



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Kontraheringsplikt vid individuell personförsäkring – En självklar rätt för alla?

Av: Carin Ollhage

Handelshögskolan i Göteborg, Juridiska institutionen
Programmet för juris kandidatexamen
Tillämpade studier 30 hp
Handledare: Filip Bladini

1. INLEDNING	4
1.1 SYFTE	4
1.2 METOD OCH MATERIAL	5
1.3 AVGRÄNSNING	5
2. BAKGRUND	5
3. GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER INOM PERSONFÖRSÄKRINGSRÄTTEN.....	7
4. ALLMÄNT OM PERSONFÖRSÄKRING.....	8
4.1 BARN- OCH UNGDOMSFÖRSÄKRING	8
4.1.1 <i>Adoptivbarn</i>	8
4.2 OLYCKSFALLSFÖRSÄKRING	9
4.3 SJUKFÖRSÄKRING	10
4.4 LIVFÖRSÄKRING	10
4.5 KOLLEKTIV FÖRSÄKRING	10
5. KONTRAHERINGSPLIKT VID PERSONFÖRSÄKRING	11
5.1 NORMALT TILLHANDAHÅLLER ALLMÄNHETEN	12
5.2 INFORMATION OM RISKEN	14
5.3 SÄRSKILDA SKÄL FÖR VÄGRAN AV FÖRSÄKRING	14
5.3.1 <i>Risken för framtida försäkringsfall</i>	15
5.3.2 <i>Försäkringens art</i>	16
5.3.3 <i>Någon annan omständighet</i>	17
6. RISKBEDÖMNING.....	17
6.1 ALLMÄNT OM RISKBEDÖMNING OCH INFORMATIONSBALANS	17
6.2 HÄLSODEKLARATION.....	19
6.2.1 <i>Nya regler om fullmakt</i>	21
6.3 GRUNDER FÖR AVSLAG	23
6.4 GRUPPERING AV RISKER.....	25
7. BEGRÄNSNINGAR AV FÖRSÄKRINGSBOLAGETS ÅTAGANDEN.....	27
7.1 UPPLYSNINGSPLIKT	27
7.2 SYMTOMKLAUSULER	29
7.3 GENETISK INFORMATION	30
7.3.1 <i>Bakgrund</i>	30
7.3.2 <i>Genetisk information vid riskbedömning</i>	33
7.3.3 <i>Genetisk information kontra medicinsk information</i>	35
8. DOMSTOLSPRÖVNING.....	37
9. SOCIALFÖRSÄKRINGSSKYDDET	38
10. SLUTSATSER	38
11. KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING.....	43

11.1 OFFENTLIGT TRYCK	43
11.2 LITTERATUR	43
11.3 ÖVRIGT	43

1. Inledning

I 11 kap 1 § nya försäkringsavtalslagen (2005:105) (NFAL) regleras individens rätt till personförsäkring, s.k. kontraheringsplikt. Denna reglering ger individen en rätt att teckna liv-, sjuk- eller olycksfallsförsäkring som försäkringsbolaget normalt tillhandahåller allmänheten. Ett försäkringsbolag får dock neka personförsäkring om det finns särskilda skäl för vägran. Det framstår därför som möjligt att komma runt denna lagstadgade kontraheringsplikt.

Lagen avser värna vissa skyddsvärda grupper, till exempel funktionshindrade, varaktigt sjuka, m.fl. Frågan är om dessa verkligen får det skydd som åsyftas? Det råder ett motsatsförhållande mellan individen och försäkringstagarkollektivet.

Svårigheten vid bolagens riskprövning är främst att avgöra hur stor risk varje individ representerar för att kunna göra en korrekt villkors- och premiesättning, här påverkar ett antal omständigheter. Dessa bedömningar får inte göras schablonmässigt. En annan problematisk faktor som påverkar kontraheringsplikten och förutsättningarna för den är upplysningsplikten. Försäkringssökanden är skyldig att ge försäkringsbolaget de upplysningar bolaget behöver för sin bedömning, något som påverkar möjligheten att teckna försäkring. Slutligen undersöks regleringen av försäkringsbolagens tillgång på genetisk information, ett område som är nästintill oundvikligt att beröra när man talar om kontraheringsplikt i personförsäkrings-sammanhang, särskilt inför riskbedömningen. Ett känsligt område för många, dels av hänsyn till den personliga integriteten och dels av hänsyn till möjligheten till försäkringsskydd. Utvecklingen på detta område kan i framtiden i allt större omfattning sägas sälla bort människor som löper högst risk att drabbas av sjukdom.

1.1 Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka föreställningen om en ovillkorlig kontraheringsplikt. Förutom de uttryckliga reglerna om kontraheringsplikt kommer jag att undersöka andra faktorer som påverkar rätten att teckna personförsäkring. De faktorer jag kommer att ta upp utgörs av det praktiska tillvägagångssättet vid bolagens riskprövning, upplysningsplikten och reglerna om genetisk information. Jag ämnar belysa problematiken kring kontraheringsplikten utifrån främst dessa områden.

Genom denna uppsats ämnar jag undersöka och diskutera *hur långt* försäkringsbolagens kontraheringsplikt sträcker sig vid individuellt tecknade personförsäkringar, det vill säga *vilken* skyldighet försäkringsbolagen har att ingå sådana avtal med privatpersoner och *när* denna skyldighet upphör. Kan man ens tala om en *skyldighet*? Kontraheringspliktens möjliga korrelation med upplysningsplikten inför riskbedömningen kommer att diskuteras. Uppsatsen kommer ur ett samhälls- och konsumentperspektiv särskilt att belysa momentet riskbedömning kopplat till upplysningsplikten vid tecknande av försäkring. Ur detta perspektiv kommer bl.a. områdena genetisk information och adoptivbarns möjligheter att ingå avtal om personförsäkring att behandlas. Jag kommer vidare att undersöka vilket skydd som finns för den personliga integriteten vad gäller denna typ av känsliga frågor.

1.2 Metod och material

Metoden som används för uppsatsen är en traditionellt rättsdogmatisk metod, vilken innebär analys av rättskällorna på området med en efterföljande diskussion kring ämnet. Rättskällor som använts är förarbeten, lagtext, lagkommentar, doktrin och intervjuer med ämneskunnig person på ett par försäkringsbolag i de delar där svar erhållits.

1.3 Avgränsning

Det finns både individuellt respektive kollektivt tecknade personförsäkringar. Jag kommer i denna uppsats att fokusera på de individuellt tecknade personförsäkringarna. De frågor som tas upp och behandlas i det följande kommer i huvudsak utgöras av frågor som uppkommer vid själva ingåendet av personförsäkringsavtal. Jag kommer alltså inte behandla frågor kring t.ex. utbetalning av försäkringsersättning, förnyelse av försäkring, m.m.

2. Bakgrund

Fram till år 2006 existerade ingen kontraheringsplikt för försäkringsbolagen vid tecknande av individuell personförsäkring. Detta fanns tidigare endast för konsumentförsäkring, sådana försäkringar som omfattades av konsumentförsäkringslagen (1980:38) (KFL), huvudsakligen skadeförsäkringar. I förarbetena till den nya försäkringsavtalslagen sägs att vid personförsäkring är den enskilde i minst lika stort behov av att en begäran om försäkring behandlas på ett korrekt sätt som vid konsumentförsäkring. Socialförsäkringen och andra kollektiva försäkringar ger inte alltid ett tillräckligt skydd för den enskilde. Detta har under senare år medfört en avsevärd ökning av utbudet och behovet av andra typer av personförsäkringar. Att de försäkringssökande kan få ett kompletterande skydd anpassat efter

de personliga behoven är väldigt viktigt. Dock är en grundläggande utgångspunkt för både personförsäkring och skadeförsäkring att det inte kan krävas att försäkringsbolagen skall gå ifrån den försäkringstekniska bedömningen av risken. Samtidigt bör det inte förekomma att en försäkringsansökan avslås på osakliga grunder, som egentligen hade kunnat beviljas enligt en försäkringsmässig bedömning. Vidare anfördes i förarbetena att även om svenska försäkringsbolag inte missbrukar möjligheten att vägra försäkring, kan det inte ses som en garanti för att bolagen i framtiden, under andra ekonomiska villkor och andra samhällsförhållanden, kan komma att bli betydligt mer försiktiga med att bevilja försäkring. Det finns även rättssäkerhetsaspekter som talar för en rätt till försäkring. För den enskilde torde det vara av stor vikt att i sista hand kunna få ett beslut om avslag på försäkringsansökan prövad av domstol. Av denna anledning ansågs det i propositionen inte vara skäligt att avstå från att följa mönstret i KFL. Regeringen kommer därefter fram till, i likhet med Försäkringsrättskommittén, att det bör införas en rätt till personförsäkring.¹

Inför den nya lagstiftningen uppmärksammades ett speciellt problem som bestod i att vissa särskilt utsatta grupper inte skulle diskrimineras i fråga om försäkringsskydd. Dessa grupper utgörs av funktionshindrade och personer som varaktigt lider av dålig hälsa. Deras möjlighet att teckna försäkring på normala villkor och till en överkomlig premie ansågs vara begränsad. Regeringen ansåg att det var ytterst angeläget att dessa grupper fick ett fullgott försäkringsskydd på rimliga villkor och att kontraheringsplikten utformades så att den uppfyllde detta syfte. Av betydelse i sammanhanget är det faktum att man inte bör ingripa i försäkringsbolagens produktutveckling genom tvingande civilrättsliga regler. Den privata försäkringsverksamheten bedrivs inte på samma sätt som socialförsäkringen. Med utgångspunkt för den risk som skall täckas utformas premie och försäkringsvillkor av hänsyn till de väntade skador som kan drabba det försäkrade kollektivet. Även försäkringsrörelselagen (1983:713) är uppbyggd efter principen att bolagen själva skall bestämma premier och villkor efter försäkringstekniskt korrekta riktlinjer. Trots detta finns det starka incitament att underlätta situationen för funktionshindrade och personer med försämrad hälsa inom ramen för vad som är försäkringsmässigt möjligt. Det kanske inte är möjligt att garantera försäkringsskydd för samma premie och på samma villkor som andra sökande, men lagen bör trygga att riskprövningen verkligen görs på individuell grund och inte schablonmässigt.²

¹ Prop. 2003/04:150 s 245

² Prop 2003/04:150 s 246 f

3. Grundläggande principer inom personförsäkringsrätten

För att förstå hur kontraheringsplikten fungerar och vad den bygger på kan det här vara relevant att gå igenom vissa rättsligt erkända principer inom försäkringsrätten.

En grundläggande princip inom den svenska rättsordningen är att det föreligger *avtalsfrihet*, vilket innebär att parterna ingår en frivillig överenskommelse.³ Innebörden av avtalsfrihet är att parterna själva har rätt att välja vem de skall ingå avtal med och vad avtalets materiella innehåll skall vara. Dock finns en rad olika legala begränsningar i parternas fria dispositionsrätt, som motiveras med att den enes frihet lätt kan bli den andres ofrihet. Monopolställning brukar framhållas som ett argument för kontraheringsplikt. Vad gäller personförsäkringsavtal kan sägas att det visserligen finns mer än en aktör att vända sig till, men försäkringsbolagen har en viss tendens att bedöma de risker man vill försäkra likartat och alternativen blir då trots allt inte så många.⁴ Kontraheringsplikten utgör ett avsteg från den grundläggande principen om avtalsfrihet, detta medför att man måste vara försiktig när man bedömer dess omfattning.

Bolagets ekonomi bygger på de premier som de får in från försäkringstagarna och bolaget måste vara solid.⁵ I detta sammanhang utgör *ekvivalensprincipen* en viktig princip inom försäkringsrätten. Innebörden av denna princip är att premien måste motsvaras av den risk som bolaget skall försäkra, det vill säga en person som innebär en stor risk för bolaget och det kollektivt denne önskar bli en del av skall inte kunna lägga över de kostnader som den förhöjda risken innebär på övriga inom kollektivet. De personer som inte motsvarar riskbilden skall alltså antingen hållas utanför kollektivet eller tvingas betala en högre premie än de övriga försäkringstagarna.⁶

En annan princip som hänger nära samman med ekvivalensprincipen är *produktfrihetens princip* som syftar på att försäkringsbolaget själva avgränsar det riskområde som de vill försäkra. Även *premiefrihetens princip* är här relevant, vilken innebär att bolaget har en rätt att själva sätta priset på de produkter de tillhandahåller. Försäkringsbolagens verksamhet står under tillsyn av Finansinspektionen och bolaget måste följa reglerna i försäkringsrörelselagen,

³ Adlercreutz, s 105

⁴ Lindell-Frantz, s 54

⁵ Försäkringsrörelselagen (1983:713) 1 kap 1 §, även 7 kap 4 § särskilt om livförsäkring

⁶ Lindell-Frantz, s 55

bl.a. vad gäller kravet på soliditet. Denna *soliditetsprincip* sätter således en nedre gräns för hur lågt premierna kan sättas i förhållande till de risker som bolaget åtar sig att försäkra.⁷

Slutligen utgör *solidaritetsprincipen* en viktig princip i sammanhanget. Denna princip framhåller vikten av att de goda riskerna bör vara solidariska med de sämre, därigenom fördelas bördorna jämnt dem emellan. Solidaritetsprincipen kan komma i konflikt med ekvivalensprincipen såvida man inte tolkar denna på så sätt att den totala mängden premier skall motsvara den kollektiva risken istället för att den individuella premien motsvarar den individuella risken.⁸

4. Allmänt om personförsäkring

Det finns tre olika typer av personförsäkringar; liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring. Dessa tre försäkringar tecknas alla för olika ändamål, men de kan även delvis kombineras, t.ex. kan sjuk- och olycksfallsförsäkring tecknas i en och samma försäkring. Det finns även särskilda barn- och ungdomsförsäkringar. Nedan följer en redogörelse för försäkringarnas olika karaktär och egenskaper.

