

INFORMATION 47/97

Vores ref. ASE/14/07/hl

Journalnr. 1.3.4.6-002

Deres ref. -

Dato 21.10.1997

Forsikringssselskabers og pensionskassers brug af helbredsoplysninger**I. Indledning**

Denne medlemsinformation indeholder en række informationer om forsikringssselskabers og pensionskassers brug af helbredsoplysninger. Desuden indeholder den en række anbefalinger til selskaberne og kasserne. En del af anbefalingerne er direkte handlingsorienterede, mens andre af anbefalingerne sigter på, at selskaberne selv overvejer en række forhold med relation til anvendelsen af helbredsoplysninger.

Baggrund

Med jævne mellemrum rettes søgelyset fra forskellig side mod forsikringsserhvervets anvendelse af helbredsoplysninger. De konkrete årsager hertil er mange, men hyppigt er det presseomtale af konkrete sager, hvor en forsikringstager føler sig urimeligt behandlet af sit forsikringssselskab. Det kan eksempelvis være i forbindelse med, at forsikringssselskabet anfægter en forsikring som følge af urigtige helbredsoplysninger ved forsikringens tegning. Et andet eksempel på en pressesag af nyere dato er den debat, der har været om forsikringssselskabernes rekvisition af speciallægeerklæringer.

Presseomtalen af enkelt-sager fører ofte til politisk opmærksomhed om området. Således affødte speciallægesagen et ønske om samråd i Folketingets Erhvervsudvalg. Desuden involveres andre interessenter ofte også. Det kan være Forbrugerrådet, Forbrugerombudsmanden, Rådgiveransvarsudvalget og andre.

I erkendelse af disse problemer besluttede Assurandør-Societetets daværende komite i 1995 at nedsætte en styregruppe, der skulle analysere forsikringssselskabernes brug af helbredsoplysninger nærmere. Styregruppen bestod af repræsentanter fra Danica, Tryg-Baltica, Topdanmark, Kgl. Brand, Alka og Bedømmelsesforeningen. Styregruppen udarbejdede en redegørelse om forsikringssselskabernes brug af helbredsoplysninger inden for de forskellige forretningsområder. Desuden blev der set nærmere på, hvorfor der overhovedet anvendes helbredsoplysninger i forsikring og på omfanget og karakteren af anfægtelsessager, primært for så vidt angår invaliderenter. I forbindelse med udarbejdelsen af redegørelsen blev yderligere en række forsikringssselskaber og specialselskaber inddraget.

Forsikringens Hus
Amaliegade 10
1256 København K

Tlf. 33 13 75 55
Fax 33 11 23 53
dfp@ForsikringensHus.dk

Styregruppens arbejde førte til, at fokus blev rettet mod en række aktuelle og potentielle problemområder, hvor styregruppen anbefalede, at forskellige initiativer blev igangsat. Societetets komite og rådets bestyrelse har tilsluttet sig styregruppens anbefalinger. Denne informationsskrivelse til Rådet for Dansk Forsikring og Pensions medlemmer er en del af den praktiske udmøntning af anbefalingerne.

Formål

Formålet med denne informationsskrivelse er således at øge informationsniveauet om forsikringsselskabernes anvendelse af helbredsoplysninger. Herigennem styrkes kundernes og offentlighedens viden om, hvorfor forsikringsselskaberne har brug for helbredsoplysninger, og hvad der sker med oplysningerne, efter forsikringsselskabet har indhentet dem. Samtidig er det ønsket at styrke selskabernes opmærksomhed om den korrekte håndtering af fortrolige oplysninger. Det er håbet, at en afmystificering af erhvervets praksis kan forebygge ubegrundet kritik og mistænkeliggørelse af erhvervet. Dette formål søges bl.a. nået gennem øget information til kunderne forud for afgivelse af helbredsoplysninger samt en udbygning af assurandørvejledningen på dette område. Denne øgede information skulle gerne bevirke, at antallet af anfægtelsessager begrænses, ikke mindst til gavn for kunderne selv.

