



# Innst. O. nr. 56

(2007–2008)

## Innstilling til Odelstinget fra justiskomiteen

Ot.prp. nr. 41 (2007–2008)

### Innstilling fra justiskomiteen om lov om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler m.m.

Til Odelstinget

#### 1. SAMMENDRAG

##### 1.1 Proposisjonens hovedinnhold

Justisdepartementet legger frem forslag om endringer i forsikringsavtaleloven. Forslagene gjelder en nærmere regulering av forholdet mellom forsikrings søkeren 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 i 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.

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.

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 2 i proposisjonen gjennomgås bakgrunnen for lovforslagene.

## **1.2 Forholdet til reglene om risikovurderinger mv. i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven)**

Forsikringselskaperenes organisering og virksomhet er regulert i lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven). Justisdepartementet legger i proposisjonen til grunn at reglene i forsikringsavtaleloven om forholdet mellom selskapet og forsikringstakerne må utformes innenfor de rammene som er nedfelt i forsikringsloven. Det vises til gjennomgangen av disse reglene i proposisjonen.

## **1.3 Krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse (partiell kontraheringsplikt)**

### **1.3.1 *Behovet for nye regler i forsikringsavtaleloven med krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse***

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 gjelder en generell plikt for forsikringsselskaper til å tilby forsikring, med mindre nektelsen har saklig begrunnelse. I høringsbrevet 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. 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 om trafikktrygd mv. er selskaperne pliktig til å tilby bilansvarsforsikring. Dette har blant annet sammenheng med at bileiere har en forsikringsplikt etter bilansvarsloven.

Ved fornyelse av et løpende forsikringsforhold etablerer forsikringsavtaleloven en rett for sikrede til å få fornyet avtalen. Forsikringsselskapet har bare rett til å nekte fornyelse når det foreligger "særlige grunner som gjør det rimelig å avbryte forsikringsforholdet". Selskapet kan si opp forsikringen dersom det har fått uriktige eller ufullstendige opplysninger om risikoen, forutsatt at visse vilkår er oppfylt i den forbindelse.

Når selskapet nekter å fornye forsikringen, skal det gi sikrede et skriftlig og grunnlagt varsel og opplyse om adgangen til å kreve nemndbehandling, eventuelt om andre muligheter for å få prøvd om selskapet har rett til å unnlate fornyelse.

Utvalgets flertall i NOU 2000:23 anser at det er nødvendig med regler om kontraheringsplikt.

Departementet foreslår nye regler i forsikringsavtaleloven med krav om saklig grunn ved forsikringsnektelse. Forslaget er basert på høringsbrevet fra Justisdepartementet.

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 sikredes side. Forsikringsskadenemnda har relativt få saker om forsikringsnektelse på grunn av helsemessige forhold. Departementet vil imidlertid i denne forbindelse vise til at det i dag er begrenset hvilken mulighet nemnda har til å gå inn i medisinske spørsmål. At nemnda ikke får inn mange saker om usaklig 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.

Praksis i selskapene der man nektes personforsikringer om man lider av visse sykdommer og lignende, må i utgangspunktet forstås i lys av kravene i forsikringsloven om at selskapene skal foreta risikovurderinger. 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 selskaperne 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.

### **1.3.2 *Nærmere om hva som bør omfattes av reglene om forsikringsnektelse***

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.

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

### **1.3.3 Bør reglene også gjelde forsikring til næringsdrivende?**

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".

Departementet foreslår ikke å avgrense reglene til forbrukerforhold. En 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.

### **1.3.4 Det nærmere innholdet i saklighetskravet**

I høringsbrevet foreslo departementet en presisering av saklighetskravet slik 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, samt andre særlige forhold som medfører at avslaget ikke kan anses urimelig overfor den enkelte.

Departementet foreslår et krav til saklig grunn som i hovedsak følger opp forslaget i høringsbrevet, 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 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 forsikringstilfelle 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. De fleste kan 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 risikøkning kan være saklig grunn for avslag. Departementet foreslår derfor en regel om at det må foreligge en særlig risiko, før forsikring kan avslås. 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. 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.

