægeerklæringer til brug for forsikringens tegning. Har forsikringstageren selv udfyldt en helbredsattest i forbindelse med forsikringens tegning, uden at selskabet har fundet anledning til at anmode om en lægeerklæring, er forsikringstageren ikke beskyttet. Det vil ofte være tilfældet ved gruppeforsikringer, hvor det er sædvanligt at forsikringsselskaberne undlader at anmode om lægeerklæringer.

Den foreslåede bestemmelse i § 120 a er ikke til hinder for, at selskabet i forsikringsaftalen begrænser sin hæftelse efter § 120 a til kun at omfatte de skadelige følger, som viser sig inden for en vis periode, for eksempel i forsikringstiden. Det skyldes, at FAL § 120 om skadesårsagsprincippet, som ikke foreslås ændret, kan fraviges ved aftale. Hvis selskabet ikke har be-

grænset sin hæftelse i forsikringsaftalen, følger det således af § 120, at selskabet også hæfter for de skadelige følger af en af forsikringen omfattet sygdom, som først viser sig efter forsikringstiden.

Den foreslåede bestemmelse er heller ikke til hinder for forsikringsvilkår om karenstid, hvorved udvalget forstår et vilkår om, at forsikringsselskabet ikke hæfter for sygdom, der indtræder eller konstateres i en vis periode efter forsikringsaftalens begyndelse.

Den foreslåede udvidelse af selskabernes hæftelse i sygeforsikringer må ikke medføre, at personer, der har været forsikret i flere selskaber, får en bedre beskyttelse, end personer, der kun har været forsikret i et selskab. Sygeforsikringer med udbetaling af kapitalerstatning er summaforsikringer, hvilket betyder, at selskabet har pligt til at betale en ydelse uafhængigt af, om der er lidt en skade, der kan måles i penge. Den almindelige hovedregel ved summaforsikringer, hvorefter forsikringsydelse fra flere selskaber kan kumuleres, skal således ikke gælde, når årsagen til at flere selskaber hæfter for følgerne af én sygdom, er, at selskabernes hæftelse ved den foreslåede bestemmelse er udvidet til at omfatte begivenheder, der er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse. Hvis forsikringstageren har været forsikret i ét forsikringsselskab ved en sygdoms indtræden, men har skiftet forsikringsselskab, inden sygdommen konstateres, og har været forsikret mod den pågældende sygdom i begge selskaber, vil det første selskab hæfte for de skadelige følger af sygdommen efter den gældende § 120, mens det andet selskab vil hæfte for samme følger efter den foreslåede bestemmelse § 120 a. Under hensyn til at den foreslåede bestemmelse har karakter af en undtagelsesbestemmelse, foreslår udvalget, at dens anvendelse begrænses til de tilfælde, hvor ingen selskaber hæfter efter den gældende bestemmelse i § 120. Har forsikringstageren været forsikret i et selskab på det tidspunkt, hvor en sygdom antages at være indtrådt, vil forsikringstageren således skulle rette sit krav mod dette selskab, hvilket svarer til den gældende retstilstand. Der henvises til afsnit 2.1.

Efter sin placering i forsikringsaftalelovens afsnit IV om ulykkesforsikring og sygeforsikring vil den foreslåede bestemmelse ikke få betydning for andre typer personforsikring.

Udvalget foreslår, at reglen om udvidelse af forsikringsselskabernes hæftelse gøres ufravigelig, således at forsikringsselskabet ikke kan tage forbehold om at være fri for ansvar, hvis der

er givet urigtige oplysninger af læger eller andre sagkyndige ved tegning af sygeforsikringer. Den foreslåede bestemmelse medfører derfor en konsekvensændring i FAL § 10, stk. 2, der omhandler virkningen af forbehold om ansvarsfrihed ved urigtige oplysninger fra andre end forsikringstageren. Den foreslåede tilføjelse til § 10, stk. 2, medfører, at selskabet ikke kan tage sådanne forbehold om lægers eller andre sagkyndiges helbredsoplysninger ved tegning af forsikringer, der er omfattet af § 120 a.

Ulykkes- og sygeforsikringer indgås almindeligvis for et år og i øvrigt på opsigelse, således at aftalen, hvis den ikke siges op med en vis frist, forlænges for et år ad gangen. Under hensyn hertil foreslår udvalget, at lovændringen finder anvendelse på aftaler, der fornyes eller forlænges efter lovændringens ikrafttræden, jf. § 2 i udvalgets udkast. Sygeforsikringer, der forud for lovændringens eventuelle ikrafttræden er indgået på åremål, vil således ikke være omfattet af lovændringen.