./.

For at de opstillede formål kan opfyldes, er det nødvendigt, at selskaberne nøje sætter sig ind i det vedlagte materiale og bl.a. implementerer den vedlagte kundevejledning i deres salgsprocedurer for livs- og pensionsforsikringer. Endvidere er det vigtigt, at selskaberne sikrer sig, at anbefalinger og information i denne medlemsmeddelelse - og de initiativer de afføder i selskaberne - spredes til alle de relevante medarbejdere i selskabet.

II. Konkrete anbefalinger

Det skal indledningsvis understreges, at anbefalingerne ikke skal ses som en kritik af selskabernes nuværende praksis. Det omfattende udredningsarbejde, der er pågået, har således ikke givet indtryk af, at selskabernes praksis er kritisabel. Derimod skal anbefalingerne i vidt omfang opfattes som et redskab for selskaberne i deres bestræbelser på hele tiden at sikre, at forholdene fungerer optimalt.

Det skal desuden nævnes, at de fleste af anbefalingerne primært er møntet på livs- og pensionsforsikring, der har den mest udbredte anvendelse af helbredsoplysninger, særligt i tegningssituationen. Det enkelte selskab kan derudover selv vurdere, i hvilket omfang anbefalingerne også har relevans for andre af selskabets forretningsområder.

II.1. Kundevejledning

I bilag 1 er vedlagt en kundevejledning til brug ved indhentning af helbredsoplysninger i forbindelse med tegning af livs- og pensionsforsikringer. Vejledningen er udarbejdet i samarbejde med et kommunikationsbureau og er efterfølgende testet på en kundegruppe.

Formålet med vejledningen er at sikre, at kunderne udfylder helbredserklæringen med den fornødne omhu og er opmærksomme på de forhold, der erfaringsmæssigt hyppigst er anledningen til, at forsikringsselskaberne rejser anfægtelsessager. Desuden indeholder kundevejledningen information om, hvad der sker med helbredsoplysningerne, når de modtages i forsikringsselskabet.

Rådet **anbefaler** alle selskaber, der tegner *individuelle og frivillige livs- og pensionsforsikringer*, at implementere kundevejledningen i deres salgsprocedurer. Dette kan enten ske ved at lave en selvstændig brochure med den anførte tekst eller ved at indarbejde teksten i eksisterende informationsmateriale.

Rådet **anbefaler** selskaber, der tegner *livs- og pensionsforsikringer for grupper på arbejdsmarkedet*- det være sig på baggrund af overenskomster eller firmaaftaler - at implementere kundevejledningen i deres tegningsprocedurer, i det omfang vejledningen har relevans i forhold til omfanget af helbredsoplysninger, der indhentes ved tegning.

Rådet **anbefaler** selskaber, der tegner *ulykkesforsikring, sygeforsikring, helbredsfor-sikring, gruppelivsforsikring* eller har andre forretningsområder, hvor der indhentes helbredsoplysninger ved tegning, at implementere de dele af kundevejledningen, der er relevante, i deres salgs- og informationsmateriale.

Skal kundevejledningen have den ønskede effekt, bl.a. i forhold til udviklingen i antallet af anfægtelsessager, er det vigtigt, at selskaberne sikrer:

1. at kundevejledningen får en fremtrædende plads i det samlede salgs- og informationsmateriale,
2. at kundevejledningen forelægges i sin helhed for kunden,
3. at det overfor kunden understreges, at vejledningen bør læses igennem, før der afgives helbredsoplysninger.

Dette indebærer, at assurandørerne og andre salgsmedarbejdere instrueres i vigtigheden af at henlede kundens opmærksomhed på kundevejledningen, og at assurandørerne sandsynligvis i flere tilfælde end nu må forvente, at helbredserklæringen ikke udfyldes umiddelbart i forlængelse af, at helbredserklæringen udleveres til kunden.

./.

Til brug for instruktionen af assurandørerne og andet salgspersonale er i bilag 2 vedlagt en revideret assurandørvejledning.