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. Etter departementets 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.

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

I tillegg foreslår departementet et generelt krav om at forsikringsnektelser som er begrunnet i andre særlige forhold, ikke må anses urimelig overfor den enkelte.

### **1.3.5 Særlige forhold som ikke kan begrunne forsikringsnektelse**

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. Bestemmelsen er utformet særlig med henblikk på hel-seopplysninger som selskapene etter bestemmelser i

lov og forskrift er avskåret fra å spørre om, og følger opp forslaget om dette i høringsbrevet.

Videre foreslår departementet en bestemmelse 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. 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.

#### **1.4 Krav om at forsikringsnektelse skal begrunnes**

Forsikringsavtaleloven inneholder ikke krav til begrunnelse ved forsikringsnektelse. En nektelse av å fornye et løpende forsikringsforhold skal derimot begrunnes.

I høringsbrevet foreslo departementet 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 risikovurderinger som er foretatt, bare dersom forsikringssøkeren ber om det.

På bakgrunn av innspillene fra høringsinstansene foreslår departementet på enkelte punkter noe strengere krav til begrunnelse enn etter forslaget i høringsbrevet. 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 si-

kre tilstrekkelig informasjon om retten til å bringe avslaget inn for Forsikringssskadenemnda.

For det andre foreslår departementet strengere krav til innholdet i begrunnelsen. Departementet foreslår 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 foreslår et uttrykkelig krav om at begrunnelsen for avslag skal inneholde informasjon om at det kan fremmes ny søknad etter en viss tid.

#### **1.5 Krav om begrunnelse ved tilbud på forsikring bare til en særlig høy premie**

Forsikringsavtaleloven 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 dekningen, 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 premiebegreningen.

Det følger av forsikringsloven at premien skal stå i et rimelig forhold til risikoen. Departementet foreslår i proposisjonen ikke noe ytterligere saklighetskrav for selskapenes 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 avkrevs en særlig høy premie, og ikke bare der forsikring nektes helt eller delvis.

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.

Departementet viser til at forsikringstilbud til en høyere premie bare vil være omfattet av kravet til begrunnelse dersom det dreier seg om et forsøk på omgåelse av reglene om krav til saklig grunn ved forsikringsnektelse. Også ved en høy premie som springer ut av en vanlig risikobasert premiedifferensiering 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.

Selskapene fastsetter premier og vilkår med utgangspunkt i premietariffen, 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. Etter departementets syn bør selskapet gi en begrunnelse for det i alle tilfelle der forsikrings søkeren 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.

## **1.6 Nemndbehandling av saker om forsikringsnektelse**

Forsikringskadenemnda er etablert ved en avtale mellom Finansnæringens Hovedorganisasjon, Næringslivets Hovedorganisasjon og Forbrukerrådet. Avtalen, som revideres hvert år, regulerer arbeidet ved Forsikringsklagekontoret og oppretter to nemnder under kontoret, Forsikringskadenemnda 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.

På samme måte som i høringsbrevet foreslår departementet en bestemmelse om at underretningen om avslag skal opplyse om reglene for å bringe tvister inn for en klagenemnd. Det foreslås ikke nærmere bestemmelser om Forsikringskadenemndas behandling av saker om forsikringsnektelse.

På bakgrunn av en uttalelse fra Datatilsynet foreslår departementet av personvern hensyn en tidsfrist for når forsikrings søkeren kan påberope seg at det foreligger et ulovlig avslag på forsikring. Dette er en type sak der spørsmålet er av størst praktisk betydning for forsikrings søkeren 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 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.

## **1.7 Begrensninger i rett til innhenting av helseopplysninger ved tegning av forsikring**

### **1.7.1 Innledning**

Det rettslige utgangspunktet i norsk rett i dag er at forsikrings selskaper kan be om alle helseopplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen.

