



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Juridiska institutionen

Programmet för juristexamen

Tillämpade studier 30 hp

Examensarbete höstterminen 2011

Rätten till personförsäkring

- En studie av den sammantagna rättsliga skyddssituationen för personer med funktionsnedsättning vid ansökan om personförsäkring

Författare: Miriam Khelil

Handledare: Filip Bladini

Examinator: Lars-Göran Malmberg

Innehållsförteckning

Abstract

Förkortningar

1 Inledning.....	6
1.1 Bakgrund	6
1.2 Syfte	8
1.3 Metod	8
1.4 Avgränsningar och definitioner	9
1.5 Disposition.....	9
2 Hur socialförsäringsskyddet kan kompletteras av privat försäkring.....	11
2.1 Bakgrund och problematik	11
2.2 Olika socialförsäkringar kontra sjuk- och olycksfallsförsäkring.....	13
2.3 Vårdbidrag och barnförsäkring.....	15
2.4 Sjukvårdsförsäkring.....	16
2.5 Livränta och trygghetsförsäkring	17
2.6 Livförsäkring	17
2.7 Kollektiv försäkring	17
3 Kontraheringsplikten för personförsäkringar	19
3.1 Införandet av en kontraheringsplikt för personförsäkringar	19
3.2 Gällande reglering i 11 kap. 1 § FAL.....	22
3.3 Försäkringsbolagens tillämpning av 11 kap. 1 § FAL.....	24
3.4 Samtycke till att inhämta hälsouppgifter	25
3.5 Lag om genetisk integritet.....	26
3.6 Upplyningsplikten.....	27
3.7 Informationsplikten	28
3.8 Symptomklausuler.....	29
3.9 De olika möjligheterna att överpröva ett beslut	30
3.9.1 Överprövningsmöjligheter enligt lag och motiv.....	30
3.9.2 Överprövningsmöjligheter enligt försäkringsbolagen	31
3.10 En uppföljning av lagen	32
4 Försäkringsteknik	33
4.1 Allmänt.....	33
4.2 Riskgemenskap och riktlinjer	34

4.3 Försäkringsbolagens statistik över avslagsbeslut	36
4.4 Sammanfattande kommentarer	36
5 Diskrimineringslagstiftningen.....	37
5.1 Bakgrund	37
5.2 Direkt diskriminering	38
5.2.1 Missgynnande.....	38
5.2.2 Huruvida en jämförbar situation föreligger	39
5.2.2.1 Jämförbar situation enligt motiven.....	39
5.2.2.2 Argumentation för hur jämförelsen skall göras i försäkringssammanhang.....	39
5.2.3 Orsakssamband.....	41
5.3 Indirekt diskriminering.....	42
5.3.1 Missgynnande och jämförbar situation.....	42
5.3.2 Intresseavvägning.....	43
5.4 Sanktioner.....	44
5.5 Sammanfattande kommentarer	45
6 Individuell eller schablonmässig bedömning.....	46
6.1 Enligt försäkringsbolagen.....	46
6.2 Enligt dokumentär i media	47
6.3 Enligt Konsumenternas försäkringsbyrå	48
6.4 Enligt Diskrimineringsombudsmannen	49
6.5 Enligt Konsumentombudsmannen.....	50
6.6 Sammanfattande kommentarer	51
7 Utvecklingen i framtiden	52
7.1 Dom från EU-domstolen: förbud mot kön som en premie- eller ersättningsfaktor.....	52
7.2 Produktutvecklingsarbetet för högriskgrupper	53
8 Avslutande reflektioner	55
Käll- och litteraturförteckning.....	60
Bilaga 1	68
Bilaga 2	71
Bilaga 3	73
Bilaga 4	76

Abstract

The 1st of January 2006, a *right to insurance* for insurance of persons entered into force in Chapter 11, Article 1 in the Swedish Insurance Contracts Act (2005:104). A main driving force in the production of the Act was the need to provide solid consumer protection and to strengthen the rights of persons with disabilities to subscribe insurance of persons. Furthermore, the legislation aimed to reducing the number of flat-rate assessments where entire groups of disabled persons in general was refused insurance by insurers and encourage more individual assessments. The right is expressed as a duty for the insurer to contract and the insurers may only refuse someone to subscribe insurance when there are special reasons for such denial, such as the risk of future claims due to health problems. It is specified in the preparatory works that the intention is not to force insurers into uncommercial terms. The idea is, rather than reject applications for insurance outright, that the insurers shall modify terms and premiums to suit the individual assured or the proposer. A problem, which the thesis concerns, with an extended right to insurance, is how it should be combined with insurance technology requirements that the insurers decisions are based upon. The thesis shows that the entry into force of the right to insurance has not resulted in any improvement for disabled persons regarding their right to insurance. The problem that exists regarding individual and standard assessment is a result of the fact that there are no statutory guidelines for what an individual assessment should be like. The legislature's intent was probably that the application would be clarified through practice, but the problem is that there are no such cases. The fact that there are no guidelines for how an individual assessment should be applied has resulted in the insurance industry's various parties interpreted the meaning according to their own interests. Thus, there is a need of a precedent that can clarify the subject.

In addition to the right to insurance the Discrimination Act (2008:567) provides a protection to disabled persons against *discrimination* when applying for insurance. Swedish legislation therefore has two parallel protective legislations. The Insurance Contracts Act shall ensure that the person is only refused when there are special reasons for such denial according to the Act and safeguard individual assessments. The Discrimination Act shall protect that a person with a disability is not subjected to either direct or indirect discrimination when applying for insurance. There is only one case, and that case is only judged by the district court, where the Discrimination Act has been applied on a situation where a person with a disability has been refused to subscribe insurance of persons. The insurance companies and the equality ombudsman have different ideas about how the Discrimination Act should be applied in these situations. A difference of opinion exists specifically about how the comparison should be made in accordance to the criterion of assessment. The paper describes how the comparison can be interpreted according to different opinions and overall how the Discrimination Act could be applied when a person is refused an insurance contract. Overall, the thesis investigates the legal protective regulations for people with disabilities when applying for insurance of persons. Besides the Discrimination Act and the Insurance Contract Act the thesis also investigates the article of consent to collect health data and the social security system and aims to explain how the different regulations correlate to give disabled persons a legal protection in these situations.

Förkortningar

AD	Arbetsdomstolen
ARN	Allmänna reklamationsnämnden
AvtL	Lag (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område
DFL	Lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering
DL	Diskrimineringslag (2008:567)
DO	Diskrimineringsombudsmannen
Ds	Departementsserie
EG	Europeiska gemenskapen
EU	Europeiska Unionen
FAL	Försäkringsavtalslag (2005:104)
FFFS	Finansinspektionens författningssamling
FN	Förenta Nationerna
FUB	Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning
GFAL	Lag (1927:77) om försäkringsavtal
HD	Högsta Domstolen
JT	Juridisk Tidsskrift
KFB	Konsumenternas försäkringsbyrå
KFL	Lag (1980:38) om konsumentförsäkringar
KO	Konsumentombudsmannen
LSS	Lagen (1999:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv
SFB	Socialförsäkringsbalk (2010:110)
SFS	Svensk författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SvJT	Svensk Juristtidning