Rådet **anbefaler** alle selskaber, der indhenter helbredsoplysninger ved tegning, at overveje muligheden for en formaliseret adgang for kunderne til at indsende supplerende helbredsoplysninger direkte til forsikringsselskabets lægekantor. Denne anbefaling skal **ikke** ses som en mistænkeliggørelse af salgspersonalet. Intentionen er alene at sikre, at kunderne har de optimale betingelser for at afgive fuldstændige og korrekte helbredsoplysninger i tegningssituationen. Det skal herunder modvirkes, at kunden fortier personlige oplysninger

på grund af blufærdighed overfor eksempelvis en assurandør eller andet salgspersonale, der er kendt i kundens lokalområde.

Et yderligere led i at forbedre kundeoplysningen i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger i tegningssituationen er en **anbefaling** om, at selskaberne overvejer muligheden for i forbindelse med forsikringens tegning systematisk at oplyse kunden om, at en kopi af de afgivne helbredsoplysninger kan rekvireres fra selskabet. Dette kan eventuelt ske i forbindelse med fremsendelse af kundens police. Det er hensigten, at kunden derved får forbedret muligheden for efterfølgende selv at kontrollere, at alle spørgsmål i helbredserklæringen er besvaret fyldestgørende og korrekt.

Endelig **anbefaler** rådet, at selskaberne overvejer, om supplerende spørgeskemaer til indhentelse af yderligere helbredsoplysninger i tegningssituationen anvendes tilstrækkeligt målrettet. Det bør således i videst muligt omfang undgås, at kunderne bedes om at afgive flere oplysninger end nødvendigt, og at kunderne oplever et misforhold mellem de forhold, de blev anmodet om oplysninger om på tegningstidspunktet, og de oplysninger selskabet lægger vægt på skadestidspunktet.

II.2 Anden rådgivning af kunden

I forbindelse med at en kunde ønsker at skifte forsikringsselskab, og antagelsesvilkårene for forsikringen i det nye selskab afhænger af en helbredsbeurteelse, er det vigtigt at sikre, at kundens eksisterende forsikringsforhold ikke opsiges, før antagelsesvilkårene i det nye selskab er kendt. Rådet **anbefaler** selskaberne at sikre, at salgspersonale og andre, der rådgiver kunder i forbindelse med overførsler, er opmærksomme på denne problemstilling, jf. den vedlagte reviderede assurandørvejledning.

II.3 Retningslinier for håndtering af anfægtelsessager

En tilbagevendende årsag til kritik af erhvervet er anfægtelsessager på grund af ufuldstændige eller ukorrekte helbredsoplysninger inden for livsforsikring. At de sager, der rejses i pressen, oftest rejses på et forkert grundlag, mindsker ikke den skadelige virkning på erhvervets omdømme. Desuden befinder selskaberne sig ofte i den situation, at de på grund af deres tavshedspligt, jf. LFV § 258, ikke er i stand til at tage til genmæle i de rejste sager.

På trods af en udvidet vejledning af kunderne i forbindelse med afgivelse af helbredsoplysninger ved tegning, vil anfægtelsessager ikke kunne undgås.

Rådet **anbefaler** selskaberne at overveje muligheden for at udarbejde overordnede retningslinier for, i hvilke tilfælde en anfægtelsessag rejses. Selskaberne **anbefales** i den forbindelse at inddrage forhold vedrørende

- kausalitet (årsagssammenhæng) mellem den eller de fortiede lidelser og lidelserne, der fører til skadesanmeldelsen. Der stilles i Forsikringsaftaleloven ikke krav om, at der skal være kausalitet i anfægtelsessager rejst på grund af fortiede oplysninger, men det er et uomtvisteligt faktum, at de rejste pressesager som oftest vedrører sager, hvor der ikke

er kausalitet. At forsikringsselskabet har lovgivningen på sin side, er ofte et forhold, der ikke belyses i disse sager.