Selskapet på sin side er forpliktet til å fastsette premien i samsvar med risikoen. Dermed har ikke selskapet bare rett, men også plikt til å innhente den informasjon som er nødvendig for å kartlegge den enkelte forsikringstakers risikobilde. I dette kapitlet er hovedspørsmålet om en forsikringstakers opplysningsplikt etter forsikringsavtaleloven bør begrenses.

### **1.7.2 Selskapets innhenting av opplysninger**

Før forsikringsavtale er inngått, kan forsikrings selskapet be forsikringstakeren om opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen. Forsikringstakeren og den forsikrede skal gi "riktige og fullstendige svar" på disse spørsmålene fra selskapet. 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.

Departementet mener at forsikringstakerens opplysningsplikt som hovedregel fortsatt skal dreie seg om å svare på de spørsmål forsikrings selskapet 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 forsikrings søkeren. I forlengelsen av dette foreslås det derfor at plikten til å svare på spørsmål fremgår uttrykkelig av lovteksten.

Departementet følger også opp forslaget om å la forsikringstakerens plikt til å gi visse opplysninger av eget tiltak bero på om selskapet har gitt vedkomme de en særskilt oppfordring om dette. 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 videre å pålegge forsikrings selskapet å informere forsikrings søkere om omfanget av opplysningsplikten. I forlengelsen av dette foreslår departementet at selskapet skal opplyse kort om bakgrunnen for de ulike spørsmålene som det stiller. Dette vil også kunne bidra til at svarene som gis, blir mer informative for selskapene.

### **1.7.3 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. En liknende regel gjelder ved inngåelse av en avtale om skadeforsikring.

Forsikringsselskapet har på sin side ikke bare rett, men også en særskilt plikt til å foreta en risikovurdering.

Når forsikringsselskapet avgjør om det skal overta en personforsikring og vurderer risikoen, skal det legges til grunn den forsikredes helsetilstand på søknadstidspunktet. 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 forbyr bruk av genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten. Noen typer helseopplysninger er det forbudt å bruke i forsikringsøyemed – uavhengig av om den som opplysningsgjelder, gir samtykke.

Departementet mener 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.

### **1.7.4 Opplysninger som er kjent for søkeren**

Etter gjeldende rett skal forsikringstakeren og den forsikrede "gi riktige og fullstendige svar på selskapets spørsmål". Dessuten skal de "av eget tiltak gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen".

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 mener 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. 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 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".

For øvrig legges det til at en pasient også som hovedregel alltid kan kreve innsyn i sin journal. Dermed vil vedkommende forsikringstaker også av eget tiltak – uavhengig av varslingsplikten – 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. Innsyn kan likevel nektes dersom "dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade 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. 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.

### **1.7.5 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, som forbyr bruk av urimelige avtalevilkår, kan etter omstendighetene få betydning. Dessuten vil de generelle forbudene i diskrimineringsloven og likestillingsloven også gjelde for forsikringsavtaler.

Spørsmålet er 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 sy-

nes 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.

### **1.7.6 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 forsikringsavtalelovens bestemmelse om begren-sning 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.

I likhet med utvalget foreslår heller ikke departementet noen særskilt regulering av livsstilopplysninger 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 livsstilsopplysninger. 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.

### **1.7.7 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.

Departementet 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.

### **1.7.8 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. 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.

Departementet deler ikke utvalgets syn på behovet for en slik regel.

### **1.7.9 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.

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 forsikrings søker.

Sammenlignet med utvalgsflertallets lovforslag, går departementet inn for en lengre tidsgrense for opplysninger om legebese og livsstilsforhold. Samtidig må tidsgrensen ses i sammenheng med selskapets rett til å be om opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen. 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 forsikringsselskaperes plikt til å fastsette premien i samsvar med risikoen.

### **1.7.10 Kvalitetssikring av behandlingen av personopplysningene**

Kredittilsynet fører tilsyn med bl.a. forsikringsselskap og deres forsikringsvilkår.

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. En mener at behovet for å etablere et eget kvalitetssikringssystem foreløpig ikke synes å forsvare de administrative og økonomiske konsekvensene dette vil ha.