4.1 Barn- och ungdomsförsäkring

Barn och ungdomar är en särskilt utsatt grupp eftersom om den unge i tidig ålder skulle drabbas av en sjukdom eller ett olycksfall riskerar att få det mycket svårt att komma in på arbetsmarknaden i framtiden eller kanske helt och hållet kommer att stå utanför denna. Barn och ungdomar har därför ett särskilt behov av privat försäkring eftersom samhällets skydd vid sjukdom eller olycksfall för denna grupp är bristfällig. Ett barn som drabbas av sjukdom eller olycksfall får en mycket svår ekonomisk situation om de som vuxna inte kan komma ut i arbetslivet på grund av skadan. Visserligen har barn och ungdomar ett visst försäkringsskydd när de går på dagis eller i skolan, men det täcker bara olycksfall och inte sjukdomar. Många kommuner har inte heller skolförsäkringar som gäller på fritiden utan bara under tiden som barnet deltar i kommunens verksamhet.⁹

4.1.1 Adoptivbarn

Adoptivbarn kan ses som en speciell grupp vid tecknande av barn- och ungdomsförsäkring. Eftersom de ofta kommer från ett utomeuropeiskt land finns generellt inte samma rutiner och

⁷ Lindell-Frantz, s 57

⁸ Lindell-Frantz, s 56

⁹ Sporrang, s 23

kontroller vid födsel och tiden därefter, vilket gör dessa barn till en utsatt grupp vad gäller försäkringsmöjlighet som adoptivbarn i Sverige.

Det är inte möjligt att på samma sätt för adoptivbarn som för barn födda inom Norden att erhålla tillförlitliga uppgifter om komplikationer i samband med graviditet och förlossning, barnets födelsevikt eller första levnadstid. För adoptivbarn gäller allmänt en så kallad fyraårskontroll, vilken innebär att barnet då det fyllt fyra år skall genomgå en särskild hälsokontroll utan anmärkning. Denna kontroll sker numera ofta vid 5-6 års ålder. För barn som inte uppnått önskad ålder krävs för att kunna teckna försäkring att de uppnått 18 månaders ålder och vistats i Sverige minst ett år. Därtill krävs ett särskilt läkarutlåtande för att villkoren i försäkringen skall kunna bedömas.¹⁰

Enligt Inger Jigskog på Länsförsäkringar gäller särskilda teckningsregler för alla inflyttade barn till Sverige, oavsett utlandsfödd eller svenskfödd, som innebär att barnet skall ha varit bosatt i Sverige ett år innan försäkring kan ges. Det spelar alltså ingen roll om det är ett adoptivbarn eller ett barn som har svenska föräldrar men är född i utlandet. Kravet är alltid att man skall ha vistats i Sverige ett år innan man får teckna försäkring, detta för att barnets sjukhistoria finns utomlands och man måste etablera sig i Sverige för att kunna upptäcka om ohälsa finns. Det skall gärna finnas någon form av dokumentation av hälsoundersökningar. Reglerna gäller i princip för alla personer som inte har varit i Sverige sista tiden. De får vänta med att teckna försäkring. Anledningen till detta är troligtvis att eventuella sjukdomar kan komma att visa sig inom ettårsperioden.

4.2 Olycksfallsförsäkring

En olycksfallsförsäkring lämnar ersättning för de ekonomiska förluster av olika slag som uppkommer till följd av en olycksfallsskada. Dessa ekonomiska förluster utgörs av direkta kostnader av olika slag, t.ex. behandlings- och resekostnader. Det kan även uppstå kostnader för omställning om olycksfallet orsakat svårare skador som lett till bestående invaliditet, t.ex. anpassning av bostad, förändring av fritids- och hobbyverksamhet, etc. Även framtida inkomstförluster kan uppstå där skadan visar sig vara så allvarlig att arbetsförmågan nedsätts eller helt förloras.¹¹ När man tecknar en olycksfallsförsäkring skall man noga se över villkoren så att man tecknar rätt försäkring. Det är vanligt att försäkringsvillkoren innehåller

¹⁰ Lomfelt, s 29

¹¹ Sporrang, s 27

inskränkningar för aktiviteter som anses särskilt riskfyllda, såsom vissa sport-, idrotts- och fritidsaktiviteter.¹²

4.3 Sjukförsäkring

En sjukförsäkring kompenserar en viss del av inkomstförlusten vid sjukdom som ger nedsatt arbetsförmåga. Vanligtvis betalas ersättningen ut månadsvis.¹³ Försäkringsbolagen skiljer mellan normalrisk, mindre goda risker och oförsäkringsbara risker vid tecknande av sjukförsäkring.¹⁴ En sjukförsäkring kan även vara kombinerad med en olycksfallförsäkring.

4.4 Livförsäkring

Under begreppet livförsäkring återfinns dödsfallsförsäkring och livsfallsförsäkring. En dödsfallsförsäkring ger ett ekonomiskt skydd till den eller de efterlevande (förmånstagare) vid den försäkrades dödsfall. En livsfallsförsäkring faller ut med ett visst försäkringsbelopp när den försäkrade uppnår en i avtalet förutbestämd ålder.¹⁵

Sjukdomar där dödligheten antas vara förhöjd, t.ex. diabetes och vissa hjärtsjukdomar, leder till att försäkringsbolagen tar ut en högre premie under hela försäkringstiden, s.k. förhöjningssatser. Förhöjningssatserna tillämpas olika beroende på risken.¹⁶

4.5 Kollektiv försäkring

En person som kan ha svårt att teckna individuell personförsäkring på grund av försämrad hälsa kan ha lättare att få försäkringsskydd genom en kollektiv försäkring. Jämfört med individuell personförsäkring är riskbedömningen vid kollektiv försäkring mer standardiserad. Det ställs inte lika hårda krav på hälsodeklaration varför det kan underlätta för vissa personer att teckna en försäkring. Dock utgår normalt inte lika hög ersättning vid sjukdom eller olycksfall som vid en individuell personförsäkring.¹⁷ Om man jämför en individuell personförsäkring med en gruppförsäkring finns väsentliga skillnader i riskbedömning och pris enligt Inger Jigskog, Länsförsäkringar. Vid en gruppförsäkring omfattas oftast arbetsföra anställda personer. Visserligen kan hälsoprövning ingå, men denna är inte lika detaljerad som annars. De antaganden man gör om kunden och de förutsättningar som finns sätter priset på

¹² Sporrang, s 29

¹³ Socialstyrelsen, s 15

¹⁴ Fagerberg och Schenholm, s 31

¹⁵ Socialstyrelsen, s 15

¹⁶ Fagerberg och Schenholm, s 29

¹⁷ Prop. 2003/04:150 s 249

produkten. Hälsoprövningen kan sägas ha flera nivåer och utformas efter vilket försäkringsbelopp som används. Är personen aktiv på arbetsmarknaden erbjuds oftast kollektivavtalsgrundad försäkring, där det inte ställs några hälsokrav alls. Skulle personen inte ha möjlighet att arbeta kanske möjlighet till en gruppförsäkring ändå finns via fackförbund eller dylikt. Det har visat sig möjligt att låta gruppmedlemmar med sämre hälsa än vanligt få samma skydd som övriga i gruppen. På detta vis tillgodoses deras behov av försäkringsskydd.¹⁸ Försäkringsskyddet blir begränsat i och med att ersättningsnivån är lägre, men det torde ändå vara fördelaktigare för kunden som får ett visst försäkringsskydd istället för att kanske helt stå utan skydd. Man skulle kunna säga att solidaritetsprincipen här är framträdande och att ekvivalensprincipen här får stå tillbaka genom minskade ersättningsnivåer.

5. Kontraheringsplikt vid personförsäkring

Här följer en kort redogörelse för innebörden och funktionen av kontraheringsplikt för att underlätta förståelsen kring begreppet.

Det är förhållandevis vanligt att man kallar kontraheringsplikt för kontraheringstvång. Det som åsyftas med begreppet är en skyldighet att ingå avtal med den som vill. Kontraheringsplikt kan förekomma i en mängd olika sammanhang. De stadganden som motiverar kontraheringsplikt är i många fall av samma natur som annan lagstiftning till skydd för den svagare parten i ett avtalsförhållande, t.ex. konsumentköplagen. Normalt ökar kontraheringsplikten den faktiska valfriheten för den beroende parten medan den inskränker den i motsvarande mån för motparten. Vidare stadgas ibland kontraheringsplikt för att möjliggöra och underlätta olika åtgärder till medborgarnas gemensamma bästa. Detta skapar förutsättningar för uppnåendet av vissa mål som anses viktiga för samhället som helhet.¹⁹

Möjligheten till individuell personförsäkring infördes år 2005 genom tillkomsten av NFAL. Kontraheringsplikt hade tidigare bara funnits för skadeförsäkring. Försäkringsbolaget skall inte kunna vägra någon att teckna en liv-, sjuk- eller olycksfallsförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten, utan det kan endast göras då det finns särskilda skäl därför. Detta förklaras med att den enskilde har ett försäkringsbehov av personförsäkringar som är skyddsvärt. Dock kan inte krävas att försäkringsbolaget skall behöva gå ifrån den

¹⁸ Prop. 2003/04:150 s 249

¹⁹ Pehrson, s 70 ff

försäkringstekniska bedömningen av risken. Det som lagstiftaren främst vill förhindra är att ansökan om försäkring avslås på osakliga grunder. Lagstiftaren ville även förebygga de fall där försäkring vägras på grund av att den enskilde fått försämrad hälsa efter ansökan om försäkring. Ur ett rättssäkerhetsperspektiv har det därutöver ansetts viktigt att ett beslut om avslag skall kunna prövas av domstol.²⁰

I likhet med skadeförsäkringar enligt 3 kap 1 § NFAL kan en begärd försäkring vägras på grund av särskilda skäl med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet. Det blir aktuellt med en avvägning mellan å ena sidan försäkringsbolagets och försäkringskollektivets intressen och å andra sidan intresset för den som söker försäkring. Det torde dock enligt Bengtsson krävas starkare skäl att vägra en personförsäkring än en skadeförsäkring med hänsyn till personförsäkringens sociala betydelse. Försäkringsbolaget har enligt uppräkningsen i 11 kap 1 § NFAL rätt att begära högre premie än normalt, ta in särskilda undantag eller i sista hand vägra försäkring om det finns godtagbara försäkringsmässiga argument. Det är upp till försäkringsbolaget att påvisa att särskilda skäl föreligger. Motiven till lagen betonar att kontraheringsplikten, av hänsyn till försäkringstagarkollektivet, inte syftar till att förändra det försäkringstekniska underlaget för bolagets prövning av ansökningar om försäkring. Försäkringsbolaget har både en rätt och en skyldighet att följa sin egen praxis.²¹

Det bör särskilt hållas i minnet att å ena sidan har försäkringstagaren ett särskilt behov av trygghet och å andra sidan har försäkringstekniken betydelse för försäkringsbolaget som ingår sina avtal under vissa förutsättningar grundade på risken och slår detta fel kan det få betydande ekonomiska konsekvenser. Lagstiftaren och domstolarna får väga dessa intressen mot varandra. Ibland tar det ena intresset över, ibland det andra. Precis som i andra civilrättsliga sammanhang är lagstiftaren särskilt mån om att skydda konsumenternas intresse, vilket sker genom tvingande lagstiftning och viss myndighetskontroll av avtalsvillkoren.²²

5.1 Normalt tillhandahåller allmänheten

Som framgår av aktuell paragraf föreligger en skyldighet för försäkringsbolaget att teckna sådana försäkringar som bolaget *normalt tillhandahåller allmänheten*. Detta är en

²⁰ Bengtsson, s 387f

²¹ Bengtsson, s 389

²² Bengtsson, s 23

förutsättning för att kontraheringsplikten skall gälla. Utgångspunkten för om en försäkring normalt tillhandahålls allmänheten är i första hand produktsortiment, försäkringsvillkor och praxis hos det aktuella försäkringsbolaget. Risker som inte ingår i bolagets vanliga sortiment behöver bolaget inte meddela försäkring för. Bolaget behöver inte heller utvidga sin verksamhet utöver det geografiska område eller den kundkrets den är avsedd för. Att bolaget har tillstånd att meddela viss försäkring spelar ingen roll om bolaget valt att inte utnyttja detta. Mer ingående innebär detta att om bolaget valt att endast meddela försäkring för en viss kundkrets, t.ex. helnyktra, är bolaget inte tvunget att meddela försäkring för personer utanför denna krets. Detta kan sägas vara ett uttryck för produktfrihetens princip. Vidare medför inte det faktum att ett bolag meddelar en viss typ av försäkring, t.ex. sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn, att även andra försäkringsbolag måste meddela denna typ av försäkring.²³