- tidsforløbet mellem den lidelse, der er fortiet oplysninger om, forsikringens tegning og skadesanmeldelsen. Jo længere tid, der er gået mellem den lidelse, der er fortiet oplysninger om, og forsikringens tegning, jo større forståelse kan man umiddelbart have for, at fortielsen ikke er sket i ond tro. Men der er ikke desto mindre tale om en fortielse omfattet af Forsikringsaftaleloven.

Rådet **anbefaler** desuden selskaberne at sikre sig, at det i skadessituationen alene er velunderbyggede formodninger om, at der er afgivet urigtige helbredsoplysninger ved tegning, der giver anledning til nærmere undersøgelse. Selskaberne **anbefales** ligeledes at sikre sig, at en eventuel lempelig praksis for indhentelse og bedømmelse af helbredsoplysninger i tegningssituationen er konsistent med den praksis, der er gældende ved skadesbehandlingen.

De ovenfor anførte anbefalinger skal ikke ses som en opfordring til selskaberne om at afholde sig fra at rejse anfægtelsessager, men er derimod en opfordring til, at selskaberne nærmere overvejer de selskabsspecifikke kriterier for at rejse anfægtelsessager. Anfægtelsessager, ikke mindst i de tilfælde, hvor der er formodning om svig, har en vigtig præventiv effekt overfor forsikringssvindel. I særligt grove tilfælde af svig har selskaberne også mulighed for at rejse en strafferetlig sag mod kunden.

II.4 Håndteringen af helbredsoplysninger i selskaberne

Det skal endnu engang understreges, at anbefalingerne indeholdt i denne medlemsinformation ikke skal ses som en indirekte kritik af selskabernes nuværende praksis. Således har det omfattende udredningsarbejde ikke afsløret problemområder. Anbefalingerne har derfor primært til hensigt at henlede selskabernes opmærksomhed på områder, hvor det bør overvejes, om fremtidige problemer kan forebygges.

Rådet **anbefaler** selskaberne at gennemgå eksisterende forretningsgange for håndteringen af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger i selskaberne med henblik på at sikre en fortsat udvikling mod, at alene personale, der har et dokumenteret behov for adgang til oplysningerne, har denne adgang. Af de rutiner, der herunder kan være af relevans, kan nævnes: poståbning, journalisering, opbevaring under sagsbehandling, opbevaring efter endt sagsbehandling, sagsbehandlernes muligheder for at arbejde med fortroligt materiale i eget hjem, faxforsendelse af fortroligt materiale samt praksis for videregivelse af fortroligt materiale - herunder i anonymiseret form - generelt.

Rådet **anbefaler** herunder selskaberne at overveje at udvikle systemer, der forbedre muligheden for fysisk at adskille selve begæringen og helbredserklæringen, igen med henblik på at sikre, at alene medarbejdere, der har et dokumenteret behov for adgang til fortrolige oplysninger, har denne adgang.

II.5 Implementering af nye spørgeskemaer, erklæringer m.v.

Det har i forbindelse med rådets udredningsarbejde kunne konstateres, at der ved indførelse af nye spørgeskemaer og revision af eksisterende spørgeskemaer som hovedregel gennemføres et meget omfattende forarbejde og grundig testning af disse skemaer. Denne proces, som ofte forestås af Bedømmelsesforeningen, gennemføres gerne i samarbejde med relevante handicaporganisationer og patientgrupper. Derudover konsulteres Dansk Sprognævn m.fl. af og til i forbindelse med dette arbejde.

Rådet **anbefaler**, at erhvervet fastholder denne meget grundige forberedelse af det materiale, der anvendes overfor kunderne i forbindelse med indhentning af helbredsoplysninger. Det kan desuden overvejes, om der er andet af selskabernes kundemateriale, der med fordel kunne revideres i overensstemmelse med disse procedurer.