## **1.8 Enkelte andre regler om bruk av helseopplysninger i forsikring**

### **1.8.1 Personopplysningslovens regler om behandling av helseopplysninger**

I likhet med forsikringsavtaleloven inneholder også personopplysningsloven skranker for forsikringsselskaperes 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". 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. Den sistnevnte bestemmelsen gjelder sensitive personopplysninger, herunder helseopplysninger. Personopplysningene kan bare nyttes til "uttrykkelig angitte formål som er saklig begrunnet i den behandlingsansvarliges virksomhet". 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.

Forsikringsselskapet kan 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.

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. 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.

### **1.8.2 Innhenting av helseopplysninger fra andre**

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.

Utvalget drøfter betydningen av samtykkeerklæringer ved tegning av forsikring og ved et forsikringsoppgjør.

Departementet har ikke holdepunkter for annet enn at de krav utvalget stiller til samtykket, i dag følges av forsikringsselskaperne i samsvar med kravene i 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. Dermed gis kravene også direkte anvendelse i forholdet mellom et forsikringsselskap og forsikringstaker.

Samtykket foreslås begrenset til det som trengs på hvert trinn i saken. 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.

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 foreslår derfor å lovfeste en regel om dette. 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.

## **1.9 Forsikringsselskapets rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger**

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". Er det inntruffet et forsikringstilfelle, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort. Ved livsforsikring er et forsikringsselskaps rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger ytterligere begrenset.

Utvalget understreker betydningen av å ha et "velfungerende sanksjonssystem ved brudd på opplysningsplikten".

Departementet legger til grunn at en forsikringsavtale representerer et tillitsforhold mellom den enkelte forsikringstaker og selskapet. En forsikringsta-



ker 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 (1995-1996). Forslaget innebærer at det får betydning for dekningen dersom forsikringstaker eller den forsikrede grovt uaktsomt har forsømt opplysningsplikten. Innskjerpningen av forsikringstakerens ansvar for at opplysningene er korrekte, må 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.

### 1.10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Regelen i forslaget med krav til at det må foreligge en særlig risiko for at risiko kan begrunne forsikringsnektelse, antas å være i samsvar med alminnelig 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 nytte 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 konsekvensene 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 lavrisikogrupperne, 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. 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. 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, medfører besparelser for forsikringsselskapet i de aktuelle sake-

ne. 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.

## 2. KOMITEENS MERKNADER

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, lederen Anne Marit Bjørnflaten, Thomas Breen, Ingrid Heggø og Hilde Magnusson Lydvo, fra Fremskrittspartiet, Jan Arild Ellingsen, Solveig Horne og Thore A. Nistad, fra Høyre, Elisabeth Aspaker og André Oktay Dahl, og fra Sosialistisk Venstreparti, Akhtar Chaudhry, viser til det fremlagte lovforslag og konstaterer at forslaget gir en balansert regulering av forholdet mellom forsikrings søkeren og selskapet når forsikring blir nektet, eller tilbudt til en særlig høy premie. Komiteen legger til grunn at balanse mellom forbrukerhensyn og hensynet til forsikringsinstituttet er viktig for å utvikle gode forsikringsprodukter. Komiteen har videre merket seg at lovforslaget berører visse spørsmål i forbindelse med selskapenes innhenting av helseopplysninger, og at dette i all hovedsak gjøres på en balansert måte.

Komiteen viser til at lovforslaget ikke etablerer noen generell rett for alle til å få forsikring, uavhengig av risiko. Komiteen legger til grunn at en generell rett til forsikring for alle uavhengig av risiko ville bryte med grunnleggende prinsipper om betydningen av risikovurderinger i forsikringsvirksomhet. Komiteen understreker at 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. Komiteen peker i denne sammenheng på at det først og fremst er de offentlige ordningene som skal sikre den ønskede omfordelingen i samfunnet og den grunnleggende økonomiske tryggheten til dem som rammes av sykdom og uførhet.