Bestämmelsen innebär också att försäkringstagaren måste vara beredd att acceptera de försäkringsvillkor som försäkringsbolaget tillämpar för försäkringen, t.ex. vissa undantag som bolaget normalt gör i villkoren och som inte kan tas bort oavsett om försäkringstagaren betalar en tilläggspremie eller inte. Brukar bolaget normalt täcka den undantagna risken mot en tilläggspremie, får de inte utan särskilda skäl vägra en enskild kund att få med risken i försäkringsskyddet.²⁴ En ytterligare följd av kontraheringsplikten är att den som söker försäkring har rätt att få teckna försäkring mot den premie och de villkor som tillämpas för den riskkategori som den presumtiva försäkringstagaren anses ingå i.²⁵

Således är det upp till försäkringsbolaget att särbehandla olika grupper av sökande så länge alla i den bestämda gruppen konsekvent behandlas lika. Dock framgår av förarbetena till NFAL att om bolagens egen praxis avviker från vad som är medicinskt eller försäkrings-tekniskt motiverat så kan det bli aktuellt för domstolen att underkänna ett avslag på försäkringsansökan trots att avslaget stämmer överens med bolagets egen praxis. Bengtsson påpekar dock att det troligen blir svårt för domstolen att underkänna ett försäkringsbolags sätt att kalkylera risken.²⁶

²³ Prop. 2003/04:150 s 497 f

²⁴ Bengtsson, s 388

²⁵ Prop. 2003/04:150 s 498

²⁶ Bengtsson, s 389 fotnot 31

5.2 Information om risken

Försäkringsbolagets *rätt till information* om den potentiella försäkringstagaren och den risk denne representerar överensstämmer med bestämmelsen i 12 kap 1 § NFAL om upplysningsplikt.²⁷ Denna upplysningsplikt för försäkringstagaren och den försäkrade har i NFAL begränsats till att vara en svarsplikt, vilken innebär att försäkringstagaren och den försäkrade skall lämna riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor.²⁸ I princip är det tillåtet för bolaget att ställa vilka frågor de vill till den som skall försäkras så länge de efterfrågade uppgifterna är försäkringstekniskt relevanta samt inte är av diskriminerande karaktär. Vad som är väsentligt och befogat att begära upplysningar om ur försäkringsteknisk aspekt avgörs av om uppgifterna har betydelse för ”de överväganden och åtgärder från försäkringsbolagets sida som avser förhållandet mellan risk och premie vid en viss försäkringsprodukt”. I detta avseende kan kontraheringsplikten sägas korrespondera med upplysningsplikten.²⁹

Det finns dock en uttrycklig begränsning av bolagets rätt att efterfråga viss information och det handlar om genetisk information, se mer om detta nedan.

5.3 Särskilda skäl för vägran av försäkring

Rubriken syftar på den kanske mest intressanta bestämmelsen i 11 kap 1 § NFAL. Det är ofta här det avgörs huruvida en personförsäkring kan tecknas eller inte.

Försäkringsbolaget kan avslå en ansökan om personförsäkring om det föreligger *särskilda skäl*. I praktiken innebär detta att försäkringsbolaget kan begära en högre premie än normalt eller ta in särskilda undantag i försäkringen eller i sista hand helt vägra försäkring. Det är vid nyss nämnda fall upp till försäkringsbolaget att visa att omständigheterna är sådana att det föreligger särskilda skäl att erbjuda försäkring till sämre villkor eller helt vägra försäkring.³⁰ De särskilda skäl som försäkringsbolaget kan göra gällande kan delas in i tre kategorier; *risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art* eller *någon annan omständighet*.

²⁷ Se nedan avsnitt 7.1

²⁸ Bengtsson, s 409

²⁹ Lindell-Frantz, s 76 f

³⁰ Prop. 2003/04:150 s 499

Formuleringen särskilda skäl används i författningstexter för att göra ett undantag från en huvudregel. Även begreppet synnerliga skäl förekommer för att ange när ett undantag är tillämpligt. Vid en jämförelse av de båda begreppen kan sägas att det ställs högre krav när begreppet synnerliga skäl används istället för särskilda skäl.³¹ Således har lagstiftaren valt att inte använda den starkare formuleringen som grund för vägran, vilket kan tyckas anmärkningsvärt om man ser till helheten varför lagen infördes; att skydda vissa utsatta grupper.

5.3.1 Risken för framtida försäkringsfall

Försäkringsbolaget kan göra bedömningen att risken för ett framtida försäkringsfall, även kallat konflagrationsrisken, är så pass överhängande att detta motiverar ett avslag på ansökan om personförsäkring. Ganska naturligt är hälsotillståndet hos den som skall försäkras det mest relevanta och intressanta för försäkringsbolagen att titta på när de gör sin riskbedömning.³²

Denna punkt torde vara den vanligaste orsaken till avslag på försäkringsansökan och således den mest intressanta ur ett konsument- och samhällsperspektiv, varför det i följande delar av uppsatsen kommer att ligga fokus på riskbedömning.

Vad gäller möjligheten från försäkringsbolagens sida att neka försäkring är detta godtagbart med hänsyn till försäkringstagarkollektivet och företagsekonomiska kalkyler eftersom det är fråga om privat frivillig försäkring. När det i det enskilda fallet är motiverat av hänsyn till den försäkringstekniska bedömningen av hälsotillståndet och den sammanhängande risken för framtida försäkringsfall är det tillåtet för försäkringsbolagen att avslå försäkringsansökan eller bevilja försäkring med förhöjd premie eller särskilda undantag i försäkringsvillkoren.³³ Det är i sista hand domstolen som har att avgöra detta.³⁴

I intervju med Inger Jigskog på Länsförsäkringar framgår att många kunder tror att de har en ovillkorlig rätt till försäkring. Men hon menar att man måste sätta gränsen någonstans och att det hela tiden handlar om en avvägning av ekonomiska intressen som måste motsvara risken. Som försäkringsbolag måste man avgöra vilken produkt man vill tillhandahålla allmänheten och vilka försäkringsvillkor och premiesättning den skall ha. Det är viktigt att bolaget har

³¹ Lindell-Frantz, s 86 f

³² Lindell-Frantz, s 88 f

³³ Prop. 2003/04:150 s 499

³⁴ Se nedan avsnitt 8

balans i ekonomin och i skadekostnader. Det skall kännas tryggt för försäkringstagarna att teckna en försäkring och att den försäkrade vet att bolaget har en stark ekonomi ifall något händer. En försäkrads skadefall skall inte drabba övriga försäkrade. Varje försäkring måste stå sina egna kostnader beräknat utifrån risker och vilken premie som motsvarar risken.

Monika Kandare på Trygg Hansa menar att införandet av kontraheringsplikt på personförsäkringsområdet inte inskränker bolagets möjligheter att avstå från att meddela försäkring när bolaget bedömer risken vara för stor. Tvärtom menar hon att det är nödvändigt att kunna säga nej till en risk som bolaget anser vara för stor. Görs en korrekt och saklig riskbedömning kan den inte anses bryta mot lagen. Det viktiga är att en kund inte behandlas sämre än en annan i motsvarande situation.

5.3.2 Försäkringens art

I lagen nämns även den avsedda försäkringens art som skäl att neka försäkring. Lagstiftaren tar här sikte på försäkringar som typiskt sett har mindre betydelse för den sociala aspekten. Till denna kategori hör försäkringar som har ett litet riskinnehåll, kanske en risk på bara någon procent, och som närmast är att bedöma som en typ av sparprodukt. Får sökanden i ett sådant fall avslag på begärd försäkring torde denne enligt motiven inte ha några svårigheter att antingen teckna en motsvarande försäkring hos ett annat försäkringsbolag eller placera sina pengar i en annan sparform, t.ex. obligationer.³⁵

De försäkringar som kan sägas utgöra en form av sparande och som omfattas av bestämmelsen torde främst vara pensionsförsäkringar, vilka således inte omfattas av kontraheringsplikten. Undantaget ter sig ganska logiskt med hänsyn till syftet med kontraheringsplikten, eftersom det i dessa fall där försäkringen utgör en form av sparande inte torde föreligga något skyddsbehov av individens personliga förhållande. Det kan dock uppkomma gränsdragningsproblem för försäkringsprodukter som utgör en blandform av sparande och risktäckande. Det får då avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet om bolaget kan undgå kontraheringsplikten med hänvisning till försäkringens art. Undantaget borde kunna vara tillämpligt i de fall där sparmomentet utgör det huvudsakliga syftet med försäkringen.³⁶

³⁵ Prop. 2003/04:150 s 500

³⁶ Lindell-Frantz, s 91 f

Barnförsäkringar intar en särställning eftersom dessa anses vara av sådan art att deras särdrag ger skäl för en generös syn på så kallade symtomklausuler.³⁷

5.3.3 Någon annan omständighet

Även andra omständigheter än de ovan angivna kan grunda avslag på någons ansökan om försäkring, så länge de når upp till kravet på särskilda skäl. En sådan annan omständighet är när det föreligger en så kallad moralisk risk. Det handlar här om att försäkringsbolagen anser att det finns en fara att den framtida försäkringstagaren kan komma att utnyttja försäkringen på ett ohederligt sätt gentemot bolaget. Det som främst åsyftas är risken för försäkringsbedrägeri. Exempel på detta är att bolaget hyser farhågor för att den som ansöker om försäkring inte lämnar korrekta uppgifter eller att det föreligger misstankar om att den försäkrade kan komma att framkalla eller simulera ett försäkringsfall. En allmän misstanke om att den försäkrade kan komma att förfara ohederligt är inte tillräckligt utan det krävs konkreta omständigheter som ger stöd för misstankarna, för att bolaget skall ha rätt att vägra försäkring. Det torde i praktiken röra sig om fall där sökanden tidigare gjort sig skyldig till bedrägeri i försäkringssammanhang och som ger anledning att tro att ett sådant beteende kan komma att upprepas gentemot bolaget. Dock skall det noga övervägas om händelsen var en engångsföreteelse eller om sökandens förhållanden har förändrats så att det inte längre finns anledning att misstro honom. Har sökanden tidigare uppträtt direkt svikligt eller i strid mot tro och heder eller annars grovt åsidosatt sina skyldigheter mot ett försäkringsbolag, kan ett avslag formuleras utifrån sådana erfarenheter.³⁸

6. Riskbedömning

6.1 Allmänt om riskbedömning och informationsbalans

Försäkringsbolagen är privata bolag och vinstdrivande företag. De måste av hänsyn till sina kunders bästa, dvs. försäkringstagarkollektivet, kunna göra korrekta riskbedömningar av bland annat sjukdom och sannolik livslängd. Det är här viktigt med *informationsbalans*, dvs. den information som försäkringstagaren har om sin hälsa skall även försäkringsgivaren känna till. Av denna anledning har försäkringstagaren en upplysningsplikt gentemot försäkringsgivaren, se mer nedan, detta är ett grundläggande krav för bedömning av risken.³⁹ Som huvudregel gör försäkringsbolaget riskbedömningen utifrån att individer som löper en högre

³⁷ Se nedan avsnitt 7.2

³⁸ Prop. 2003/04:150 s 500

³⁹ Socialstyrelsen, s 16

risk att drabbas av sjukdom eller dö i förtid får vanligtvis betala en högre premie än de som har en lägre risk. Ersättningsnivå och storlek på premien räknas ut i varje enskilt ärende efter en riskanalys. Riskbedömarna vill ha bra och relevant information om sökandens hälsotillstånd, för att kunna göra en så korrekt bedömning som möjligt av vilka risker och då även vilken storlek på premie respektive försäkringsbelopp som sökanden skall ha.⁴⁰

Riskprövningen av alla försäkringsansökningar är en nödvändig förutsättning för att försäkringsbolagen skall kunna bibehålla en sund ekonomi och för att kostnaderna för riskerna skall kunna fördelas på ett skäligt sätt mellan försäkringstagarna. Bolagen vill skydda sig mot ett oförmånligt urval och försöka åstadkomma en rättvis premiesättning med hänsyn till beräknad dödlighet i de olika riskgrupperna, t.ex. vid hjärtfel eller diabetes. Riskbedömningen är viktig för att åstadkomma skälighet och soliditet.⁴¹ Enligt Lomfelt är inte riskbedömningen inriktad på att bolagen endast försöker teckna försäkring på normala risker och avstå från sämre risker utan bolagen försöker ge så många personer som möjligt försäkring till normala premier. Beträffande övriga som inte beviljas försäkring till normal premie prövar bolagen möjligheten att erbjuda försäkring med tilläggspremie eller med förändrade villkor. Det kan ändå till slut tyvärr återstå en liten del som, åtminstone för stunden, betraktas som oförsäkringsbara.⁴²

Kontraheringsplikten uppstår först när försäkringsbolaget fått nödvändiga uppgifter för riskbedömningen. Försäkringsvillkor som utformas efter den försäkrades hälsotillstånd skall bestämmas utifrån det aktuella hälsotillståndet vid tiden för ansökan. Om försäkringsfall inträffar eller om den försäkrades hälsotillstånd försämras efter att ansökan om försäkring har skickats eller lämnats till bolaget får inte detta utgöra grund för avslag, enligt 11 kap 1 § 2 och 3 men. NFAL.