Rådet har desuden i forbindelse med udarbejdelsen af redegørelsen endnu engang fået belyst, hvordan det mest udbredte bedømmelsesgrundlag for helbredsoplysninger i livs- og pensionsforsikring, der anvendes i branchen - Bedømmelsesforeningens retningslinier - udarbejdes med hjælp fra uafhængige eksperter på de respektive områder og med en løbende opdatering på baggrund af nye prognosestudier, behandlingsmetoder m.v.

Det er rådets opfattelse, at det er af stor betydning, at der blandt personale med kundekontakt sker en fortsat udbygning af viden om disse forhold. Således ville utilfredshed eller manglende forståelse for selskabets bedømmelse i en tidlig fase kunne imødegås via oplysninger til kunderne om, hvilke retningslinjer der anvendes ved bedømmelsen og hvilket statistisk og lægevidenskabeligt grundlag, retningslinierne hviler på.

III. Introduktion af indberetningssystem for anfægtelsessager

Som det er nævnt tidligere i denne information, er anfægtelsessager en hyppig årsag til, at der rejses kritik af erhvervets praksis i forbindelse med anvendelsen af helbredsoplysninger.

Det er derfor besluttet, at rådet skal forestå en løbende registrering af de anfægtelsessager, selskaberne rejser.

Formålet med registreringen er løbende at overvåge udviklingen i anfægtelsessagerne. De forhold, der skal ske indberetning af, er:

- årsagen til der rejses anfægtelsessag
- den faktiske bedømmelse ved antagelse og den "korrekte" bedømmelse
- hvilke lidelser, der er fortiet
- tidsforløb mellem fortiet lidelse, forsikringens tegning og eventuel skadesanmeldelse
- hvor stort erstatningsbeløb fortiet lidelsen vedrører.

Formålet med løbende at overvåge udviklingen i anfægtelsessager er dels at kunne følge udviklingen i omfanget og de økonomiske konsekvenser heraf, dels at der relativt hurtigt kan tages nye initiativer, hvis udviklingen indikerer, at der er behov herfor.

Indberetning skal påbegyndes den 01.01.1998. Indberetningsskemaer vil blive udsendt ved årsskiftet.

IV. Informationsberedskab

Som nævnt tidligere er der i vide kredse begrænset forståelse for, at der overhovedet er behov for helbredsoplysninger i forbindelse med tegning af især livs- og pensionsforsikring. I bilag 3 er vedlagt et notat, der bl.a. belyser dette forhold. Selskaberne kan anvende dette materiale efter ønske og behov, eventuelt i forbindelse med intern efteruddannelse, til internt og eksternt informationsmateriale og i forbindelse med dialog med kunder, pressen, politikere eller andre.

Desuden redegøres nedenfor for en række af de forhold, primært vedrørende anfægtelsessager, som styregruppen fik belyst i sit arbejde. Også disse oplysninger kan selskaberne anvende i forbindelse med dialog med presse, kunder og andre. De anførte statistiske størrelser er i vidt omfang baseret på en gennemgang af Bedømmelsesforeningens responsumsager de første tre kvartaler af 1996.

Anfægtelsessager kan rejses med udgangspunkt i Forsikringsaftalelovens §§ 4-6. Disse paragraffers indhold er nærmere beskrevet i bilag 3. Som det fremgår af denne beskrivelse, stilles der ikke krav om, at der skal være en årsagssammenhæng mellem den lidelse, der er fortiet oplysninger om og den lidelse, der er årsag til en skadesanmeldelse, for at selskabet kan anfægte forsikringen.

Grunden til, at der ikke er sådan et krav om årsagssammenhæng (kausalitet), er, at fortielse af oplysninger betyder, at selskabet træffer beslutning om at overtage en risiko på et forkert grundlag. Havde de rigtige oplysninger foreligget, havde selskabet muligvis aldrig accepteret at overtage risikoen ved at tegne den pågældende forsikring. Et eksempel kan illustrere pointen: En kunde fortier oplysninger om en kræftlidelse og bliver senere erklæret invalid på grund af døvhed. Selskabet anfægter forsikringen med den begrundelse, at havde selskabet haft kendskab til kræftsygdommen, ville de ikke have antaget forsikringen overhovedet. Og selskabet ville derfor heller ikke være forpligtet til at betale nogen erstatning til den pågældende forsikrede, uanset årsagen til skadesanmeldelsen.