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Hur ser den sammantagna rättsliga skyddssituationen ut för personer med funktionsnedsättning vid tecknande av personförsäkring? I svensk lagstiftning finns det sedan den 1 januari 2006 ett skydd i 11 kap. 1 § försäkringsavtalslagen (2005:104) (FAL)¹ i form av en kontraheringsplikt för personförsäkringar. Kontraheringsplikten innebär att försäkringsbolagen endast får neka en försäkringssökande att teckna personförsäkring när det finns *särskilda skäl* för ett sådant avslag, såsom vid risk för framtida försäkringsfall på grund av hälsoproblem. Syftet med införandet var bland annat att stärka rätten för personer med funktionsnedsättning att teckna personförsäkring, minska risken för schablonmässiga bedömningar där hela grupper av personer med en funktionsnedsättning generellt nekats att teckna försäkring och att verka för mer individuella bedömningar.²

Vidare finns det ett skydd i diskrimineringslagen (2008:567) (DL) som skall skydda personer med funktionshinder mot att *diskrimineras* när de ansöker om försäkring.³ En diskriminering är för handen om en person missgynnas genom att behandlas sämre än vad någon annan skulle ha behandlats i en jämförbar situation om missgynnandet har samband med funktionshindret (direkt diskriminering). Det kan även bli fråga om diskriminering om en person med funktionshinder missgynnas genom tillämpning av ett försäkringsvillkor som framstår som neutralt, men som kan komma att särskilt missgynna personer med visst funktionshinder (indirekt diskriminering). Vid indirekt diskriminering skall även en intresseavvägning göras för att utreda om missgynnandet ändå kan vara acceptabelt då bestämmelsen har ett berättigat syfte och om de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet.

Således ger såväl FAL som DL personer med funktionshinder ett lagstadgat skydd vid ansökan om personförsäkring, men frågan är hur väl dessa två lagstiftningar korrelerar och hur bestämmelserna i praktiken lyckats utgöra ett reellt skydd. Kontraheringsplikten i FAL har hittills inte prövats i domstol och oklarhet råder därmed om hur bestämmelsen skall tillämpas. Försäkringstagarvänliga organisationer påstår att försäkringsbolagen fortfarande gör schablonmässiga bedömningar av personer med funktionsnedsättning vid ansökan om personförsäkring och att dessa personer fortfarande i hög grad nekats teckna personförsäkring.⁴ Försäkringsbolagens bedömningar av personer med funktionshindres

¹ Se prop. 2003/04:150 samt 11 kap. 1 § FAL. Dock med undantag för sådana personförsäkringar som någon tecknar i egenskap av näringsidkare till förmån för sitt företag, 11 kap. 1 § 2 st. FAL.

² Prop. 2003/04:150 s.246 f.

³ Se 1 kap. 4 §, 1 kap. 5 § 4 p. och 2 kap. 12 § DL samt prop. 2007/08:95 s.518.

⁴ Se nedan om dessa ståndpunkter angående Konsumenternas försäkringsbyrå i avsnitt 6.3, diskrimineringsombudsmannen i avsnitt 6.4 samt konsumentombudsmannen i avsnitt 6.5.

försäkringsansökningar har även kritiserats i media.⁵ Bolagen anser dock att de tillämpar individuella bedömningar och att de på så sätt följer lagen, oklarhet tycks därmed även råda över vad en individuell bedömning skall anses innebära.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har däremot vid ett flertal tillfällen stämt försäkringsbolag för diskriminering av personer med funktionshinder vid ansökan om försäkring, dock har endast ett fall bedömts i domstol.⁶ Att DL skulle bli en väg försäkringssökande tar för att överpröva försäkringsbolagens beslut var något lagstiftaren inte kunde förutspå.⁷ Hur diskrimineringslagstiftningen skall tillämpas i dessa situationer är dock inte helt klart, specifikt verkar det råda ovisshet hur jämförelsen och intresseavvägningen skall göras enligt den så kallade kriteriebedömningen vid fråga om diskriminering.

Utöver FAL och DL ger även socialförsäkringar personer med funktionshinder ett grundläggande skydd från staten. Hur socialförsäkringsskyddet ser ut är av avgörande betydelse för personer med funktionsnedsättning om det är så som många organisationer påstår, att denna grupp utöver vad som är motiverat nekas teckna kompletterande privata personförsäkringar.

Den 1 juli 2011 infördes även en ny bestämmelse i 11 kap. 1a § FAL om begränsning av bolagens möjligheter att använda sig av generella fullmakter för att inhämta hälsouppgifter vid bedömningen av en försäkringsansökan, syftet med lagregleringen var att stärka integriteten hos försäkringssökande och verka för att försäkringsbolagen enbart begär in kompletterande hälsouppgifter när det behövs. Hur denna reglering kan påverka det sammantagna rättsliga skyddet för personer med funktionshinder är även det av intresse.

Det är även svårt att kombinera en utvidgad rätt till försäkring med en väl fungerande försäkringsteknik.⁸ Eftersom försäkringsbolagen sorterar likartade risker blir det för dem som utgör en högre risk, såsom personer med en funktionsnedsättning, dyrare och även svårare att teckna försäkring. Om försäkringsbolaget tar ut samma premie för alla riskerar de att drabbas av ett så kallat *moturval*. Moturval innebär att försäkringsbolaget på lång sikt riskerar att förlora kunder med låg risk och endast ha kvar de med hög risk.⁹ Moturval utgör därmed en stor osäkerhet då det kan slå ut konceptet med försäkringar, eller i vart fall en viss typ av försäkring, helt. Det är således även en intressant aspekt hur stor skillnad kontraheringsplikten egentligen kan göra för personer med funktionsnedsättning vid ansökan om försäkring då bolagen är styrda av försäkringstekniska principer och ramverk.

Frågan är således hur *samtliga* skyddsregleringar samverkar och hur helhetsbilden av skyddande regleringar ser ut för personer med funktionsnedsättning vid ansökan om personförsäkring.

⁵ Se exempelvis mediedokumentärer i Svt, Plus som redogörs för i avsnitt 6.2.

⁶ Se ANM 2011/192, ANM 2009/1382, Stockholms tingsrätt, dom den 8 mars 2011, meddelad i Stockholm, mål nr T 20377-09, If Skadeförsäkringar: Ho 2008/946 17/6-2010: Stämning, stämningen återkallades 11/2- 2011.

⁷ Bengtsson, Försäkringsavtalsrätt, s.417.

⁸ Prop. 2003/04:150 s.246 f.

⁹ Fagerberg & Schenholm, Funktionshinder Försäkringshinder, s.8 och 28.

1.2 Syfte

Det övergripande syftet med uppsatsen är att utreda hur den sammantagna rättsliga skyddssituationen ser ut för personer med funktionsnedsättning vid ansökan om personförsäkring. I en mer inskränkt mening kommer uppsatsen att fokusera på vilket skydd personer med funktionsnedsättning kan få från socialförsäkringar, vilket skydd som kan erhållas från FAL och dess kontraheringsplikt, men även relaterade regleringar som den nya lagregleringen i 11 kap. 1a § FAL om samtycke till att inhämta hälsouppgifter, och vilket skydd som finns i diskrimineringslagstiftningen. Angående kontraheringsplikten är syftet att utreda vad som är att anse som en schablonartad bedömning av en försäkringsansökan och vad som är att anse som en individuell bedömning och vad den rättsliga skillnaden mellan en schablonmässig bedömning och en individuell bedömning är.

Fortsättningsvis skall även utredas om FAL och DL har samma skyddsobjekt och om ett visst förfarande kan stå i strid med DL men inte FAL och vice versa. Vidare är syftet att utreda om det är direkt eller indirekt diskriminering som kan aktualiseras i DL, alternativt båda, när en person med funktionsnedsättning ansöker om personförsäkring. Syftet är även att vid kriteriebedömningen i DL utröna vad en jämförbar situation är i försäkringssammanhang samt hur intresseavvägningen skall göras.