Det finns enligt Radetzki⁴³ ett starkt incitament för försäkringsbolagen att skaffa information om försäkringstagarna och att för varje individ erbjuda en försäkring med rätt premie som motsvarar risken. Gör inte försäkringsgivarna detta kommer de att göra förluster på de försäkringsavtal som ingåtts med en för hög risk. Därtill kommer de försäkringstagare som representerar en mer begränsad risk och som betalar en högre premie än den risk de motsvarar

⁴⁰ Socialstyrelsen, s 13

⁴¹ Lomfelt, s 7f

⁴² Lomfelt, s 8

⁴³ Radetzki, m.fl. s 10

så småningom lämna försäkringen till förmån för bolag där deras relativt låga risk återspeglas på premien. En fortlöpande riskanalys och anpassning av premierna efter kostnaden för risken är en viktig förutsättning för de privata försäkringsföretagens framtida överlevnad och torde vara avgörande för att hitta en jämvikt mellan risker och kostnader som passar försäkringstagaren. Jag anser att detta resonemang torde gynna både försäkringstagaren och försäkringsbolaget eftersom försäkringstagaren får en premie som bättre motsvarar den risk denne representerar vilket leder till att försäkringsbolaget får fler nöjda kunder.

6.2 Hälsodeklaration

För att kunna göra en korrekt bedömning av försäkringsrisken efterfrågar försäkringsbolaget ofta en hälsodeklaration. Denna kan kunden själv fylla i. Hälsodeklarationen består av ett antal frågor om den försäkringssökandes hälsa som han eller hon intygar är riktiga. Exempelvis efterfrågas längd, vikt, sysselsättning, rökvanor, sjukdomar, skador, m.m. Skulle dessa uppgifter inte vara tillräckliga kan bolaget själv komplettera genom att inhämta journaler från sjukhus etc. Sökanden kan även tvingas genomgå en hälsoundersökning om bolaget begär det. I samband med att försäkringssökande fyller i hälsodeklaration ger han eller hon sitt medgivande till att bolaget får inhämta upplysningar från sjukhus, försäkringskassa och andra, dvs. en slags fullmakt, för att kunna kontrollera riktigheten av lämnade upplysningar. I vissa fall kan läkarutlåtande vara obligatoriskt då försäkringsbeloppet är av viss storlek eller vid en viss ålder hos den försäkringssökande.⁴⁴

Sökanden måste underkasta sig bolagets krav på underlag för en korrekt utredning av risken och en prövning av ansökan. Om ett bolag skulle ställa omotiverade krav på utredning som kan antas syfta till att avskräcka kunden från att fullfölja ansökan, kan detta ses som en förtäckt vägran att teckna försäkring från bolagets sida. Skulle däremot sökanden inte lämna de upplysningar som försäkringsbolaget behöver eller svara ofullständigt på försäkringsbolagets frågor eller inte svara alls får bolaget avslå ansökan under förutsättning att upplysningarna och frågorna har betydelse för bedömningen av ansökan.⁴⁵

Hos Länsförsäkringar begär bolaget en hälsodeklaration som kunden fyller i. Hälsodeklarationen ligger sedan till grund för hur bolaget går vidare. Riskbedömningsavdelningen avgör sedan efter första bedömningen om vidare utredning behöver göras eller

⁴⁴ Fagerberg och Schenholm, s 22

⁴⁵ Prop. 2003/04:150 s 498

om försäkring kan meddelas direkt. Bedömningen görs beroende på kundens hälsostatus och medicinska riktlinjer för den sökta försäkringen. Det görs alltid en individuell bedömning utifrån den efterfrågade försäkringens teckningsregler och medicinska riktlinjer. Dessa kan skilja sig åt mellan olika försäkringar och bolag. Den sökta försäkringen utformas individuellt efter kundens hälsostatus genom att undantag och premieförhöjningar sätts efter den medicinska riskbedömningen. I en mening kan sägas att produkten anpassas efter kundens förutsättningar, men inte fullt ut på det sättet att alla får en skräddarsydd försäkring. Inom Länsförsäkringar tillämpas riskklasser. Man ser till de olika ansökningarna och delar in dessa i grupper som därefter bedöms huruvida försäkring kan beviljas eller inte. Efter att hälsodeklarationen har kommit in bedöms man och placeras i någon av riskklasserna. Varje riskklass skall inom sig bära sina egna kostnader, annars får man betala för den ökade risken man bedöms utgöra. Riskklasserna är tydliga utifrån vilka premieförhöjningar som tillämpas inom gruppen. Riskbedömningen görs efter hur den aktuella livssituationen ser ut och kan variera. Det ställs inte lika stora krav på en person som är fullt arbetsför jämfört med en person som representerar en högre risk, där man oftast kräver läkarutlåtande. Riskbedömningen utformas beroende på vilken försäkring kunden vill ha.

Enligt Länsförsäkringar har de som arbetar med riskbedömning på försäkringsbolagen oftast en kvalificerad utbildning inom försäkringsmedicin och har medicinsk kompetens. Den bedömning riskbedömaren gör är annorlunda mot en läkares bedömning eftersom syftet med bedömningarna är olika. Det finns även medicinska rådgivare som kan tillfrågas som konsulter, dessa finns för att riskbedömningen skall bli så korrekt som möjligt och leda till en rättvis försäkring och en bra lönsamhet.

Trygg Hansa betonar att privata försäkringar bygger på att risker sprids och det är försäkringstagarnas egna premier som används för att ersätta de som drabbas. Om risken anses vara för stor måste försäkringsbolaget ha en möjlighet att avstå från att meddela försäkring. Annars kan premierna för hela försäkringstagarkollektivet bli så höga att endast ett fåtal skulle ha råd med försäkring, vilket i sin tur skulle leda till att försäkringskollektivet blir för litet för att man skall kunna uppnå en tillräcklig riskspridning. Det skulle göra det omöjligt att driva privat försäkringsverksamhet. En korrekt, saklig riskbedömning som bygger på bolagets försäkringsmedicinska riktlinjer kan inte anses bryta mot kontraheringsplikten. Det viktiga är att en enskild kund inte behandlas sämre än en annan kund i motsvarande situation.

Hos Trygg Hansa har man försäkringsmedicinskt utbildad personal som gör riskbedömningen. Vid behov anlitas läkare med försäkringsmedicinsk kunskap och specialistkompetens, s.k. medicinska rådgivare. Dessa läkare arbetar inom sjukvården i klinisk verksamhet och utför även uppdrag åt försäkringsbolag. I likhet med övriga försäkringsbolag försöker man genom en försäkringsteknisk och medicinskt korrekt och saklig riskbedömning avgöra risken för skada i det enskilda fallet. Vid prövningen tas hänsyn till att vissa redan föreliggande symtom och sjukdomar medför en ökad risk för sjukdom, dödsfall, etc.

Monika Kandare på Trygg Hansa påpekar det som sägs i förarbetena om att avsikten inte är att gå ifrån den försäkringstekniska grundvalen och inte heller påverka bolagens hälsoprövning. När det i det enskilda fallet framgår utifrån den försäkringsmedicinska bedömningen av hälsotillståndet och den därmed sammanhängande risken för framtida försäkringsfall är det tillåtet med avslag, premieförhöjning och särskilda förbehåll. Varje enskilt bolag har rätt att hålla sig till sin egen praxis. Skillnaderna mellan bolagen beror bland annat på bolagens olika risktolerans och vilken typ av försäkring som kunden söker. Vid en ansökan om sjuk- och olycksfallsförsäkring utgår Trygg Hansa från de uppgifter som kunden lämnat i sin hälsodeklaration. Skulle ytterligare information behövas skickar bolaget i första hand kompletterande frågor till kunden och ibland kan även journaluppgifter behövas. Trygg Hansa har egna försäkringsmedicinskt utarbetade riktlinjer som bygger på medicinsk sakkunskap och bolagets egna fortlöpande erfarenheter av skadefall.

Ovanstående omständigheter tyder på att sökanden av försäkring befinner sig i en ganska utsatt position i förhållande till försäkringsbolaget. Sökanden är tvungen att lämna ut uppgifter om sig själv som kan vara känsliga och högsta privata för den enskilde. Trots detta är det dessa villkor som uppställs för att individen skall kunna teckna en försäkring. Det är även nödvändigt ur försäkringssynpunkt att den risk som individen representerar är försäkringsmässig och motsvaras av rimliga villkor och premie.

6.2.1 Nya regler om fullmakt

Från flera håll har länge funnits en stor kritik mot försäkringsbolagens tillgång och hantering av journaluppgifter, främst på grund av integritetsskäl. Genom den nu antagna lagändringen har man sökt finna en lösning som stärker integritetsskyddet utan att skapa belastningar på hälso- och sjukvården och utan att hindra försäkringsbolagens möjlighet att få tillgång till

nödvändig information.⁴⁶ Den nya lagregleringen om samtycke till att inhämta hälsouppgifter införs på flera ställen i NFAL och träder i kraft 1 juli 2011.⁴⁷

Det har framförts en kritik mot bristerna i integritetsskyddet på försäkringsområdet. För det första har kritiken handlat om utformningen och omfattningen av samtyckena till inhämtande av hälsouppgifter. Det finns en risk att den som lämnar samtycke inte förstår konsekvenserna av det. I sammanhanget har även gjorts gällande att försäkringsbolaget får tillgång till irrelevant information, s.k. överskottsinformation. För det andra har det hävdats att försäkringsbolagen över- eller misstolkar informationen i journalerna, vilket får till följd att sökanden helt nekas försäkring eller beviljas försäkring med sämre villkor. För det tredje har viss kritik bestått i att patientsäkerheten äventyras om den nuvarande ordningen får bestå. Det finns en risk att vårdpersonalen anpassar sin journalföring utefter att försäkringsbolagen kan komma att få del av journaler och därför utelämnar viktiga uppgifter. Detta gäller särskilt de journaler som förs inom barn- och skolhälsovården. För det fjärde har gjorts gällande att försäkringsbolagen sparar den inhämtade informationen alldeles för länge och att informationen inte är skyddad eftersom det inte finns någon lagstadgad tystnadsplikt mellan anställda på försäkringsbolag.⁴⁸

Den hälsoinformation som försäkringsbolagen får del av är i de flesta fall av sådan karaktär att den ligger inom den personliga sfär där ett oönskat intrång bör kunna avvisas. Det samtycke som lämnas enligt nuvarande ordning ger inte sökanden tillräcklig insikt om vad samtycket innebär. Följden kan också bli att sökanden upplever sig sakna möjlighet att vägra lämna samtycke på grund av att försäkringsskydd annars inte kan uppnås. Den centrala utgångspunkten för lagreformsarbetet och de samtycken som förekommer är att de är frivilliga och bygger på tillräckligt information. I förarbetena konstaterar regeringen därefter reformbehovet samt att det framkommit skäl att vidta åtgärder för att stärka skyddet för den personliga integriteten i försäkringssammanhang.⁴⁹

På personförsäkringsrättens område kommer den nya regleringen återfinnas i 11 kap 1 a § NFAL. Försäkringsbolaget får begära samtycke till inhämtande av hälsouppgifter endast om det är nödvändigt för prövningen av försäkringsansökan. Samtycket måste lämnas på en

⁴⁶ Prop. 2009/10:241 s 8

⁴⁷ Se SFS 2011:12

⁴⁸ Prop. 2009/20:241 s 21

⁴⁹ Prop. 2009/10:241 s 22 f

särskild handling där det framgår att samtycket endast gäller under tiden för prövning av ansökan. Sökanden skall även informeras om innebörden och betydelsen för prövningen av att samtycke ges. Efter ikraftträdandet är det inte längre tillåtet för försäkringsbolagen att i förväg begära samtycke. Samtycke får begäras först när det framgår av ansökan eller eventuell ytterligare utredning att det är nödvändigt i det enskilda fallet. På så sätt begränsas försäkringsbolagen möjligheter att begära samtycke för inhämtande av hälsouppgifter till de fall då det är nödvändigt för prövning av ansökan.⁵⁰

6.3 Grunder för avslag

Den viktigaste och troligen vanligaste grunden för ett avslag är ett hälsotillstånd som inte accepteras av försäkringsbolaget. Enligt världshälsoorganisationen (WHO) definieras hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaron av sjukdom eller funktionsnedsättning. Att vara frisk och ha en god hälsa kan alltså definieras på olika sätt. Försäkringsbolagen tenderar till att göra en mera långtgående tolkning av vad som inbegrips av hälsotillståndet hos den försäkrade än WHO. Bolagen är numera intresserade av att få upplysningar om den försäkrades Body Mass Index (BMI). En person som lider av övervikt eller fetma kan i sjuk- och hälsovårdslagens mening inte sägas vara sjuk, även om sjukdomen som sådan kan bidra till att orsaka olika sjukdomstillstånd. Det förekommer att försäkringsbolag nekar personförsäkring med hänvisning till att den försäkrades BMI är för högt.⁵¹ BMI över 30 har ansetts som för hög riskfaktor. En kvinna med BMI 30,1 fick avslag på sin ansökan om livförsäkring med motiveringen att hon hade för högt BMI och att hon var välkommen att söka ny försäkring då hon varaktigt under ett år haft ett BMI under 30. Kvinnan vände sig då till ett konkurrerande försäkringsbolag och fyllde i deras hälsodeklaration, inom ett par dagar blev hon godkänd som kund. Det är ändå anmärkningsvärt hur människor värderas olika.⁵² Detta visar på hur försäkringsbolagen sätter sin egen praxis och hur tillämpningen skiljer sig mellan olika försäkringsbolag. Det visar även på hur obenägna bolagen i vissa fall är att tänja på gränserna. Ibland kan det som konsument löna sig att vända sig till flera bolag med en förfrågan. Viktigast är att försäkringsbolaget gör en individuell bedömning och ser till vilka möjligheter till försäkring som finns, även om en mer riskabel övervikt leder till ökade premier. En ökad risk innebär oftast ett högre pris.