Komiteen viser til at personer som for eksempel har en helsetilstand som medfører en særlig risiko for uførhet og som selskapene i dag derfor ikke tilbyr uføreforsikring, ikke vil få noen rett til å få forsikring med uføredekning med de foreslåtte endringene. Komiteen er tilfreds med at disse imidlertid vil få rett til en 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 og rett til å bringe saken inn for Forsikringsklagekontoret for å prøve mer prinsipielle sider ved

grunnlaget for nektelsen. Komiteen viser også til at de får en rett til at selskapet vurderer om de kan tilbys en mer begrenset dekning slik at man unngår totalt avslag. Komiteen forutsetter at kravet til skriftlig begrunnelse i lovforslagets §§ 3-10 og 12-12 fjerde og femte ledd inntreffer etter en reell henvendelse om forsikring hos det angjeldende forsikringsselskap og ikke kun ved mer uformelle henvendelser og sonderinger i markedet, typisk muntlige og mer uforpliktende henvendelser til det enkelte selskap. Komiteen har i denne sammenheng merket seg at departementet understreker at kravet til begrunnelse ikke bør være lenger enn det som er nødvendig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, støtter at det settes en grense for når helseopplysninger skal kunne kreves og støtter 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 selskapet kan be om. Selv om en slik tidsgrense skulle være overflødig i forhold til praksis i dag, vil begrensningen være klargjørende for en forsikrings søker.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at lovforslaget setter en grense for når helseopplysninger skal kunne kreves. Disse medlemmer støtter at det settes en slik grense, men viser til at det for forsikringsordninger for kritisk sykdom er relevant i forbindelse med en risikovurdering å etterspørre om den enkelte har hatt en sykdom tidligere, typisk hva angår kreft, hjerteinfarkt og andre alvorlige sykdommer. Når det gjelder kroniske sykdommer, vil lovforslaget kunne medføre at man ikke får vite når en langvarig sykdom oppsto og hvordan den utviklet seg de første årene selv om sykdommen fortsatt er aktuell.

Disse medlemmer foreslår derfor at ny forsikringsavtaleloven § 13-1 b omformuleres i pakt med konklusjonene i NOU 2000:23, og disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"I lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler skal ny § 13-1 b lyde:

Selskapet kan ikke be om opplysninger om sykdom som ikke har gitt symptomer eller sykdomstegn de siste 10 år."

Subsidiært anmoder disse medlemmer Regjeringen om å foreta en evaluering av effektene av denne lovendringen og fremlegge evalueringen og eventuelle nødvendige forslag til lovendring for Stortinget på egnet måte på et senere tidspunkt.

Disse medlemmer har merket seg at lovforslaget forutsetter en del endringer i selskapenes rutiner som krever noen tid for at det skal bli gjennomført på en forsvarlig måte. Disse medlemmer forutsetter derfor at det gis noen tid mellom lovens vedtakelse til ikrafttreddelsen av denne slik at disse endringene får den tilskattede effekt.