1.3 Metod

Framställningen bygger till stora delar på en sedvanlig juridisk metod där de traditionella rättskällorna har studerats som lagtext, förarbeten, praxis och doktrin. Rättsfall från underrätt har även studerats då det i vissa fall saknas relevanta avgöranden från högre rätt. Då det saknas tillräcklig information för att besvara mina frågeställningar i de traditionella rättskällorna har jag även studerat artiklar, försäkringsbolagens riktlinjer och försäkringsvillkor.

För att utreda hur reglerna tillämpas i praktiken har jag studerat andra källor i form av nyhetsmaterial såsom tv och nyheter, ärenden från DO och varit i kontakt med Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (FUB), Konsumenternas Försäkringsbyrå (KFB), Konsumentverket, Handikappförbunden¹⁰, Allmänna reklamationsnämnden (ARN), DO, Försäkringskassan och Justitiedepartementet.

Jag har även utfört en enkätundersökning med representanter från fyra försäkringsbolag. Valet av försäkringsbolag baserades på vilka fyra försäkringsbolag som innehade störst procentuella marknadsandelar år 2010 vilket var Länsförsäkringar, If Skadeförsäkringar AB (publ) (If),

¹⁰ Tidigare kallat Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO), numera benämnt Handikappförbunden, se 1 § stadgar för Handikappförbunden, antagna av Handikappförbundens kongress 19/5-2011.

Trygg-Hansa Försäkringsaktiebolag (publ) (Trygg-Hansa) och Folksam.¹¹ Försäkringsbolagen valde själva ut den representant de ansåg som mest lämpad att besvara enkäten.

Då de sakkunniga som besvarat enkätundersökningen är erfarna praktiker förväntar jag mig att den givna informationen är sakligt korrekt. Jag anser dock inte att informationen skall behandlas som slutgiltig fakta då intervjusvar alltid kan kritiseras för att vara tillrättalagda och inte svar på hur tillämpningen sker i realiteten. Mina intervjusvar skall således betraktas som vad ett fåtal sakkunniga uttryckt och inte som allmänt tillämpbar fakta. Detsamma gäller den information jag erhållit via telefon med sakkunniga, samt den information jag hämtat från nyhetsflödet.

1.4 Avgränsningar och definitioner

Fokus i uppsatsen ligger på rätten att teckna försäkring, jag kommer således inte att fördjupa mig i ersättningsnivåer och beräkning av ersättning utan fokusera på rätten att erhålla försäkring.¹² Uppsatsen är koncentrerad på rekvisitet *särskilda skäl* i 11 kap. 1 § FAL eftersom det är detta rekvisit som är av betydelse för när en försäkringsansökan kan nekas. Angående socialförsäkringar och personförsäkringar har genomgången inte för avsikt att vara uttömmande då uppsatsen skall redogöra för de ersättningar och försäkringar som blir aktuella specifikt för en person med funktionsnedsättning.

Jag kommer omväxlande använda mig av termer som *försäkringsbolaget*, *försäkringsgivaren* och *bolaget*. Jag är medveten om att det förekommer skillnader mellan olika grupper med funktionsnedsättning men kommer inte skilja personer med olika sorters funktionshinder åt i behandlingen. När jag omnämner *personer med en funktionsnedsättning/ funktionshinder* avser jag en funktionsnedsättning i samma mening som DL; varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns vid födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå.¹³

1.5 Disposition

I kapitel två ges en överblick över socialförsäkringsreglerna och de olika typerna av personförsäkring som en person med funktionshinder kan tänkas vilja teckna samt hur dessa ersättningar samverkar med varandra. I kapitel tre redogörs för personförsäkring och kontraheringsplikt där reglerna om kontraheringsplikten i FAL granskas, intentionerna bakom lagändringen synliggörs och försäkringsbolagens tillämpning av 11 kap. 1 § FAL beskrivs. Här behandlas även anslutande regleringar och dess koppling till kontraheringsplikten. I

¹¹ Försäkringsförbundet, Svensk försäkring i siffror 2010, Preliminära uppgifter för verksamhetsåret 2010, s.3.

¹² För vidare läsning se bland annat Roos, Ersättningsrätt och ersättningssystem, Norstedts Förlag AB, 1990, Eriksson, A, Ersättning vid personskada, Studentlitteratur 2009, Hellner, J, Radetzki, M, Skadeståndsrätt, åttonde upplagan, Norstedts Juridik 2010 samt Randquist, M, Granlund, M, Olofsson, C, Schönning, O, Sjöberg, M, Stéen, L, Svendenius, M, Ersättning vid personskada, sjuttonde upplagan, Studentlitteratur 2011.

¹³ Se 1 kap. 5 § 4 p. DL.

kapitel fyra ges en redogörelse för försäkringsteknik som spelar en central roll angående försäkringsbolagens bedömningar av en försäkringsansökan. I kapitel fem behandlas sedan reglerna för diskriminering och synpunkter på hur diskrimineringslagstiftningen skall tillämpas när en person med funktionshinder nekats teckna försäkring. I kapitel sex synliggörs gränsdragningen mellan en individuell och en schablonmässig bedömning. I kapitel sju redogörs för intressanta aspekter på utvecklingen i framtiden. I kapitel åtta anger jag avslutande reflektioner och belyser den, enligt mig, viktigaste problematiken i sammanhanget. I slutet av uppsatsen finnes käll- och litteraturförteckning följt av enkätundersökningarna med de fyra försäkringsbolagen i form av bilagor.

2 Hur socialförsäkringskyddet kan kompletteras av privat försäkring

Nedan följer en utredning om vilket skydd en person med funktionsnedsättning kan erhålla från socialförsäkringen, detta är av betydelse för att förstå vad personen har för ersättning att tillgå när en ansökan om privat personförsäkring nekats. Jag kommer även i relation till socialförsäkringskyddet redogöra för vilka personförsäkringar en person med funktionshinder kan tänkas vara intresserad av att teckna och vad för ersättning som utgår ifrån dessa.

2.1 Bakgrund och problematik

Det är en stor skillnad mellan socialförsäkring och privat försäkring. Socialförsäkringarna bygger på premiesolidaritet, vilket innebär att kostnaden för att delta inte är relaterad till risken för att behöva utnyttja försäkringen. En person med stor risk att bli sjuk betalar inte högre premie, eller avgift, för den allmänna sjukförsäkringen än en person med låg risk. Finansieringen sker via skatter och sociala avgifter. Privata försäkringar bygger i stället på att premien skall motsvara försäkringstagarens risk för att behöva använda försäkringen. En person med en ökad risk för sjukdom kan således få betala mer för en privat försäkring eller helt nekats att teckna en sådan försäkring. De privata försäkringarna finansieras av försäkringstagarkollektivet genom premieinbetalningar och försäkringsbolagens verksamhet syftar normalt till att generera vinster.¹⁴ Den 1 januari 2011 trädde en ny sammanhållen socialförsäkringsbalk (2010:110) (SFB) i kraft och ersatte tidigare separata lagar inom socialförsäkringen.¹⁵

Angående socialförsäkring och privat försäkring är det viktigt att synliggöra vilken typ av ersättning som är aktuell från å ena sidan det statliga skyddet och å andra sidan de kompletterande privata försäkringarna samt hur de förhåller sig till varandra. Det skall klargöras att en person med funktionshinder aldrig kan få någon typ av privat försäkringsersättning för sitt *funktionshinder* då det inte är något försäkringsfall. Personförsäkringar ger bara ersättning när en *risk för försäkringsfall* förverkligas. Har den försäkringssökande ett funktionshinder så kan han eller hon därför inte försäkra sig mot effekter av funktionshindret eller få ersättning från en privat försäkring för något som har samband med det befintliga funktionshindret. Däremot kan en person med funktionshinder, utan att det föreligger ett försäkringsfall, ha rätt till ett grundläggande statligt skydd i form av socialförsäkring.