Det kan nævnes, at der ifølge Bedømmelsesforeningens statistik rent faktisk er årsagssammenhæng i over 85 pct. af de rejste anfægtelsessager.

Desuden skal man være opmærksom på, at kundens fortielse af en oplysning kun kan mindske eller fjerne forsikringsselskabets erstatningspligt, hvis forsikringsselskabet kan bevise, at det ikke ville have tegnet forsikringen eller kun have tegnet den på særlige vilkår eller til en anden præmie, hvis de fuldstændige oplysninger havde foreligget.

For at selskabet kan anfægte en forsikring, skal selskabet således have en begrundet formodning om, at den fortiede oplysning ville have haft indflydelse på, hvilke vilkår forsikringen blev antaget på. De fleste danske selskaber anvender Bedømmelsesforeningen til at vurdere, hvilke vilkår forsikringen ville være blevet antaget på, hvis de rigtige oplysninger havde været kendt. Andre selskaber anvender deres genforsikringsselskab til disse vurderinger. Bedømmelsesforeningens statistik viser, at i knap 20 pct. af de sager, der blev afgivet responsum i, ville der være sket antagelse på normale vilkår, selvom den fortiede oplysning havde været kendt.

Selskaberne rejser således ikke anfægtelsessager på grund af fortielse af banale lidelser som en bullen finger eller en sommerforkølelse, da disse lidelser ikke har betydning for antagelsesvilkårene. Formålet med at rejse anfægtelsessager er således ikke at straffe de forsikringstagere, der har afgivet urigtige oplysninger, men at sikre at kunder, der afgiver urigtige oplysninger, stilles ligesom de mere omhyggelige kunder, der giver rigtige og fuldstændige oplysninger

I 6,5 pct. af de sager, som Bedømmelsesforeningen afgav responsum i, burde forsikringen slet ikke være blevet antaget. I 22,2 pct. af tilfældene tilkendegav Bedømmelsesforeningen, at der burde være givet afslag på tegning af invalidedækning for den pågældende, hvis de rigtige oplysninger havde været kendte. I ca. 50 pct. af sagerne skulle forsikringen have været antaget på skærpet grundlag eller med en klausul.

Ser man alene på de responsumsager, der vedrører invalidedækning (og ikke dødsfald), tilkendegav Bedømmelsesforeningen, at der i 43 pct. af sagerne skulle være givet afslag på at tegne invalidedækning, såfremt de fuldstændige oplysninger havde foreligget.

Som tidligere nævnt kan man have en vis forståelse for, at forsikrede kan have glemt lidelser, der ligger langt tilbage i tiden. Bedømmelsesforeningens statistik viser imidlertid, at der i invalidesagerne for knap 30 pct. af tilfældene var gået 2 år eller mindre, siden forsikrede havde været ved lægen med den lidelse, der blev fortiet oplysninger om, og til forsikringen blev tegnet.

I godt 20 pct. af tilfældene var der gået mere end 10 år siden kunden første gang havde været ved lægen vedrørende lidelsen, og til forsikringen blev tegnet. Med den ændrede helbredserklæring, der blev indført i 1994, har forsikringsselskaberne i et vist omfang beskåret sig selv muligheden for at forfølge disse fortielsessager, da der i den nye helbredserklæring kun spørges om lidelser 10 år tilbage i tiden for en række sygdomme.

Bedømmelsesforeningens statistik giver baggrund for at skønne, at der på årsbasis rejses omkring 1000 anfægtelsessager. Et kvalificeret skøn over de økonomiske konsekvenser af fortielser er, at fortielsessager sammenlagt vedrører erstatningsbeløb på ca. 500 mio. kr.

Claus Tønnesen

Anne Seiersen