Disse medlemmer har merket seg at Forbrukerrådet har mottatt en rekke klager på påstått usaklige forsikringsnektelser som ennå ikke er behandlet i Forsikrings-skadenemnda. Disse medlemmer viser til at Forbrukerrådet har opplyst at det finnes eksempler på at foreldre til en gutt ikke fikk tegne full forsikring på grunn av guttens dysleksi, at en jente ikke fikk tegne forsikring på grunn av lærevansker, at en 19 år gammel gutt ikke fikk tegne forsikring på grunn av ADHD, at psykologbesøk i forbindelse med samlivskrise medførte avslag på uføredekning, mv. Disse medlemmer tar ikke stilling til hvorvidt forsikringsnektelse i disse enkelt-sakene skyldes usaklige forhold, men bemerker generelt at forsikringsnektelse på grunnlag av slike forhold isolert sett ikke kan sies å være i pakt med lovgivers intensjon. Disse medlemmer anmoder derfor Regjeringen om løpende å vurdere praksis i nemnda og forsikringsbransjens statistikker i forhold til lovgivers intensjon og behovet for eventuell presisering fra lovgivers side.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at det følger av proposisjonen at det grunnleggende prinsippet er at risiko kan begrunne avslag. Dette slutter flertallet seg til. Flertallet vil likevel påpeke at det ikke ser på for eksempel dysleksi, lærevansker og adopsjon som avslagsgrunn, isolert sett.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser videre til at det har vært en dialog mellom Forbrukerrådet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Finansnæringens Hovedorganisasjon, Forsikringsklagekontoret og Justisdepartementet med sikte på å klargjøre hvorvidt det er behov for en styrking av Forsikrings-skadenemndas medisinske ekspertise der hvor helse er relevant, herunder spørsmålet om denne ekspertisens eventuelle bindinger. Disse medlemmer har merket seg at departementet ikke har foreslått å innføre en nøytral medisinsk tvisteløsningsadgang på bakgrunn av et ønske om at partene selv kom til enighet om en avtale. Disse medlemmer registrerer imidlertid at disse forhandlingene synes å ha gått i stå uten at man har avklart det eventuelle behovet for et system hvor de legene som skal vurdere avslag på forsikring, ikke har bindinger til eller bakgrunn fra

det organ som laget retningslinjene avslaget bygger på. Disse medlemmer anmoder Regjeringen om å følge de videre forhandlinger nøye og vurdere behovet for eventuell lovregulering av krav til nøytral medisinsk ekspertise i Forsikrings-skadenemnda.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er innforstått med at Justisdepartementet ikke har vært involvert utover en innledende dialog med disse partene, og departementet har således ikke vært involvert i drøftelsene om hvordan nemnda skulle tilføres medisinsk ekspertise. Flertallet har merket seg at departementets syn er 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 forsikringsnektelser, herunder tilgangen på fagkompetanse på ulike områder, krever enighet mellom partene i avtalen, og er således ikke noe vi som lovgiver kan pålegge dem. Den inngåtte intensjonsavtalen tar nettopp sikte på en styrking av nemndas mulighet til å behandle prinsipielle spørsmål knyttet til sakligheten av selskapenes vurdering av fremtidig helserisiko i saker om forsikringsnektelse. Flertallet har merket seg at departementet ser på dette som en viktig utvikling.

Flertallet vil også finne det lite hensiktsmessig å anmode Regjeringen å følge partenes forhandlinger så lenge man ikke er invitert til dette av partene selv.

Flertallet er enig i at det er ønskelig med krav til nøytral medisinsk ekspertise i Forsikrings-skadenemnda, men siden nemnda er basert på en frivillig ordning mellom partene i avtalen, er det lite hensiktsmessig å lovregulere dette i strid med en eller flere av partenes ønsker. Partene kan trekke seg fra avtalen dersom de ønsker det.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre har videre merket seg at spørsmålet i proposisjonen om hvorvidt betalingsanmerkninger i risikovurderingen skal anses som saklig grunn for forsikringsnektelse, regnes som klarlagt ved at dette ikke kan legges til grunn. Disse medlemmer støtter dette, men viser til at strukturelle endringer i finansnæringen gjør at enkelte kan omgå dette. Muligheten til å koble for eksempel salg av bil- eller boligforsikring til kunder som tar opp bil- eller boliglån gjennom selskapets egen bank blir stadig mer vanlig. Disse medlemmer viser også til at kryssalg av skadeforsikringsprodukter mot egne livs- og pensjonsforsikringskunder kan gi tilsvarende mulighet til indirekte utnyttelse av kredittanmerkninger som prissettingskriterium. Disse medlemmer har merket seg at Banklovkommisjonen over