Socialförsäkring och privat försäkring har därmed olika skyddsobjekt och fungerar på olika sätt, socialförsäkringen är ett grundläggande skydd för alla och den privata försäkringen är ett

¹⁴ Prop. 2009/10:241 s.9.

¹⁵ Se 1 kap. 2 § lag (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

komplement för de som försäkringsbolaget, efter sina riskbedömningar, väljer. Om en individ har ett medfött funktionshinder, eller drabbas av ett funktionshinder utan att inneha en personförsäkring som ger ersättning för försäkringsfall, har personen enbart rätt till ersättning från socialförsäkringen.

De ersättningar som är aktuella från socialförsäkringen för en person med funktionshinder är *vårdbidrag*¹⁶, *handikappersättning*¹⁷, *assistansersättning*¹⁸, *bilstöd*¹⁹, *tillfällig föräldrapenning*²⁰, *hembesök av en tandläkare eller tandhygienist*, *bostadstillägg*²¹ samt *sjukersättning och aktivitetsersättning*²². Dessa ersättningar utgör samhällets grundskydd för en utsatt grupp med höga kostnader, som dessutom i många fall inte har möjligheten att arbeta och erhålla en inkomst som andra. En person med funktionshinder har därmed många gånger enbart rätt till ersättning enligt de bosättningsbaserade förmånerna, vilket inte ger ett lika omfattande skydd som de arbetsbaserade förmånerna.²³ De är därmed i behov av ekonomiskt stöd för att klara sitt uppehälle.

Kompletterande privata försäkringar som en person med funktionshinder kan vara intresserad av att teckna är *livförsäkring*, *sjukförsäkring*, *olycksfallsförsäkring*, *kombinerad sjuk- och olycksfallsförsäkring* eller *sjukvårdsförsäkring*. Det finns även *kollektiva försäkringar* som en person med funktionshinder inte tecknar själv men som exempelvis en arbetsgivare eller en annan företrädare för en grupp kan teckna.

En rapport från år 2001 visade att hela 87 procent av handikappförbunden som besvarade enkäten upplevde att deras medlemmar hade problem med att teckna personförsäkringar.²⁴ Det vanligaste problemet enligt rapporten var att 57 procent inte fick teckna försäkring alls. Förhöjd risknivå respektive viss diagnos var de mest förekommande motiveringarna hos försäkringsbolagen.²⁵

Enligt Per Liljeros på FUB upplever medlemmarna i föreningen, personer med en utvecklingsstörning, idag problem med att teckna samtliga personförsäkringar.²⁶ Annika Nyström Karlsson på Handikappförbunden intygar att det framförallt kan vara sjukförsäkring men att det i stora drag är problem för medlemmarna att teckna samtliga personförsäkringar.²⁷ Trots kontraheringspliktens införande upplever därmed personer med funktionsnedsättning fortfarande problem med att teckna personförsäkringar.

¹⁶ Se 22 kap. SFB.

¹⁷ Se 50 kap. SFB.

¹⁸ Se 51 kap. SFB.

¹⁹ Se 52 kap. SFB.

²⁰ Se 13 kap. SFB.

²¹ Se 101 kap. SFB.

²² Se 33-35 kap. SFB.

²³ Se 5-6 kap. SFB.

²⁴ Fagerberg & Schenholm, Funktionshinder Försäkringshinder, s.11.

²⁵ A.a., s.44 f.

²⁶ Kontakt med Per Liljeros, FUB, 2/11-2011.

²⁷ Kontakt med Annika Nyström Karlsson, Handikappförbunden, 2/11-2011.

Nedan redogörs för de ovan nämnda privata försäkringar en person med funktionshinder kan tänkas vara intresserad av att teckna, och vilken form av grundläggande ersättning från socialförsäkringsskyddet som finns att ta del av, om personen i fråga nekas teckna privat försäkring. Personer med funktionshinder tenderar att nekas teckna privat försäkring på grund av riskbedömningen och förlorar på så vis möjligheten till det komplement dessa försäkringar utgör.

2.2 Olika socialförsäkringar kontra sjuk- och olycksfallsförsäkring

Sjuk- och aktivitetsersättning kan lämnas till en person vars arbetsförmåga är långvarigt nedsatt, antingen i form av inkomstrelaterad ersättning om personen kommit ut i arbetslivet eller i form av en garantiersättning.²⁸ En person vars arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel har rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning. För sjukersättning krävs det att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt och för aktivitetsersättning krävs det att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år. Sjukersättning utges till personer mellan 30 och 65 år och aktivitetsersättning utges till personer mellan 19 och 29 år. Beroende på till hur stor del arbetsförmågan är nedsatt kan personen i fråga få hel, tre fjärdedels, halv eller fjärdedels sjukersättning.²⁹ Sjuk- och aktivitetsersättningen skall verka som lön för att individen i fråga inte kan utföra ett arbete och vara ett ekonomiskt stöd i vardagen.

En individ kan erhålla *handikappersättning* om denne fått sin funktionsförmåga nedsatt för avsevärd tid i sådan omfattning att han eller hon behöver mera tidskrävande hjälp i sin dagliga livsföring, eller om han eller hon behöver fortlöpande hjälp för att kunna förvärvsarbeta eller studera, eller i annat fall har betydande merkostnader.³⁰ En person som omfattas av lagen (1999:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan för sin dagliga livsföring få *assistansersättning* för kostnader för sådan personlig assistans som avses i samma lag. Det krävs dock att personen behöver personlig assistans i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan för sina grundläggande behov.³¹ Om en förälder behöver avstå från att utföra förvärvsarbete då barnet har behov av vård kan *tillfällig föräldrapenning* utges. Det finns även en utökad rätt till tillfällig föräldrapenning om barnet omfattas av LSS.³² Om en person på grund av varaktigt funktionshinder har väsentliga svårigheter med att förflytta sig på egen hand kan *bilstöd* lämnas till denne eller dennes förälder. Bilstöd kan innefatta exempelvis anskaffningsbidrag till bil eller bidrag till körkortsutbildning.³³

Har en individ en funktionsnedsättning, omfattas av den kommunala omsorgen och har svårigheter med att ta sig till tandläkaren kan denne få gratis *hembesök av en tandläkare eller tandhygienist* som bedömer behovet av tandvård.³⁴ Om en person har sjuk- eller

²⁸ Se 33 kap. 2-3 §§ samt 34-35 kap. SFB.

²⁹ Se 33 kap. 5-9 §§, 16 § samt 18 § SFB.

³⁰ Se 50 kap. 4-6 §§ SFB.

³¹ Se 51 kap. 2-3 §§ SFB.

³² Se 13 kap. 2 § samt 26-27 §§ SFB.

³³ Se 52 kap. 2-5 §§ SFB.