⁵⁰ Prop. 2009/10:241 s 50

⁵¹ Lindell-Frantz, s 89

⁵² Expressen artiklar publicerade 2010-06-07 och 2010-06-10

Ålder är en annan faktor som kan spela roll för risken för framtida försäkringsfall. Även här spelar bolagets egen praxis en viktig roll. Om bolaget t.ex. normalt inte tillhandahåller den sökta försäkringen till personer över 55 års ålder kan detta faktum inte åberopas med stöd av kontraheringsplikten.⁵³ Det går heller inte att angripa särbehandling på grund av ålder med hjälp av diskrimineringslagen eftersom den inte gäller för ålder i fråga om tjänster, se 2 kap 12 § diskrimineringslagen (2008:567).

Ytterligare omständigheter som skulle kunna ha betydelse för riskbedömningen är om den försäkrade lever i en hälsofarlig miljö eller på annat sätt ägnar sig åt farlig verksamhet och därigenom ökar risken för framtida försäkringsfall utöver vad som är normalt. Därtill kan den försäkrades yrkestillhörighet och fritidssysslor ha betydelse för risken samt om det finns någon form av missbruk eller om den försäkrade röker. I dessa fall blir bolagets egen praxis jämte försäkringstekniska beräkningar avgörande för om ett avslag på ansökan skall kunna motiveras på någon av ovanstående grunder.⁵⁴

I begreppet risken för framtida försäkringsfall inbegrips även den situationen att ett försäkringsfall kan få allvarigare konsekvenser än normalt, även om sannolikheten för att ett försäkringsfall skall inträffa inte är större än normalt. Denna frågeställning har betydelse främst för sjuk- och olycksfallsförsäkring i de fall den sökande av försäkringen lider av någon sjukdom eller annan kroppslig svaghet som skulle kunna medföra att ett olycksfall eller en ny sjukdom får allvarigare följder för den framtida arbetsförmågan eller hälsotillstånd än normalt. I dessa fall kan försäkringsbolaget ha rätt att avslå ansökan eller bevilja ansökan med förhöjd premie eller ändrade villkor för försäkringsskyddet.⁵⁵

När försäkringsbolaget undersöker den sökandes hälsostatus uppkommer alltid frågan om denne har någon form av funktionshinder eller sjukdom. Då försäkringsbolaget nekar försäkring på någon av dessa två grunder kan två typer av fall urskiljas. I den första typen av fall då bolaget överhuvudtaget inte försäkrar personer med en viss typ av funktionshinder, alternativt med för högt BMI eller sjukdom, handlar det om att bolaget har en etablerad praxis att motivera sitt beslut efter och det föreligger då ingen kontraheringsplikt. Så länge detta inte står i strid med diskrimineringslagstiftningen så har den sökande ganska små möjligheter att

⁵³ Lindell-Frantz, s 90

⁵⁴ Prop. 2003/04:150 s 500 och Lindell-Frantz, s 91

⁵⁵ Prop. 2003/04:150 s 499 f

angripa beslutet med hjälp av NFAL:s regler. I den andra typen av fall då bolaget i ett enskilt fall inte anser sig kunna bevilja försäkring eller endast beviljar med särskilda undantag och/eller till en högre premie blir det fråga om att bolaget måste kunna motivera det försäkringstekniskt försvarbara att i det enskilda fallet neka försäkring eller ställa upp särskilda villkor för att bevilja försäkring.⁵⁶

Risken för framtida försäkringsfall inbegriper alltså flera faktorer som bolaget har att utreda och torde i praktiken vara den mest omfattande utredningsgrunden för försäkringsbolagen.

6.4 Gruppering av risker

I försäkringsbolagen görs grupperingar av likartade risker. Den som har ett stort och dyrbart hus får betala mer i premie än den som har ett litet hus. På så sätt särbehandlas den som har ett stort och dyrbart hus och drabbas av en dyrare premie. Den som löper större risk att drabbas av sjukdom eller dödsfall får på liknande sätt betala en högre premie än den som löper normal risk för sjukdom eller dödsfall. Premierna anpassas till önskad nivå för ersättning och individuell risk. Premien kan anpassas till ett större kollektiv genom en gruppförsäkringslösning, t.ex. hemförsäkringar och grupplivförsäkringar. Dessa har en gemensam premie oavsett spridningsrisken inom gruppen.⁵⁷

Premiesättningen grundas på händelser som kan beräknas med viss säkerhet för en grupp av människor, men som är osäkra för den enskilde. Beräkningen baseras på det faktum att det är osäkert om någon skada någonsin kan komma att drabba den enskilde individen medan sannolikheten för skada för en grupp av människor kan beräknas med viss säkerhet. Till grund för beräkningarna ligger antingen noggranna statistiska undersökningar, som vid livförsäkring där man utgår från dödlighet vid olika åldrar, eller mera allmänna erfarenheter såsom medicinska rön vid premiesättning av en olycksfallsförsäkring.⁵⁸

Inom Länsförsäkringar använder man förhöjningsrisker. Beroende på vilken sjukdom man har delas man in i kategorier, t.ex. A-försäkring, inom denna finns visst utrymme för vissa kostnader beroende på sjukdom eller hälsoproblem. Framkommer misstanke om sjukdom kan större undersökning göras, journaler utkrävas och fler frågor ställas. Detta förfarande kan leda

⁵⁶ Lindell-Frantz, s 89 f

⁵⁷ Fagerberg och Schenholm, s 20

⁵⁸ Fagerberg och Schenholm, s 20 f

till att man istället hamnar inom en annan försäkringstyp eftersom det inte finns utrymme för kostnader inom försäkringen. Så långt det är möjligt erbjuder Länsförsäkringar annan försäkring. De försöker anpassa produkten efter medicinsk och förvärvsmässig invaliditet. Statistiskt sett finns det vissa risker för handikapp och vad som utgör en ökad risk, men det kan ändå vara svårt att göra en individbedömning. Bolagets egen praxis sätter ramarna för vissa sjukdomar, så länge man tillämpar reglerna lika för lika sjukdomar. Hela detta resonemang kan jämföras med ett skepp som sjunker eller ett hus som brinner, dessa går ej att försäkra. Kostnader vid vetskapen om sjukdom gör att bolaget väljer att inte bevilja försäkring.

Det sker alltså en gruppering av risker trots att förarbetena stadgar individuell bedömning. Ser man bortanför skyddet för individen är grupperingen troligen snarare en fråga om att kostnadseffektivisera verksamheten och handläggningen av riskbedömningen för försäkringsbolagen. Genom att hålla ner kostnaderna gynnas försäkringstagarna.

I motiven till lagen avhandlades särskilt möjligheten för vissa utsatta grupper, såsom funktionshindrade och varaktigt sjuka, att få teckna personförsäkring. Det ansågs särskilt betydelsefullt att dessa grupper kunde försäkra sig på rimliga villkor och mot en överkomlig premie. Enligt Bengtsson fanns en svårighet i hur man skulle förena denna önskan med inställningen att de försäkringstekniska kraven skall respekteras. Inom ramen för vad som är försäkringsrättsligt möjligt finns enligt motiven all anledning att låta lagstiftaren skapa gynnsammare förutsättningar för dessa grupper. Trots att det inte var möjligt att garantera ett försäkringsskydd på samma villkor och mot samma premie som för andra försäkringssökande, skulle lagen säkerställa att riskprovningen görs på en individuell grundval och inte schablonmässigt samt att de särskilda skäl som kan grunda ett avslagsbeslut klart anges i beslutet. Förhoppningen var att de variationer som hade konstaterats i försäkringspraxis kunde minskas och bolagens riskbedömningar kontrolleras. De nämnda gruppernas möjligheter till ett förbättrat skydd genom gruppförsäkring eller kollektivavtalsgrundad försäkring framhölls i ett annat sammanhang. Denna diskussion ger uttryck för en besvärlig politisk balansgång och resultatet tycks enligt Bengtsson bli att försäkringsbolagen inte behöver göra avsteg från sina försäkringstekniska principer, men att de ”bör tillämpa dem på ett generöst sätt för dessa

grupper, de måste också ge klara besked om sina bedömningar”.⁵⁹ Läget sammanfattas bra av Bengtsson som belyser svårigheten med lagstiftningen.

En person med funktionshinder eller försämrad hälsa kan drabbas hårdare och allvarligare vid sjukdom eller olycksfall. Samtidigt kan en fullt frisk person drabbas av en väldigt svår sjukdom eller mycket allvarlig olycka som kräver extra behandlingar och leder till ytterligare kostnader för försäkringsbolaget. Gunnar Olsson som är chef för Konsumenternas försäkringsbyrå menar att byrån fortfarande kontaktas av konsumenter som har fått avslag på sin ansökan som personförsäkring. De ser ofta exempel på att försäkringsbolagen inte ger den individuella motiveringen till avslaget, trots att den nya försäkringsavtalslagen kräver detta.⁶⁰ Försäkringsbolagen kan bli bättre på individanpassade riskbedömningar och inte schablonisera bedömningarna. Till exempel skall inte en hörselnedsättning påverka risken för andra sjukdomar som kan drabba en individ. Bolagen skall inte kunna helt neka någon att teckna försäkring enbart på grund av en hörselnedsättning. Fler skulle kunna beviljas försäkring om en individuell bedömning gjordes. Det kan vara acceptabelt att undanta vissa sjukdomar som föreligger risk för, om olycksfall- och sjukförsäkring kan beviljas för övriga risker.

7. Begränsningar av försäkringsbolagets åtaganden

7.1 Upplyningsplikt

För att försäkringsbolaget skall kunna göra en korrekt bedömning av riskerna hos individen som vill teckna försäkring behöver de ha information från individen. I 12 kap 1 § NFAL finns en lagstadgad upplysningsplikt för den som vill teckna en personförsäkring att lämna de upplysningar som kan ha betydelse för om en personförsäkring kan tecknas. I dessa sammanhang får försäkringsbolaget ställa frågor, i frågeformulär eller på annat sätt, om den försäkrades hälsotillstånd och andra förhållanden av betydelse för riskbedömningen. Upplysningsplikten innebär vid personförsäkring att försäkringstagaren och den försäkrade skall lämna riktiga och fullständiga svar på försäkringsbolagets frågor.⁶¹ Vad gäller upplysningsplikten i GFAL var kraven strängare. Enligt 7 § GFAL skulle försäkringstagaren självant lämna riktiga upplysningar om alla förhållanden som han insåg eller borde ha insett vara av betydelse för tecknandet av försäkring hos bolaget. I den nya lagen var avsikten att

⁵⁹ Bengtsson, s 392 f jämte prop. 2003/04:150 s 246 f, 249

⁶⁰ Konsumenternas försäkringsbyrå, Verksamheten 2009, s 5

⁶¹ Bengtsson, s 409

istället anknyta till försäkringsbolagets egen praxis, som medförde att försäkringstagaren får fylla i ett frågeformulär. Frågeformuläret har ansetts uttömmande ange vilka upplysningar som försäkringsbolaget anser sig behöva ha svar på, för detta krävs att utformningen av frågorna är tydligt gjorda så det inte kan råda någon tvekan om vad bolaget vill ha reda på.⁶²

En oriktig uppgift kan gå ut över försäkringsskyddet oavsett vem som har lämnat den, eftersom upplysningsplikten är densamma för försäkringstagaren och den försäkrade. Skulle upplysningar om försäkringstagarens ekonomi inhämtas från ombud med fullmakt får dessa uppgifter hänföras till försäkringstagaren. Skulle däremot felaktiga uppgifter från andra personer inhämtas, t.ex. från mäklare utan fullmakt, läkare eller försäkringskassa, får inte detta några konsekvenser enligt lagtexten.⁶³

Frågorna som bolaget ställer kan röra även annat än hälsa och ekonomiska förhållanden, t.ex. om tidigare försäkringar hos andra bolag, eftersom denna typ av uppgifter kan tyda på att försäkringen kan komma att missbrukas. Det spelar ingen roll i sammanhanget att försäkringstagaren eller den försäkrade inte tycker att frågorna som försäkringsbolaget ställer är relevanta för riskbedömningen, utan det avgörande är deras betydelse för bolaget. Det är viktigt för bolaget att försäkringstagaren besvarar frågorna som ställs med korrekta svar, oavsett om han eller hon förstår varför de ställts eller anser att svaret inte borde ha någon betydelse, eftersom upplysningsplikten enligt lagen i princip begränsats till att svara på frågor. Även tillfälliga besvär kan ge bolaget anledning att undersöka den försäkrades hälsa vidare i vissa fall. Om bolaget frågar efter en viss sjukdom och den sökande inte talar om att han eller hon haft denna sjukdom är det ingen ursäkt att personen i fråga numera är helt frisk. Skulle det däremot lämnas felaktiga svar på frågor som objektivt sett saknar betydelse leder detta inte till någon påföljd, se 12 kap 4 § NFAL. Försäkringsbolaget måste enligt motiven visa skälig hänsyn för försäkringstagarens personliga integritet i övrigt i sina undersökningar.⁶⁴

Det föreligger ingen skyldighet att spontant upplysa om olika förhållanden av betydelse för försäkringsbolagets bedömning, alltså utan uppmaning från bolaget. Endast då ett förtigande av en speciell omständighet skulle innebära svek eller förfarande i strid med tro och heder är

⁶² Bengtsson, s 410 (SOU 1986:56 s 311 f, prop. 2003/04:150 s 264 f)

⁶³ Bengtsson, s 410

⁶⁴ Bengtsson, s 410 f

det relevant att upplysa om omständigheten.⁶⁵ Om en försäkringstagare i efterhand upptäcker att han eller hon lämnat felaktiga upplysningar eller den försäkrades levnadsförhållanden ändrats är det inte nödvändigt att sådana upplysningar ges. Bolagets riskbedömning görs med utgångspunkt från den försäkrades hälsotillstånd vid tiden för ansökan, därför kan bolaget inte begära att försäkringstagaren därefter skall lämna uppgifter om en inträffad försämring.⁶⁶ Det finns vid personförsäkring ingen sådan rättelseskyldighet som vid skadeförsäkring, jfr 4 kap 1 § 2 st NFAL.