tid har arbeidet med nye virksomhetsregler for skade- forsikringselskaper og trolig vil avgi innstilling i løpet av året. Disse medlemmer ser det som naturlig at Ot.prp. nr. 41 (2007-2008), spørsmålet om betalingsanmerkninger og forsikring og endrede strukturer i finansnæringen, sees i sammenheng med dette arbeidet. Disse medlemmer anmoder på denne bakgrunn Regjeringen om å sørge for at det foretas en vurdering av de konkurransemessige virkningene av Ot.prp. nr. 41 (2007-2008) ved at Banklovkommisjonen får i oppdrag å vurdere dette. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til at effektiv konkurranse mellom forsikringstilbydere er viktig for gode og rimelige løsninger for kundene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har også merket seg at spørsmålet om hvorvidt betalingsanmerkninger i risikovurderingen skal anses som saklig grunn for forsikringsnektelse, regnes som klarlagt ved at dette ikke kan legges til grunn, men vil peke på at selskapene ikke kan omgå kravet til saklig grunn for avslaget, selv om de skaffer seg kredittinformasjonen på den måten som er nevnt som eksempel her. Et selskap vil uansett ikke kunne begrunne sitt avslag på forsikring med betalingsanmerkninger.

Flertallet ønsker ikke å gi Banklovkommisjonen et mandat på noe som egentlig synes å være et forskningsprosjekt, nemlig å analysere virkningen av en ny lovgivning. Det er ikke dette Banklovkommisjonen er sammensatt for å gjøre.

Komiteen foreslår en mindre endring i helsepersonelloven ved at ordet "legeerklæring" endres til "erklæring" i § 15 nytt annet ledd. Bakgrunnen for forslaget er at det er dette som er vedtatt som helsepersonellovens terminologi, jf. Ot.prp. nr. 25 (2007-2008).

Komiteen viser videre til at lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. er vedtatt med "forsikringsloven" som offisiell korttittel. Denne korttittelen er uheldig fordi den kan gi inntrykk av at loven handler om noe annet enn det den egentlig gjør. Denne loven handler ikke om forsikringer. Den har derimot regler om selskapene som driver forsikringsvirksomhet, det vil si regler om konsesjonsplikt, organisering, hva slags virksomhet selskapet kan drive ved siden av forsikringsvirksomhet, krav til kapitaldekning og avsetninger, krav til premieberegning, osv.

Komiteen peker i denne forbindelse på at det nok for de fleste vil være mest naturlig å legge til grunn at forsikringsloven handler om "forsikringer", altså slike spørsmål som er regulert i forsikringsavtaleloven, og ikke i forsikringsloven. Korttittelen for-

sikringsloven er derfor egnet til å skape forvirring. Lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. bør i stedet gis korttittelen "forsikringsvirksomhetsloven".

Komiteen foreslår på denne bakgrunn følgende:

"I lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) skal lovens tittel lyde:

Lov om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (*forsikringsvirksomhetsloven*)."

For øvrig viser komiteen til forslaget og begrunnelsene gitt for dette i tilknytning til de enkelte bestemmelsene.

### 3. FORSLAG FRA MINDRETALL

#### Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

I lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler skal ny § 13-1 b lyde:

Selskapet kan ikke be om opplysninger om sykdom som ikke har gitt symptomer eller sykdomstegn de siste 10 år.

### 4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen og rår Odelstinget til å gjøre slikt

vedtak 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 redegjø-*

*res 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.*

*Forsikrings søkeren 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 forsikrings søkeren 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 sjettemte ledd.*

*En forsikrings søker som vil påberope 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 forsikrings søkeren 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 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 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.*

*Forsikrings søkeren 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 forsikrings søkeren 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 sjettede ledd.

En forsikrings søker som vil påberope 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 forsikrings søkeren 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, erklæring o.l. til et forsikrings selskap, skal han eller hun ta dette opp med pasienten.

Når det skal utleveres helseopplysninger til et forsikrings selskap, 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 forsikrings selskap 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

I lov 10. juni 2005 nr. 44 om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (forsikringsloven) skal lovens tittel lyde:

Lov om forsikringsselskaper, pensjonsforetak og deres virksomhet mv. (*forsikringsvirksomhetsloven*)

IV

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. De enkelte bestemmelsene i loven kan settes i kraft til ulik tid.

Oslo, i justiskomiteen, den 22. mai 2008

**Anne Marit Bjørnflaten**  
leder

**André Oktay Dahl**  
ordfører