³⁴ Försäkringskassans broschyr, Om du har en funktionsnedsättning, s.23.

aktivitetsersättning kan han eller hon även få *bostadstillägg* beroende på hur stora boendekostnader samt inkomster denne har.³⁵

Om funktionshindret uppkommit i form av ett försäkringsfall genom en olycka finns det en kompletterande privat försäkring i form av *olycksfallsförsäkring*. Det finns även *sjukförsäkring* som ger ersättning om funktionshindret uppkommit genom en sjukdom och kombinerade *sjuk- och olycksfallsförsäkringar* som ger ersättning både vid sjukdom och olycksfall. Olycksskada definieras ofta som en *kroppsskada som drabbat den försäkrade ofrivilligt genom plötslig, yttre händelse* vilket skiljer skadan från en sjukdom. En olycksfallsförsäkring lämnar ersättning för ekonomiska förluster av olika slag vid olycksfallsskada såsom behandlings- och resekostnader. Vid bestående invaliditet uppstår ofta kostnader för till exempel anpassning av bostad och framtida inkomstförlust. Med sjukförsäkring avses normalt en försäkring som kompenserar kostnader och en viss del av inkomstförlusten vid arbetsförmåga till följd av sjukdom. Ersättningens storlek beror på hur högt försäkringsbelopp försäkringstagaren valt och på graden av invaliditet. Engångsbelopp kan utgå vid vissa sjukdomar. Sjukförsäkring ger invaliditetsersättning för bestående skada.³⁶

De flesta försäkringsvillkor innehåller inskränkningar för verksamhet som anses särskilt riskfylld som till exempel riskfyllda sporter som boxning och karate. Oftast utges ersättning för invaliditet och läke-, rese- och tandskadekostnader. Medicinsk invaliditet definieras som en bestående nedsättning av kroppsfunktionen och graderas i olika invaliditetsgrader. Ersättning för förvärvsmässig invaliditet utbetalas först när arbetsförmågan bedömts bli bestående.³⁷ Medicinsk invaliditet graderas för att inbördes kunna värdera olika funktionsnedsättningar och invaliditetsgraden styr ersättningens storlek. Vid skaderegleringen biträder försäkringsmedicinska specialistläkare med sambands- och invaliditetsbedömningar.³⁸

Vid en olycksfallsförsäkring är det ingen självrisk hos exempelvis Trygg-Hansa och försäkringen ersätter kostnaderna i samband med olyckan. I det statliga skyddet måste individen själv stå för kostnader upp till högkostnadsskyddet, där kompletterar således olycksfallsförsäkringen. En privat försäkring täcker även hjälpmedel såsom kryckor, något en individ får stå för själv i det statliga skyddet i form av en hyra till Landstinget. I en olycksfallsförsäkring får individen även ersättning för tandskadekostnader vilket det statliga skyddet inte ger.³⁹

Från socialförsäkringsskyddet finns det således möjlighet att erhålla vissa ersättningar om en person har ett funktionshinder eller är vårdnadshavare till ett barn med funktionshinder. Det som kan sägas vara ett komplement till dessa ersättningar i privata försäkringar är möjligheten till engångssummor för ekonomisk och medicinsk invaliditet som är en ersättning som kan

³⁵ Se 101 kap. 3 § SFB.

³⁶ Palmgren, Personförsäkring, s.27 ff.

³⁷ A. st.

³⁸ Sveriges Försäkringsförbund, Gradering av medicinsk invaliditet, s.10.

³⁹ Information om Vuxen Olycksfall på Trygg-Hansas hemsida:

<http://www.trygghansa.se/privat/forsakringar/person/vuxen-olycksfall/pages/default.aspx>.

förbättra den ekonomiska situationen ytterligare. Således finns det en hel del kompletterande ersättning från en sjuk- och olycksfallsförsäkring en person med funktionshinder går miste om när han eller hon nekas att teckna den. Den privata försäkringen kan antingen ses som en möjlighet att höja beloppen på ersättningen en individ får, socialförsäkringsskyddet kan innebära väldigt låga belopp, eller en möjlighet att få ersättning för något som inte täcks in alls i det statliga grundskyddet. Om en person således nekas att teckna sjuk- och olycksfallsförsäkring så har denne enbart grundskydd från socialförsäkringen i form av sjukersättning och aktivitetsersättning.

2.3 Vårdbidrag och barnförsäkring

En förälder har rätt till *vårdbidrag* för ett barn om barnet på grund av sjukdom, utvecklingsstörning eller annat funktionshinder behöver särskild tillsyn och vård under minst sex månader, eller om det på grund av barnets sjukdom eller funktionshinder uppkommer merkostnader.⁴⁰

Barnförsäkring är som en sjuk- och olycksfallsförsäkring för barn. Barn och ungdomar har ett extra stort behov av privat försäkringsskydd och det är mycket viktigt att detta skydd omfattar både sjukdom och olycksfall. Barn som under uppväxten drabbas av sjukdom eller olycksfall får en mycket besvärlig ekonomisk situation om de på grund av skadan inte kan komma ut i arbetslivet som vuxna. Samhällets skydd är bristfälligt då ingen sjukpenning eller inkomstrelaterad sjukersättning utbetalas eftersom barnet inte hunnit komma ut i arbetslivet.⁴¹ Av samma skäl omfattas barnet inte heller av avtalsförsäkringar på arbetsmarknaden. Ersättningen som betalas ut i form av sjuk- eller aktivitetsersättning blir därför låg. I en barnförsäkring brukar olika moment ingå såsom invaliditetsersättning till följd av sjukdom eller olycksfallsskada, vårdkostnadsersättning som syftar till att kompensera föräldrarna för de extra kostnader som kan uppkomma vid längre och svårare sjukdomar samt olycksfall. Det finns även ersättning vid sjukhusvistelse, engångsbelopp vid vissa diagnoser, dödsfallsersättning och läke-, rese- och tandskadekostnader. En viktig förmån som ofta ingår är vidareförsäkring, en rätt till fortsatt försäkringsskydd när barnförsäkringen upphör, vanligtvis vid 25 års ålder. Den försäkrade har då rätt att utan ny hälsoprövning få teckna försäkring för vuxna, en viktig aspekt då barnet kanske inte skulle klara hälsokraven vid en ny ansökan om försäkring.⁴²

Folksam införde i år som enda försäkringsbolag en ny barnförsäkring i form av en sjuk- och olycksfallsförsäkring som skall täcka alla barn oavsett hälsa. Med de tidigare reglerna fick cirka tio procent av barnen avslag på grund av de risker som fanns kring deras hälsa, nu har den generella riskbedömningen förkortats och förenklats. Folksam menar att de barn som har diagnoser som kan leda till framtida problem i form av ohälsa eller funktionshinder numera

⁴⁰ Se 22 kap. 3 § SFB.

⁴¹ För sjukpenning se 6 kap. 6 § 3 p. samt 27 kap. SFB, för inkomstrelaterad sjukersättning se 6 kap. 6 § 5 p. samt 34 kap. SFB.