7.2 Symtomklausuler

Medfödda sjukdomar ersätts vanligtvis inte genom barn- och ungdomsförsäkring. Anledningen är att sjukdomen har börjat innan barnet var försäkrat även om symtomen framträder först senare. Undantaget för medfödda sjukdomar kompletteras ofta med en lista på vilka sjukdomar som är undantagna och som försäkringen inte ersätter.⁶⁷ Det är vanligt i sjuk- och olycksfallsförsäkringar, särskilt barn- och ungdomsförsäkring, att försäkringsbolaget inför begränsningar av ansvaret genom så kallade symtomklausuler.

Symtomklausuler befriar bolaget från ansvar för sjukdomar och kroppsfel som inte var kända för bolaget vid avtalets ingående och som visar sig senare inom en i avtalet angiven karenstid, vanligtvis sex år. Enligt 12 kap 5 § NFAL får denna typ av undantag i försäkringsvillkoren endast göras om undantaget grundas på upplysningar om den försäkrade som bolaget har inhämtat innan avtalet ingicks. Bolaget kan tillåtas göra dessa undantag även i vissa andra fall, nämligen om det är nödvändigt på grund av försäkringens art. En sådan typ av försäkring där det anses motiverat att tillåta symtomklausuler är barnförsäkringar. Bolaget kan på detta sätt skydda sig mot att information om sjukdomarna inte framkommer genom föräldrarnas upplysningar, men om symtomen inte visat sig när försäkringen tecknas vet inte heller föräldrarna om att sjukdom finns. Undantagen som uppställs i paragrafen bygger på tanken att dessa måste accepteras när de framstår som försäkringstekniskt välmotiverade, åtminstone när det möjliggör försäkring av viktigt slag. Lagstiftaren befarade att om det fanns ett förbud mot sådana undantag skulle försäkringsbolagen helt avstå från att meddela t.ex. barnförsäkringar. Det är även möjligt att vissa svårörsäkrade sjukdomsrisker lättare kan erhålla skydd genom försäkring om bolaget inledningsvis kan använda sig av denna typ av klausuler. Enligt

⁶⁵ Jämför 12 kap 2 § 1 st NFAL med hänvisning till avtalslagen (1915:218)

⁶⁶ Bengtsson, s 411

⁶⁷ Sporrang, s 25f

motiven är den allmänna principen att symtomklausuler endast är tillåtna när det är praktiskt omöjligt eller förenat med avsevärda svårigheter att inhämta upplysningar och det samtidigt finns starka försäkringsmässiga skäl att göra undantag för gamla sjukdomar som har funnits hos sökanden tidigare.⁶⁸

Enligt Eva Lindell-Frantz är det med hänvisning till lagstiftarens liberala inställning vad gäller symtomklausuler i barnförsäkringar rimligt att anta att kontraheringsplikten inte är lika långtgående för barnförsäkringarnas del som för andra personförsäkringar. Mot detta talar dock att i och med att lagstiftaren tillåter symtomklausuler har bolagen numera lättare att begränsa sitt ansvar, vilket borde kunna användas som ett argument för att även barn med funktionshinder borde vara behöriga att erhålla ett, om än begränsat, försäkringsskydd.⁶⁹

7.3 Genetisk information

Av relevans för bolagens riskbedömning är tillgången till genetisk information, som påverkar och bidrar till att kontraheringsplikten villkoras ytterligare. Detta område berör ofta känsliga uppgifter för konsumenten och kan i vissa fall vara av avgörande betydelse för möjligheten att teckna försäkring. Genetisk forskning är ett omdiskuterat ämne. Nya kartläggningar görs kontinuerligt av människors gener och arvs massa för att identifiera sjukdomar. Av intresse i denna uppsats är om och hur tillgången på genetisk information begränsar möjligheten att teckna personförsäkring.

7.3.1 Bakgrund

Under 1990-talet uppmärksammades två utvecklingstendenser som fick stor uppmärksamhet i de flesta välbärgade marknadsekonomier runt Nordatlanten och som kommit att påverka varandra. *Den ena tendensen* består utav genteknikens framfart under det senaste decenniet och dess framtida potential. Det blev under denna period möjligt att urskilja defekta gener och deras samband med vissa allvarliga sjukdomar. Kunskapen om generna har bidragit till att skapa gentest med syfte att förutse sjukdomstillstånd, men även behandlingar för att minska risken att sjukdomar bryter ut eller för att häva dem vid ett eventuellt utbrott. Vad gäller möjligheterna att bedöma risken för sjukdom och sannolik livslängd blir gentekniken ett allt mer betydelsefullt verktyg. *Den andra tendensen* består utav en genomgripande förändring av de socialförsäkringssystem som byggts upp under åren 1900-1950 och som har mognat fram

⁶⁸ Bengtsson, s 421 f och prop. 2003/04:150 s 524 f

⁶⁹ Lindell-Frantz, s 66

till 1975 i de marknadsorienterade välfärdsekonomierna runt Nordatlanten. Socialförsäkringarna tjänar ett viktigt syfte i att solidariskt försäkra individer mot kostnader och inkomstbortfall på grund av sjukdom, förtida dödsfall och ålderdom. Dessa kollektiva system har under 1990-talet delvis nedmonterats. De reformer som skedde under denna period har inneburit en ökad individualisering och kommersialisering av de offentliga systemen; en minskad generositet mot de socialförsäkrade och en ökad uppmuntran till komplettering av socialförsäkringen i form av privata alternativ. Skälen till dessa förändringar har varit en önskan om att sänka statens snabbt växande finansiella åtaganden, att rationalisera försäkringstjänsterna och öka valfriheten till följd av att lättare kunna tillfredsställa var och ens enskilda behov. Förändringarna i socialförsäkringarna har lett till en ökning av privata personförsäkringar från privata och vinstdrivande försäkringsbolag. De två tendenserna har tillsammans skapat flera nya möjligheter, men även flera farhågor. Kommersiella försäkringsbolag har ett behov av individuella riskbedömningar för att kunna sätta en korrekt premie. Genom den nya gentekniken ökar möjligheterna till individuell riskbedömning för personförsäkringar och en mer preciserad premieberäkning, för att kunna effektivisera försäkringsverksamheten.⁷⁰

Den möjlighet som gentekniken ger kan ses som en möjlighet på gott och ont. Å ena sidan torde gentekniken nästintill kunna garantera en individuell riskbedömning av individens hälsostatus och utesluta en schablonmässig bedömning. Försäkringsbolaget får en bättre grund att göra sin riskbedömning på och fler torde kunna teckna försäkring, dock med eventuellt undantag för viss sjukdom eller förhöjd premie på grund av risken för framtida sjukdom. Å andra sidan är det möjligt att kartlägga risken för fler framtida sjukdomar noggrannare med hjälp av genteknik och individen riskerar därför att inte få teckna individuell personförsäkring överhuvudtaget eftersom försäkringsbolagen troligen blir mer försiktiga om de får ett så pass konkret underlag för riskbedömningen jämfört med den riskbedömning som görs endast utifrån patientjournaler och sökandens egna uppgifter.

Styrningen av tillgången på genetisk information kan regleras partiellt och/eller totalt. Den partiella regleringen innebär att försäkringsbolagen hindras från att tvinga någon att genomgå en genetisk undersökning för att meddela försäkring, medan bolagen tillåts att efterfråga resultat från en redan utförd genetisk undersökning för vissa försäkringsbelopp. Möjligheten

⁷⁰ Radetzki, m.fl. s 7 f

till total reglering består i att bolagen också förbjuds att efterfråga en genetisk undersökning som redan utförts. Den svenska staten har genom lagen om genetisk integritet m.m. valt att både partiellt och totalt reglera användningen av genetiska undersökningar. Det är inte tillåtet att som villkor för försäkring begära att gentest utförs. Vidare är det inte heller tillåtet att efterfråga resultatet av en genomförd undersökning när försäkringsbeloppet understiger ett förutbestämt gränsvärde. Överstiger försäkringsbeloppet detta gränsvärde så tillåts försäkringsbolaget att efterfråga resultatet från en genomförd genetisk undersökning.⁷¹

Försäkringsbolagens möjligheter att använda genetisk information har utsatts för kritik ur etiska aspekter och då främst av hänsyn till autonomi och integritet. Det har påpekats att individen har rätt att slippa känna till sina eventuella gendefekter. Till följd av att de traditionella socialförsäkringarna delvis nedmonterats, har solidaritets- och jämlikhetsargument bidragit till kritik mot möjligheten att utnyttja genetisk information. Kritik har även riktats mot att genteknisk information bidrar till en ökad uppdelning av premier för privata försäkringar. En rättvisa där var och en betalar för den risk han eller hon utgör hos försäkringsbolaget skall ställas mot den orättvisa som följer av att vissa tvingas betala mer på grund av en genupsättning som de själva inte valt. Detta leder till diskriminering av vissa individer.⁷²

Den 1 januari 2007 trädde lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. i kraft. Den ersatte då ett avtal från den 1 juli 1999 mellan staten och Sveriges Försäkringsförbund. Numera har försäkringsbolagen rätt att förutom journaler och annan hälsoinformation inhämta genetisk information, om en sådan utredning har gjorts, när personer vill teckna en individuell personförsäkring där försäkringsbeloppet överstiger 30 prisbasbelopp vid engångsutbetalning eller 4 prisbasbelopp per år vid periodisk utbetalning och personen har fyllt 18 år. Fortsättningsvis benämns försäkringsbelopp över dessa beloppsgränser för *högre* försäkringsbelopp och försäkringsbelopp under dessa beloppsgränser benämns *lägre* försäkringsbelopp.

Innebörden av en genetisk undersökning definieras i 1 kap 5 § lagen om genetisk integritet m.m. En genetisk undersökning inom hälso- och sjukvården eller inom medicinsk forskning syftar till att ge information om en individs arvs massa genom ett antal olika analysmetoder, som finns uppräknade i paragrafen, eller inhämtande av upplysningar om individens

⁷¹ Radetzki, m.fl. s 9 f

⁷² Radetzki, m.fl. s 8

biologiska släktingar. Lagens bestämmelser om genetiska undersökningar gäller alltså endast för undersökningar gjorda inom hälso- och sjukvården eller inom medicinsk forskning. Alla andra genetiska undersökningar som görs utanför nyss nämnda områden, t.ex. genetiska självtester via Internet, omfattas således inte av förbudet mot visst användande i lagen, 2 kap 1 § lagen om genetisk integritet m.m.⁷³

7.3.2 Genetisk information vid riskbedömning

Enligt lagen om genetisk integritet m.m. råder ett generellt förbud för försäkringsbolagen att använda genetisk information. Vid ingående av avtal är det förbjudet att utan stöd i lag ställa som villkor att den andra parten skall genomgå en genetisk undersökning eller lämna genetisk information om sig själv. Ingen får heller utan stöd i lag vid ingående av avtal efterforska eller använda genetisk information om den andre. Det är enligt 2 kap 2 § lagen om genetisk integritet m.m. förbjudet att olovligen bereda sig tillgång till genetisk information om någon annan. Ett enkelt blod- eller salivprov kan med dagens teknik påvisa om en symtomfri person är bärare av anlag till en genetisk sjukdom. Försäkringsbolaget ges en möjlighet att, oavsett resultatet från ett genomfört genetiskt test, få tillgång till denna genetiska information när personen ifråga vill teckna en individuell personförsäkring till ett högre försäkringsbelopp. Vid lägre försäkringsbelopp får dock inte försäkringsbolaget lägga någon som helst vikt vid den genetiska informationen i patientjournaler, läkarutlåtande eller andra handlingar. Försäkringsbolaget får endast beakta den medicinska informationen i dessa fall, vilket är sökandens aktuella hälsotillstånd vid ansökningstillfället.⁷⁴

Som redogjorts för tidigare är det viktigt med informationsbalans för försäkringsbolagen. Försäkringsbolagens möjlighet att göra en korrekt riskanalys ökar om bolagen kan få tillgång till all medicinsk information som finns om kunden. Detta gäller även genetisk information som vägs in i riskbedömningen då kunden vill teckna en individuell personförsäkring till ett högre försäkringsbelopp. Individer som har genomgått genetiska test kan hamna i försäkringsnöd, dvs. att individen nekas personförsäkring på grund av resultatet från testet och den förhöjda risken. Alternativt kan premien komma att sättas så högt att individen väljer att inte teckna någon försäkring överhuvudtaget på grund av ekonomiska eller andra skäl.⁷⁵

⁷³ Socialstyrelsen, s 11

⁷⁴ Socialstyrelsen, s 13 f

⁷⁵ Socialstyrelsen, s 16

Socialstyrelsen har i en undersökning försökt ta reda på hur stor andel av personförsäkringar som omfattas av undantagsbestämmelserna i 2 kap 2 § lagen om genetisk integritet m.m. samt redovisa om antalet försäkringstagare som nekats försäkring har förändrats sedan lagen trädde i kraft och slutligen kartlägga vilken information som begärs in av försäkringsbolagen i dessa sammanhang.⁷⁶ Generellt kan sägas att det är en mycket liten andel av alla ansökningar som nekats att teckna individuell personförsäkring till ett högre försäkringsbelopp på grund av genetisk information.