⁴² Palmgren, Personförsäkring, s.23 ff.

har rätt till en försäkring. Försäkringen skall ersätta allt det som inte noterats vid försäkringstillfället samt det som inträffat efter sex månaders karenstid. Ersättningsnivåerna är den samma för friska och redan insjuknade barn. Premien för barnförsäkringen med kvalificeringstid är 35 kr högre per månad än för helt friska barn och ett villkor för att få teckna försäkringen är att kunden har sin boendeförsäkring hos Folksam. Folksam införde sin nya barnförsäkring som skall täcka alla barn som ett svar på medias kritik efter att de nekat ett normalviktigt barn barnförsäkring på grund av att hon hade för högt BMI⁴³.⁴⁴

Barn- och ungdomsförsäkringen gäller vanligtvis inte för medfödda sjukdomar, även om de visar sig först efter försäkringens tecknande. Orsaken är att symptom kan visa sig först senare för en sjukdom som redan är befintlig hos barnet innan en eventuell försäkring tecknats. Hos flera försäkringsbolag har det allmänna undantaget för medfödda sjukdomar helt ersatts med en lista på sjukdomar som försäkringen inte ersätter. Flera bolag erbjuder idag möjlighet att teckna en tilläggsförsäkring som ger en viss ersättning för de sjukdomar som annars är undantagna från ersättning.⁴⁵

Ett rimligt antagande är att det måste anses särskilt viktigt för personer med funktionshinder eller svårt sjuka barn, att ha möjlighet att komplettera sitt skydd med en barnförsäkring motsvarande en sjuk- och olycksfallsförsäkrings för vuxna. Detta resonemang grundas i att barn har rätt till en förhållandevis låg ersättning från socialförsäkringsskyddet som en följd av deras icke-existerande arbetsliv. Det mest realistiska alternativet i dagsläget för barn med funktionshinder eller andra sjukdomar är Folskams nya barnförsäkring, försäkringen i sig är inte heltäckande och kostar mer men det är i vilket fall en möjlighet för alla barn att få en kompletterande privat försäkring till det låga socialförsäkringsskyddet.

2.4 Sjukvårdsförsäkring

Sjukvårdsförsäkringen är en försäkring vid sidan om exempelvis sjuk- och olycksfallsförsäkring och handlar om att få bättre, snabbare och privat vård till skillnad från det statliga grundskyddet med allmän sjukvård.⁴⁶

Exempelvis består Folskams sjukvårdsförsäkring av tre olika nivåer, *bas*, *plus* och *max*. *Bas* täcker läkarvård, patientavgifter upp till högkostnadsskydd, sjukvård och operation, resor och logi, eftervård och rehabilitering, hjälpmedel, psykologstöd och årligt hälsotest på internet. I nivån *plus* ingår utöver detta även sjukgymnast, naprapat eller kiropraktor, tandskada och läkemedel. I nivån *max* ingår även självriskeliminering vid akutvård utomlands, ett andra

⁴³ Body Mass Index, ett förhållande mellan längd och vikt som ger en indikation huruvida en person är överviktig.

⁴⁴ Folksam, Först med barnförsäkring för alla barn, 1/9-2011, se även försäkringsvillkoret Folksam, Barnförsäkring, gäller från 1/1-2012.

⁴⁵ Palmgren, Personförsäkring, s.25 f.

⁴⁶ A.a. s.41.

utlåtande, så kallat *second opinion* och en hälsoundersökning.⁴⁷ Likt ovan nämnda privata försäkringar är således även denna försäkring av intresse för personer med funktionshinder som i genomsnitt har högre sjukvårdskostnader än en person som är fullt frisk.

2.5 Livränta och trygghetsförsäkring

Om en enskild fått sin arbetsförmåga nedsatt med minst en femtondel till följd av arbetsskada och nedsättningen är varaktig eller förväntas bestå under minst ett år har personen rätt till *livränta* från socialförsäkringen för den inkomstförlust som uppstår.⁴⁸ Denna lagstadgade ersättning ger dock inte full kompensation för förlorad inkomst och kostnader. *Trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA)* kan komplettera det grundläggande skyddet, en trygghetsförsäkring som arbetsgivaren tecknat. TFA kan även ge ersättning för inkomstförlust, kostnader, sveda och värk, rehabilitering, lyte och men, olägenheter i övrigt, särskilda olägenheter, framtida merkostnader, förlust av underhåll till efterlevande, begravningskostnader samt ersättning vid nära anhörigs personskada. Arbetsgivaren måste dock ha tecknat ett kollektivavtal där TFA ingår. Det går dock att som arbetsgivare teckna TFA för sina anställda även om det inte finns kollektivavtal.⁴⁹ Denna möjlighet är således enbart aktuell om personen i fråga hunnit komma ut i arbetslivet och sedan på grund av sjukdom eller olycka får ett funktionshinder.

2.6 Livförsäkring

Det finns tre olika typer av *livförsäkring*, den första är dödsfallsersättning som utbetalas vid den försäkrades död om döden inträffar innan den i försäkringsavtalet bestämda tidpunkten. Den andra typen är livfallsförsäkring och den är konstruerad så att försäkringssumman utbetalas när den försäkrade uppnår den i avtalet angivna tidpunkten. Avlider försäkringstagaren dessförinnan upphör försäkringen helt eller delvis. Den tredje typen är försäkring med återbetalningsskydd som skyddar försäkringskapitalet vid den försäkrades död. Vid pensionsförsäkring sker utbetalning av sparkapitalet i form av familjepension om den försäkrade avlider före avtalad pensionsålder, vid kapitalförsäkring utbetalas försäkringskapitalet vid dödsfall.⁵⁰ Det finns inget motsvarande statligt skydd till livförsäkring.

2.7 Kollektiv försäkring

Kollektiv försäkring regleras i 17-20 kapitlet i FAL. Gruppförsäkringen är billig då den utgör en relativt låg kostnad för försäkringsbolagen att administrera. Utöver detta kan även risker

⁴⁷ Folksam, Sjukvårdsförsäkring, villkor Individuell försäkring och fortsättningsvillkor, gäller från 1/1-2011 Bas, plus och max.

⁴⁸ Se 41 kap. 2 § SFB.

⁴⁹ Se information om TFA på exempelvis unionens hemsida:

http://www.unionen.se/Templates/Article___52962.aspx.

⁵⁰ Palmgren, Personförsäkring, s.45.

som är svår försäkrade inneslutas i försäkringen. Vidare är upplysningsplikten förenklad vid grupp försäkringar.⁵¹

Det är lättare för en person med funktionshinder eller en person med hälsoproblem att få ta del av en grupp försäkring eller kollektivavtalsgrundad försäkring än en person försäkring på grund av att det förekommer en mer standardiserad riskbedömning vid kollektiv försäkring än vid individuell försäkring. Det blir således möjligt för gruppmedlemmar med sämre hälsa än genomsnittet att få samma skydd som de andra i gruppen. Motiven till FAL angav att lagen på olika sätt skulle stärka de försäkrades ställning vid grupp person försäkring och kollektivavtalsgrundad person försäkring. Bland annat infördes att gruppmedlemmarna i så stor utsträckning som möjligt skulle berättigas till ett likvärdigt skydd genom fortsättnings försäkring, som skulle ske utan hälsoprövning, och en särskild regel skulle hindra att sjukliga och gruppmedlemmar med ett handikapp lämnas utanför gruppen när försäkringen förnyas.⁵²

Det kan således betraktas som en möjlighet för en person med funktionshinder som nekats att teckna privat försäkring, att istället kunna teckna en grupp försäkring. Nackdelen utifrån den enskildes perspektiv är att han eller hon inte kan teckna grupp försäkringen själv då försäkringsmöjligheten ställer krav på grupptillhörighet.

⁵¹ Bengtsson, Försäkringsrätt – Några huvudlinjer, s.105.

⁵² Prop. 2003/04: 150 s.249.