Vad som motiverar regleringen av genetisk information i försäkringssammanhang kan främst sägas vara solidaritet mellan försäkringstagarna och skyddet av den personliga integriteten. Genom att försäkringsbolagen får tillgång till genetisk information via de försäkringssökandens arvsanlag möjliggörs diskriminering. Vid riskklassindelningen för sjuk- och livförsäkring kommer individer med förhöjd risk för sjukdom eller dödsfall att urskiljas från övriga försäkringstagare och dessa individer kommer normalt att få betala en högre premie. De individer som löper störst risk kommer överhuvudtaget inte att kunna teckna någon försäkring. Radetzki menar att på grund av detta har det framhållits att riskklassindelning och premiedifferentiering som grundas på genetisk information strider mot den grundläggande idén med försäkring och dess sociala syfte med hänsyn till solidaritetstanken. Denna solidaritet synes bestå i en fördelningspolitisk solidaritet där kostnaden för den totala risken för försäkringstagarkollektivet skall fördelas lika oavsett vilken risk som individerna inom kollektivet representerar. Med denna fördelningspolitiska solidaritet skulle en reglering skapa tillgång till försäkringsskydd för grupper som inte annars skulle beviljats försäkring och således hamnat i försäkringsnöd.⁷⁷ Vad som vidare motiverar en reglering, enligt Radetzki, är att denna verkar för att skydda försäkringssökandens personliga integritet. Rätten till personlig integritet omfattas av en rätt att själv bestämma och förfoga över information som rör den egna personen. Denna typ av information utgörs normalt av känsliga uppgifter som de flesta individer inte vill skall spridas om dem själva. Det torde vara så att majoriteten av samhällsinvånarna inte vill att deras genetiska information skall spridas vidare. Således skall varje individ anses ha rätt till genetisk integritet. Detta fordrar att två kriterier är uppfyllda. Dels anses varje individ ha rätt att själv bestämma om denne skall genomgå en genetisk undersökning eller ej. Ingen skall tvingas att behöva få reda

⁷⁶ Socialstyrelsen, s 8 och s 22 ff

⁷⁷ Radetzki, m.fl. s 47 f

på om det finns en risk att drabbas av sjukdom eller dö i förtid. Dels anses varje individ ha rätt att själv förfoga över resultatet av en genomförd genetisk undersökning.⁷⁸

7.3.3 Genetisk information kontra medicinsk information

Definitionen av genetisk information står att finna i 1 kap 5 § lagen om genetisk integritet m.m. Genetisk information fastslås där som information om resultatet av en genetisk undersökning, dock inte sådan information som endast innehåller upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd. Exempel på genetisk information kan vara en upplysning om att någon bär på anlag för en genetiskt betingad sjukdom. Framkommer däremot information som innebär en upplysning om den undersöktes aktuella hälsotillstånd genom ett genetiskt test definieras det som medicinsk information.⁷⁹ Genetisk information skiljer sig från övrig medicinsk information och behöver särbehandlas. För detta talar att genetisk information är förutsäggande om en eventuell framtida sjukdom innan den brutit ut, avser sjukdom som kan vara överförbar på avkomma, säga något om andra personer (t.ex. släktingar) än de som utfört genetisk undersökning och vara särskilt personlig och intim.⁸⁰

Uppgifter om orsak till vård, diagnos, åtgärder, etc. skall föras in i patientjournalen. Vad som skall föras in i patientjournalen vid undersökning, vård och behandling inom hälso- och sjukvården regleras numera i patientdatalagen (2008:355). Det torde vara nästintill omöjligt att undvika att patientjournalen innehåller information om sjukdomsrisker och diagnoser för personer som har genomgått en genetisk undersökning inom sjukvården. När den genetiska informationen formuleras som en prognos eller diagnos i den medicinska journalen kan den feltolkas eller komma att uppfattas som medicinsk information. Det finns således en risk att genetisk information sammanblandas med medicinsk information. Riskbedömare på försäkringsbolagen måste enligt 2 kap 1 § lagen om genetisk integritet m.m. kunna skilja på genetisk och medicinsk information i patientjournaler och annan hälsodata som inhämtas i de ärenden försäkringsbolagen inte får inhämta genetisk information.⁸¹ Nedan följer två exempel på vad som utgör medicinsk respektive genetisk information:

- En upplysning om att en försäkringstagare har insjuknat i en sjukdom, som är genetiskt betingad, är medicinsk information.

⁷⁸ Radetzki, m.fl. s 48 f

⁷⁹ Socialstyrelsen, s 11

⁸⁰ Radetzki, m.fl. s 124, där det även går att läsa mer om detta

⁸¹ Socialstyrelsen, s 12

- En upplysning om att en försäkringstagare har anlag att i framtiden kunna utveckla en genetiskt betingad sjukdom betraktas som genetisk information.

Vid situationerna i exemplen ovan måste riskbedömarna göra rätt bedömning av hur den föreliggande informationen skall definieras. För det fall en presumtiv försäkringstagare genomgått en genetisk undersökning och vill teckna en personförsäkring till ett högre försäkringsbelopp riskerar denne att nekas försäkring om den genetiska informationen bidrar till att han eller hon bedöms utgöra en högre risk för försäkringskollektivet genom att i framtiden utveckla sjukdom som anlagsbärare. De måste kunna skilja på genetisk och medicinsk information samt kunna tolka och värdera uppgifter i patientjournaler, läkarutlåtanden, etc. Det krävs kunskap i vilka fall de faktiskt får beakta den genetiska informationen⁸²

Inger Jigskog, Länsförsäkringar uppger att när det gäller försäkringar som aktualiserar efterfrågan av genetisk information har man särskilt ansvarig och kunnig personal som kan de här frågorna. Bolaget följer lagen och har utbildningar för personalen inom området. Hon anför även det som lagen säger om skillnaden mellan medicinsk och genetisk information. Hon ger exempel på att lagen gör skillnad på om man faktiskt lider av en sjukdom och gör ett gentest för att diagnostisera sjukdomen eller om man mår bra men är orolig för sjukdom och gör ett gentest för att få veta om man är anlagsbärare och ännu inte drabbats av sjukdom. Det finns tydlig information för när man får beakta genetisk information och vem som är kunnig nog att ta beslut. Man är väldigt noga med detta på bolaget och menar att det i praktiken inte är ett så stort problem då det är ovanligt med så höga försäkringsbelopp och därmed få fall. Det finns även en oro i branschen eftersom det är ett så pass osäkert område. Inger Jigskog menar att försäkringsbranschen är oerhört försiktig med denna typ av bedömningar.

Kunder som nekas en försäkring efter riskbedömningen kan om det finns möjlighet istället teckna en försäkring till ett lägre försäkringsbelopp utan att behöva lämna genetisk information, detta är även något som Sveriges Försäkringsförbund rekommenderar sina medlemmar att upplysa kunden om.⁸³

⁸² Socialstyrelsen, s 12 f

⁸³ Socialstyrelsen, s 13

8. Domstolsprövning

För det fall tvist föreligger om rätten att teckna försäkring finns en rätt till domstolsprövning enligt 16 kap 7 § NFAL. Denna möjlighet föreligger inte bara då någon nekats att teckna en försäkring utan även när försäkringsbolaget visserligen meddelar försäkring, men försäkringstagaren inte godtar begärd premie eller övriga villkor som ställs upp i försäkringsavtalet. Att avslaget på ansökan skall lämnas skriftligen framgår i paragrafen av formuleringen att bolaget *avsänt* ett meddelande om sitt beslut till sökanden. Enligt Bengtsson bör detta meddelande, med hänsyn till dess betydelsefullhet sändas per brev till försäkringssökanden. Tidsfristen som konsumenten har att beakta för att talan skall anses vara väckt inom rätt tid är sex månader. Av lagen framgår även indirekt den viktiga principen att sökanden måste få en motivering till varför försäkringsbolaget inte beviljat försäkringsskydd. Enligt Bengtsson är bolaget även skyldigt att ange skälen i de fall bolaget vill ingå avtal på andra villkor än de normala eller ta ut en högre premie.⁸⁴ Det räcker inte att bolaget i sina grunder för beslutet enbart hänvisar till lagen eller försäkringstekniska skäl. Försäkringsbolaget kan knappast förvänta sig att sökanden har sådana kunskaper inom försäkringsrätt att denne förstår innebörden av en sådan förklaring. Med hänsyn till att den som fått beskedet har rätt att få beslutet prövat i domstol borde motiveringen vara så fullständig att den motsvarar vad som kan krävas av försäkringsbolaget i en eventuell process, eftersom bolaget har bevisbördan för att det föreligger särskilda skäl att neka försäkring. Försäkringsbolagets besked till sökanden skall även innehålla en upplysning om hur denne skall agera för att få beslutet prövat.⁸⁵

Det finns möjlighet enligt 16 kap 7 § 3 st NFAL för den som ansökt om försäkring att i samband med en klagan på bolagets beslut begära att domstolen beslutar att försäkringen skall anses vara gällande från den tidpunkt som skulle ha gällt om bolaget hade godkänt ansökan. För det fall att en skada inträffar under klagofristen som omfattas av den försäkring som den klagande ansökt om kan denna möjlighet vara av stor betydelse. Detsamma gäller för det fall sökandens hälsostatus plötsligt allvarligt har försämrats och dennes möjligheter till att då få en försäkring hos ett annat bolag är nästintill obefintliga.⁸⁶

⁸⁴ Bengtsson, s 478 f med hänvisning till s 313 f

⁸⁵ Lindell-Frantz, s 96

⁸⁶ Lindell-Frantz, s 97 ff där det även står mer att läsa om domstolsprocessen

9. Socialförsäkringsskyddet⁸⁷

Trots att det talas om en rätt till personförsäkring kan det ibland te sig omöjligt för försäkringsbolagen att bevilja försäkringsskydd. Frågan blir då vilka möjligheter individen har till ersättning eller bistånd på annat sätt? Vi har i Sverige ett relativt väl utvecklat socialförsäkringsskydd.

För det fall någon blir sjuk eller drabbas av ett olycksfall ges ersättning för en del av kostnader för sjukvård, läkemedel och sjukresor i anledning av det inträffade. Det finns ett högkostnadsskydd för läkarvård, sjukvårdande behandlingar och läkemedel. Högkostnads-skyddet innebär ett maxbelopp för vad den drabbade själv skall behöva betala för vården. Viss medicin, t.ex. insulin, och vissa förbrukningsartiklar är kostnadsfria för brukaren. Barn under 18 år har frikort på läkemedel.

Den inkomst man förlorar när man drabbas av en sjukdom eller ett olycksfall ersätts till större delen av sjukpenning från Försäkringskassan. Skulle arbetsförmågan bli nedsatt en längre tid kan aktivitets- eller sjukersättning utges. Andra ersättningar som kan erhållas är smittbärrpenning, handikappersättning och vårdbidrag till funktionshindrat barn. Vad gäller tandvård är även denna till stor del subventionerad och ersättning kan även ges i vissa fall.

Rätten till försäkring aktualiserar gränsdragningen mellan socialförsäkringarna och de privata personförsäkringarna. Lagstiftaren har här ett val att göra vad gäller svårigheter för vissa utsatta grupper att teckna försäkring. De grupper som riskerar att drabbas extra hårt står ofta utanför den extra möjlighet till försäkringsskydd som finns genom privat personförsäkring, men genom socialförsäkringen finns ett grundläggande skydd för alla.

10. Slutsatser

Avgörande för om försäkring kan tecknas eller inte är resultatet av riskbedömningen. I de flesta fall kan personförsäkring tecknas till normala premier och villkor medan det i andra fall är möjligt att teckna försäkringen med förhöjd premie och/eller ändrade villkor. Det är i personförsäkringssammanhang egentligen felaktigt att tala om en *skyldighet* för försäkringsbolagen att ingå avtal om personförsäkring eftersom det är bolagen själva som bestämmer sina premier och villkor samt skapar sin egen praxis. Så länge försäkringsbolaget

⁸⁷ Detta avsnitt är baserat på prop. 2003/04:150 s 250

kan neka försäkring på grund av särskilda skäl finns ingen skyldighet att ingå avtal om personförsäkring. Det kan i dessa sammanhang konstateras att kontraheringsplikten inte är absolut.

Som framhålls i förarbetena är det viktigaste att försäkringsbolagen gör en individuell riskbedömning. Det får inte bli en schabloniserad bedömning som görs på bekostnad av individens möjlighet att teckna försäkring. Dock reducerar upplysningsplikten effekterna av kontraheringsplikten. Det är nödvändigt med informationsbalans för att bolagen överhuvudtaget skall kunna göra en riskprövning. Det viktiga är att konsumenten lämnar riktiga upplysningar inför riskbedömningen. Görs inte detta riskerar man att ersättningen sätts ned eller till och med helt uteblir. Det läggs ett ansvar på individen att fullfölja sin upplysningsplikt för att försäkringsbolaget sedan skall kunna fullgöra sitt ansvar. Regleringen om bolagets rätt till information i 11 kap 1 § NFAL kan sägas motsvaras av regleringen om försäkringssökandens skyldighet att upplysa om efterfrågade uppgifter i 12 kap 1 § NFAL. Det kan sägas föreligga en slags växelverkan mellan kontraheringsplikt och upplysningsplikt. Ju mer information som försäkringsbolaget får om risken, desto mer försiktiga och mindre benägna verkar de vara att teckna försäkring. Trots förutsättningar för informationsbalans och ekvivalensprincipen, samtidigt som individen/sökanden har en upplysningsplikt är det denna som kan begränsa deras möjlighet till försäkring.

Det är även lätt att glömma att försäkringsbolagen är vinstdrivande företag som troligen vill ha så många kunder som möjligt för att kunna driva verksamheten med vinst, men för att bibehålla en sund ekonomi och för att försäkringspremien skall vara skälig för de risker som finns är det en nödvändighet för försäkringsbolagen att en riskprövning görs. Försäkringsbolagen försöker göra en rättvis premiesättning genom att beräkna dödlighet inom de olika riskgrupperna och därigenom skydda sig och övriga försäkringstagare mot ett oförmånligt urval och en osund ekonomi i bolaget. Riskbedömningen är således ett viktigt led i att skapa skälighet och soliditet. Huvudsyftet med försäkringsbolagens verksamhet torde vara att ge så många personer som möjligt försäkring till en rättvis premie. För övriga som inte kan teckna försäkring försöker bolagen så långt möjligt erbjuda försäkring genom tilläggspremie eller ändrade villkor. Tyvärr kan det ändå till slut återstå en liten del som inte kan teckna försäkring på grund av för stort risktagande.

En särskilt utsatt grupp i dessa sammanhang är barn. De riskerar att hamna utanför samhället och aldrig komma in i arbetslivet om de drabbas av sjukdom eller olycksfall. På detta vis kan de lida stor inkomstförlust jämfört med kamrater som kan utbilda sig och har fler valmöjligheter. Därmed är det extra viktigt att kunna utöka skyddet för barn och unga genom försäkring. Även här gäller dock att kostnaderna för försäkringen måste motsvaras av risken. För barn och ungdomar under 18 år är tand- och sjukvård ofta kostnadsfri vilket generellt gör att deras socialförsäkringsskydd är bättre än för personer över 18 år. De flesta barn får teckna personförsäkring, men oftast tillämpas symtomklausuler. Försäkringsbolagen har här legitima skäl att tillämpa symtomklausuler eftersom de troligen annars inte överhuvudtaget skulle vilja teckna personförsäkringar för barn.

Utvecklingen av gentekniken har under de senaste åren verkligen gått framåt och kommit långt. Samtidigt har gentekniken varit ett alltmer omdiskuterat ämne, särskilt som ett led i riskanalysen för personförsäkringar. Denna typ av frågor kan vara känsliga för enskilda individer eftersom det kan vara avgörande för huruvida personförsäkring kan tecknas eller inte. Det är dessutom en integritetsfråga eftersom man inte själv kan påverka sitt arv och vilken genuppsättning man fötts med. Dock kan möjligheten att kartlägga genuppsättning och arvs massa i vissa fall leda till positiva effekter, t.ex. för fastställandet av sjukdom för att kunna ge rätt behandling eller bota sjukdomen. Hade reglering kring genetisk information inte funnits skulle varje individ kunna tvingas att genomgå en genetisk undersökning för att få teckna försäkring. Med hänsyn till både individens integritet och försäkringstagarkollektivets risker har jag förståelse för det val som lagstiftaren gjort i hur man utformat regleringen av genetisk integritet i dessa sammanhang. Det är en genomtänkt lagstiftning som kan motiveras vid högre försäkringsbelopp. Utifrån samhälls- och konsumentperspektivet kan lagen om genetisk integritet m.m. ses som en kompromiss mellan skyddet för individens integritet och autonomi samt försäkringstagarkollektivet som helhet genom att endast gälla för högre försäkringsbelopp. Jag anser det ändå vara en intressant fråga som skapar diskussion och håller med Radetzki i hans resonemang om solidaritet och integritet.

I förarbetena hävdas att rätten till försäkring kommer att ge en betydande förstärkning av utsatta personers ställning i förhållande till försäkringsbolagen.⁸⁸ Samtidigt betonar man att det inte är meningen genom den nya lagen att försäkringsbolagen skall behöva gå ifrån den

⁸⁸ Prop. 2003/04:150 s 250

försäkringstekniska bedömningen av risken.⁸⁹ Så länge detta motsatsförhållande råder kan man inte tala om en rätt till personförsäkring. För att utsatta grupper skall kunna få en rätt till personförsäkring är det just det som krävs; att försäkringsbolagen går ifrån sin försäkringstekniska bedömning av risken. En möjlig lösning kan ligga i vilket material som ligger till grund för riskbedömningen. Risken med en obegränsad fullmakt är att försäkringsbolaget tittar på information som egentligen är oväsentlig för riskbedömningen. En lagändring kring användandet av fullmakt träder i kraft i sommar. Detta får förhoppningsvis inverkan på hur försäkringsbolagen begär in journalanteckningar samt ökar kunnandet hos sökanden om innebörden av ett samtycke. Försäkringsbolagen kommer efter lagändringen inte lika lätt kunna begära fullmakt som tidigare vid ansökan om försäkring, det kommer krävas viss utredning innan samtycke får begäras. Man kan säga att ett nödvändighetsrekvisit uppställs, vilket gör att bolaget måste motivera skälen till att man inhämtar hälsouppgifter. Detta är något positivt för individen och stärker integritetsskyddet.

Självklart har vi alla olika förutsättningar och egenskaper och försäkringsbolagen måste ta hänsyn till de lagar och riktlinjer de har att följa. Genom tecknande av en personförsäkring görs en kollektiv ansvarsfördelning mellan försäkringstagarna, dock med begränsningar eftersom det är upp till försäkringsbolaget att se till att premierna motsvaras av de risker som finns inom kollektivet. För en del kommer ett försäkringsfall att inträffa medan andra inte kommer att behöva utnyttja sin försäkring. Genom solidaritetsprincipen kan visst utrymme ges för att teckna försäkring för de som normalt inte skulle beviljas försäkring. Däremot talar dock ekvivalensprincipen om denna tolkas så att den individuella premien skall motsvaras av den individuella risken. Det är ingen lätt avvägning att göra med tanke på skyddet av individen å ena sidan och hänsyn till försäkringstagarkollektivet å andra sidan. För funktionshindrade finns socialt skydd i form av ersättning från kommun och försäkringskassan, men detta är inte alltid tillräckligt. Det måste för dessa grupper finnas en chans till ytterligare försäkring då de vid sjukdom eller olycksfall annars riskerar att drabbas extra hårt och stå utan försäkringsskydd. En bättre ansvarsfördelning mellan staten och de privata bolagen hade varit önskvärd för de funktionshindrade och personer med varaktigt nedsatt förmåga. Lagstiftaren hade kunnat lägga över en större del av ansvaret för kostnader på de privata försäkringsbolagen genom att kostnaden för att bära försäkringen hade lagts på försäkringstagarna själva, utan att det sociala skyddsnetet för den sakens skull togs bort.

⁸⁹ Prop. 2003/04:150 s 245

Givetvis måste detta grundas på en väl underbyggd kalkyl där försäkringen kan bära sina egna kostnader. För att inte riskera att mer pengar betalas ut än vad som kommer in till försäkringen i form av premier skulle ett ersättningstak kunna sättas. Svårigheten ligger i att hitta en balans mellan premier, risker och ersättningar. Vi talar här om en civilrättslig lagstiftning. Offentligrättslig intervention är då mycket begränsad. I detta gränsland mellan civil och offentlig rätt är faran med ett större ansvar för försäkringsbolagen att premien ökar. Försäkringsbolagen tvingas då höja premierna för att vara säkra på att alla risker ryms inom bolagens verksamhet, detta med hänsyn till soliditetsprincipen. Följden härav kan bli att de personer som representerar så kallade goda risker anser premien för dyr och lämnar försäkringen för att hitta ett billigare alternativ. Lagstiftaren har här gjort en avvägning i utformningen av tecknandet av personförsäkringar. Försäkringsbolagen måste göra fortlöpande riskanalyser samt väl avvägda premiesättningar och villkorsändringar för att hitta rätt balans mellan risker och kostnader. Något som gynnar både bolaget och kunden.

Det kan konstateras att föreställningen om en ovillkorlig kontraheringsplikt är inget annat än just en föreställning. Det har visats ovan att kontraheringsplikten till sitt yttre ses som en rättighet för individen, medan den snarare bör ses som en målbestämmelse eftersom det i slutändan är försäkringsbolaget som, genom sin egen praxis, avgör vilka som kan teckna en försäkring. Dock tror jag att bolagen inte nekar någon försäkring helt grundlöst eftersom de ändå är vinstdrivande företag som torde se till sina kunders bästa. Försäkringsbolaget måste dock ta hänsyn till de bestämmelser som finns i försäkringsrörelselagen om att bolaget måste vara solid, men med rätt teknik vid riskprovningen och premiesättningen kan så många som möjligt teckna personförsäkring.

Jag hoppas att jag genom denna uppsats skapat en förståelse för hur komplex frågan om kontraheringsplikt vid individuell personförsäkring egentligen är. Den här uppsatsen gör inget anspråk på något sätt att lösa frågan utan bör snarare ses som ett uppmärksammande på hur förhållandet mellan individ och försäkringstagarkollektiv inverkar på kontraheringsplikten. Frågan om hur kontraheringsplikten skall utformas för att vara optimal är på intet sätt i närheten av att vara löst utan den kommer inför framtiden fortsätta att vara ett hett ämne för diskussion.

11. Käll- och litteraturförteckning

11.1 Offentligt tryck

- Regeringens proposition 2003/04:150, *Ny försäkringsavtalslag*
- Regeringens proposition 2009/10:241, *Ett förstärkt integritetsskydd i försäkringssammanhang*

11.2 Litteratur

- Adlercreutz, Axel, *Avtalsrätt I*, Juristförlaget i Lund, 2002
- Bengtsson, Bertil, *Försäkringsavtalsrätt*, Norstedts Juridik AB, Stockholm 2006
- Bernitz, Ulf, *Svensk och europeisk marknadsrätt I*, Norstedts Juridik AB, Stockholm 2005
- Fagerberg, Susanne och Schenholm, Linda, *Funktionshinder – Försäkringshinder*, rapport för Konsumenternas försäkringsbyrå, Stockholm 2001
- Lindell-Frantz, Eva, avsnitt *Personförsäkring och kontraheringsplikt* i Bengtsson, Bertil, m.fl. *Uppsatser om försäkringsavtalslagen*, Jure förlag AB, Stockholm 2009
- Lomfelt, Ingrid, *Riskbedömning*, Ifu utbildnings ab, Stockholm 2001
- Sporrang, Björn, avsnitten *Barn- och ungdomsförsäkring* och *Olycksfallsförsäkring* i Palmgren, Björn, (red.) m.fl. *Personförsäkring*, Studentlitteratur, Lund 2009
- Pehrson, Lars, *Kontraheringsplikt*, Institutet för immaterialrätt och marknadsrätt vid Stockholms Universitet, Liber Förlag, Stockholm 1976
- Radetzki, Marcus, Radetzki, Marian och Juth, Niklas, *Att nyttja genetisk information*, SNS Förlag, Stockholm 2002

11.3 Övrigt

- *Maria, 42, är "för tjock" för försäkring* – Expressen artikel publicerad 2010-06-07, www.expressen.se/halsa/1.2015202/maria-42-ar-for-tjock-for-forsakring
- *Var "för tjock" för försäkring - fick rätt* – Expressen artikel publicerad 2010-06-10, www.expressen.se/halsa/1.2019938/var-for-tjock-for-forsakring-fick-ratt

- *Verksamheten 2009*, Konsumenternas försäkringsbyrå,
<http://bankforsakring.konsumenternas.se/Documents/KFB%20VB%202009%20for%20webben.pdf>
- *Genetisk information i försäkringssammanhang* – En uppföljning av tillämpningen av lagen (2006:351) om genetisk integritet som infördes den 1 januari 2007, Socialstyrelsen, juni 2008, www.socialstyrelsen.se,
- *Frequently asked questions* – WHO-World Health Organisation 2011,
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>
- Mailkontakt med Monika Kandare, Trygg Hansa 2010-08-13
- Telefonsamtal med Inger Jigskog, Länsförsäkringar 2010-08-25