3 Kontraheringsplikten för personförsäkringar

I detta kapitel avser jag ge en redogörelse för regeln om kontraheringsplikten för personförsäkringar i 11 kap. 1 § FAL samt anslutande regleringar till denna. Framförallt kommer jag att utreda rekvisitet *särskilda skäl* i 11 kap. 1 § FAL. I utredningen om hur den sammantagna rättsliga skyddssituationen för personer med funktionshinder ser ut när de vill teckna personförsäkring är kontraheringsplikten i FAL en central bestämmelse. Rekvisitetet särskilda skäl är av betydelse då det avgör när försäkringsbolagen kan neka en person med funktionshinder att teckna personförsäkring. Avsnittet skall även ge en beskrivning av lagstiftarens intentioner med införandet och hur regeln syftade till att stärka rätten att teckna försäkring, överprövningsmöjligheter samt belysa en eventuell uppföljning av lagen.

3.1 Införandet av en kontraheringsplikt för personförsäkringar

Inom avtalsrätten är en grundläggande princip avtalsfrihet såväl som principen om avtalsbundenhet, huvudregeln är således att parterna själva skall bestämma om och med vem de vill avtala samt avtalsinnehållet. Kontraheringsplikten är en inskränkning i avtalsfriheten och ingen valmöjlighet lämnas åt de privata aktörerna.⁵³ Omfattningen av kontraheringsplikten kan variera, den kan vara *absolut*, vilket innebär att den som är förpliktad att ingå avtal inte under några omständigheter kan neka en presumtiv anbudsgivare ett avtal och då till samma villkor som tillämpas gentemot andra avtalsparter. I trafikskadelagen (1975:1410) finns exempel på en nära absolut kontraheringsplikt. Trafikförsäkringsbolaget får inte neka någon ett avtal, eller göra undantag i försäkringsskyddet, däremot har de rätt att anpassa premien efter risken. Kontraheringsplikten kan även vara *villkorad*. Kontraheringsplikten i FAL är villkorad då ett försäkringsbolag kan undslippa skyldigheten att ingå avtal när det föreligger särskilda skäl.⁵⁴ I departementspromemorian som föregick FAL diskuterades förvisso möjligheten att göra kontraheringsplikten absolut men tanken förkastades med hänsyn till den svenska försäkringsbranschens ställning gentemot den internationella konkurrensen.⁵⁵

I Sverige tillhandahåller staten ett skyddsnät av offentlig service till allmänheten. Den välfärdsstatliga modellen bygger på att alla medborgare skall ha rätt till basservice och sociala överföringar. Skyddsnätet av offentlig service har lett till en situation där det allmänna svarar för en mycket stor del av den samhällsliga verksamheten. Socialförsäkringen är en del av denna sociala basservice. Under 1990-talet privatiserades delar av det sociala skyddsnätet för att skära ner på de offentliga utgifterna till följd av den lågkonjunktur som rådde och socialförsäkringen skars ner.⁵⁶ I denna tid, när den offentliga sektorn alltmer privatiserades,

⁵³ Adlercreutz & Gorton, Avtalsrätt I, s.113 ff.

⁵⁴ Lindell-Frantz, Personförsäkring och kontraheringsplikt, s.58 f.

⁵⁵ Ds 1993:39 s.148 och 150.

⁵⁶ Nybergh, Avtalsfrihet – rätt till avtal, s.47 f.

ansågs det finnas ett behov av ett förfarande där kontrollen behölls av det sociala skyddsnätet. Problemet löstes av lagstiftaren genom att lagstifta om hur verksamhet som tidigare varit ombesörjd av den offentliga sektorn skulle bedrivas i privat regi. Kontraheringspliktens införande var således ett sätt för lagstiftaren att säkerställa att konsumenterna erhöLL nödvändigt skydd trots att verksamheten bedrevs i privat regi.⁵⁷

Pehrson uttrycker det som att den som åläggs kontraheringsplikt ofta har en sådan rättsligt skyddad eller marknadsdominerande monopolställning att samhället eller enskilda personer eller företag kan komma i ett beroendeförhållande av denne starkare part. Huvudmotivet till stadganden om kontraheringsplikt tycks enligt Pehrson vara att stödja den beroende parten i ett beroendeförhållande.⁵⁸ Kontraheringsplikten är ett verktyg för lagstiftaren som säkerställer att vissa grupper inte på alltför lättvindiga grunder nekas att få tillgång till nödvändiga varor och tjänster som anses nödvändiga för det dagliga uppehållet. Varorna är att anse som nödvändiga i den bemärkelsen att om en näringsidkare nekar en konsument att få tillgång till varorna skulle det i ytterlighetsfall kunna leda till hälso- och livsfara.⁵⁹ När det gäller personförsäkringsavtal finns det visserligen mer än en aktör att vända sig till, men försäkringsbolagen har en viss tendens att bedöma de risker en person vill försäkra likartat och alternativen blir då trots allt inte så många.⁶⁰

Det moderna försäkringsväsendet fick sitt genombrott under 1800-talet och 1927 kom lag (1927:77) om försäkringsavtal (GFAL) med allmänna bestämmelser på området.⁶¹ GFAL bygger i viss utsträckning på försäkringsvillkor från tiden före lagens tillkomst. Dessa villkor var emellertid till stor del mycket stränga mot försäkringstagarna som hade små möjligheter att gentemot försäkringsgivarna tillvarata sina intressen. I GFAL började därmed konsumenthänsyn ta form och lagen karakteriserades av tendensen att vilja skydda försäkringstagarna mot alltför hårda villkor.⁶²

En sammansatt kommitté kallad Försäkringsrättskommittén lade fram förslaget till konsumentförsäkringslag (1980:38) (KFL). Huvudsynpunkterna i reformarbetet var att GFAL inte i tillräcklig grad tog tillvara de försäkrades intressen, speciellt angående privatpersoner. Synpunkter huruvida det var angeläget med ett bättre skydd enligt avtalsrätten fördes även fram, särskilt sedan den tidigare myndighetskontrollen över villkoren avskaffats.⁶³ Bakom KFL:s regler låg uppfattningen, att de försäkringstekniska argumenten visserligen borde beaktas men att dessa vid en realistisk bedömning vägde så pass lätt från ekonomisk synpunkt att konsumenthänseende tog över i stora delar.⁶⁴

⁵⁷ Adlercreutz & Gorton, Avtalsrätt I, s.114.

⁵⁸ Pehrson, Kontraheringsplikt, s.70.

⁵⁹ Nybergh, Avtalsfrihet – rätt till avtal, s.255 f.

⁶⁰ Lindell-Frantz, Personförsäkring och kontraheringsplikt, s.54.

⁶¹ Bengtsson, Försäkringsrätt - Några huvudlinjer, s.17.

⁶² Hellner, Försäkringsrätt, s.20.

⁶³ Bengtsson, Försäkringsrätt - Några huvudlinjer, s.17.

⁶⁴ Bengtsson, Försäkringsteknik och civilrätt, s.64.

Först år 1980 infördes därmed regler om kontraheringsplikt angående försäkringar som inte i första hand är att beteckna som ansvarsförsäkringar (trafikförsäkring). I KFL som trädde i kraft 1981, men som numera är upphävd, föreskrevs en kontraheringsplikt för vissa typer av skadeförsäkringar som tecknats av en konsument huvudsakligen för enskilt ändamål. Försäkringen kunde vägras med hänsyn till särskilda skäl.⁶⁵ Denna kontraheringsplikt har bara prövats en gång i ett mål om cykelstöld.⁶⁶

I maj 2004 lades propositionen angående nya FAL fram som väsentligen var grundad på departementspromemorian som sammanförde två tidigare förslag om en personförsäkringslag⁶⁷ och en skadeförsäkringslag⁶⁸ till en enda lag.⁶⁹ I denna fästes stor vikt vid behovet att stärka konsumentskyddet främst vid personförsäkring.⁷⁰ Kommitténs ståndpunkt om att bolaget fritt borde få utforma sina produkter också i fråga om skyddet för personer med handikapp godtogs. I promemorian framfördes hänsyn till att ett skydd mot risker som inte föll under ordinär försäkring inte borde genomföras genom att försäkringsbolagen tvingades konstruera en produkt som de med fog ansåg tekniskt olämplig. Den internationella tendensen till avreglering återropades även i sådana sammanhang.⁷¹ I Sverige antogs nya FAL i februari 2005 mot försäkringsbranschens vilja. Försäkringsbranschen ansåg nämligen att reformen kunde bli för dyr och att en gemensam EU-lagstiftning på området borde avvaktas.⁷²

Utvecklingen är så långt en kompromiss mellan försäkringstekniska hänsyn och skyddssynpunkter. Frågan har blivit en avvägning mellan intressena på ömse sidor och i den mån försäkringsbranschens intressen tagit över är det framförallt ekonomiska argument som fått betydelse och inte avtalsrättsliga synpunkter.⁷³

En kontraheringsplikt för personförsäkringar infördes först i och med regleringen i 11 kap. 1 § FAL som trädde i kraft den 1 januari 2006.⁷⁴ I motiven till nya FAL diskuteras särskilt möjligheten för personer med funktionshinder och personer som varaktigt lider av dålig hälsa att få teckna personförsäkring. Motiven anger att det i hög grad är angeläget att dessa grupper kan försäkra sig mot överkomlig premie och på rimliga villkor. Bestämmelserna kan sägas innefatta ett förbud mot olikformig behandling av kunder, men självfallet måste den tillämpas med beaktande av personförsäkringens särdrag. Avsikten var inte att påverka försäkringsbolagens hälsoprövning; den försäkringstekniska grundvalen för försäkringen skall inte ifrågasättas, vilket kan vara svårt att kombinera med en stärkt rätt för personer med funktionshinder och svårt sjuka att teckna försäkring. En principiell utgångspunkt för FAL är

⁶⁵ Dåvarande 9 § konsumentförsäkringslag (1980:38).

⁶⁶ NJA 1987 s.383, se även Lindell-Frantz, Personförsäkring och kontraheringsplikt, s.60 f.

⁶⁷ SOU 1986:56.

⁶⁸ SOU 1989:88.

⁶⁹ Ds 1993:39, Bengtsson, Försäkringsrätt - Några huvudlinjer, s.17.

⁷⁰ Ds 1993:39 s.126 ff.

⁷¹ A.a. s.135 ff. och s.163 f.

⁷² Bengtsson, Försäkringsrätt - Några huvudlinjer, s.17.

⁷³ Bengtsson, Försäkringsteknik och civilrätt, s.76.

⁷⁴ Regeln behandlas i prop. 2003/04:150 s.244 ff. och s.497 ff.

ändå att lagstiftaren inte bör ingripa i försäkringsbolagens produktutveckling genom tvingande civilrättsliga regler.⁷⁵

Även om lagen inte kunde garantera ett försäkringsskydd mot samma premie och på samma villkor som för andra försäkringssökande, skulle den trygga att riskprövningen sker på individuell grund, inte schablonmässigt, och att de särskilda skäl som kan leda till att försäkring vägras klart anges i beslutet. På detta vis hoppades lagstiftaren att de variationer som gått att konstatera i försäkringspraxis skulle minska i betydelse och bolagens riskbedömningar skulle kunna kontrolleras.⁷⁶ I särskilda fall anges även att diskrimineringslagstiftning kan tänkas bli återopad, när någon i de grupper som skyddas av lagstiftningen vägras försäkring. Möjligheterna ansågs dock som små om bolaget skulle kunna återropa vägande försäkringstekniska skäl för sin ståndpunkt.⁷⁷ Även om lagstiftaren innan införandet ansåg möjligheterna som små så har DO företrätt ett flertal personer med funktionshinder som vägrats försäkring.⁷⁸

Handikapporganisationer underströk att personer med funktionshinder och särskilt utsatta kategorier inte borde diskrimineras i fråga om försäkringsskyddet. Innan införandet ansåg försäkringsförbundet det vara opåkallat att, till skillnad mot vad som gäller i andra länder, införa regler om kontraheringsplikt för försäkringsbolagen.⁷⁹ Reformen att införa kontraheringsplikt för personförsäkringar ansågs kontroversiell,⁸⁰ och måste anses unik då det inte förekommer någon sådan i annat jämförbart europeiskt land.⁸¹

3.2 Gällande reglering i 11 kap. 1 § FAL

I paragrafen anges att ett försäkringsbolag inte får vägra någon att teckna en sådan personförsäkring som bolaget normalt tillhandahåller allmänheten när bolaget har fått de uppgifter som behövs, om det inte finns särskilda skäl för vägran med hänsyn till risken för framtida försäkringsfall, den avsedda försäkringens art eller någon annan omständighet.

Rätten till försäkring innebär att försäkringsbolaget i svårförsäkrade fall i första hand skall begära högre premie än normalt, i andra hand ta in särskilda undantag och i tredje hand vägra försäkring, om detta kan grundas på godtagbara försäkringsmässiga argument. Det är således endast i sista hand, när det inte går att meddela en försäkring alls, som försäkringsbolagen kan vägra.⁸² Det är bolagets angelägenhet att visa att förhållanden av detta slag föreligger. Bolaget är enbart bundet av sin egen policy och praxis och hur andra bolag på marknaden hanterar risker av den karaktär som är för handen är av underordnad betydelse. Domstol kan

⁷⁵ Prop. 2003/04:150 s.246 f.

⁷⁶ A. prop.

⁷⁷ Bengtsson, Försäkringsavtalsrätt, s.417.

⁷⁸ Se ANM 2011/192, ANM 2009/1382, Stockholms tingsrätt, dom den 8 mars 2011, meddelad i Stockholm, mål nr T 20377-09, If Skadeförsäkringar: Ho 2008/946 17/6-2010: Stämning, stämningen återkallades 11/2- 2011.

⁷⁹ Prop. 2003/04:150 s.244.

⁸⁰ Bengtsson, Försäkringsavtalsrätt, s.412.

⁸¹ Ds 1993:39 s.148.

⁸² Prop. 2003/04:150 s.250.

underkänna ett avslag grundat på praxis om till exempel ett sakkunnigyttrande visar att bolaget klart avviker från normal praxis.⁸³

När försäkringsbolaget prövar om en försäkring hör till kategorin *normalt tillhandahåller allmänheten* utgår det från bolagets produktsortiment, försäkringsvillkor och egna praxis. Ett försäkringsbolag är inte tvunget att meddela försäkring mot risker som inte ingår i dess vanliga sortiment. Detta är ett uttryck för produktfrihetens princip. Om försäkringsbolaget har en försäkring för helnyktra personer har de därmed inget tvång på sig att försäkra andra än specifikt helnyktra. En försäkringsökande måste vara beredd att teckna den försäkring som försäkringsbolaget erbjuder, han eller hon kan exempelvis inte undgå ett undantag som bolaget normalt använder sig av. Annorlunda blir det om bolaget normalt brukar täcka den undantagna risken mot en tilläggspremie, då innebär kontraheringsplikten att bolaget inte utan särskilda skäl får vägra den sökande att teckna denna tilläggsförsäkring. Kontraheringsplikten innebär även att den sökande har rätt att få försäkringen meddelad mot sådan premie och på sådana villkor i övrigt som bör tillämpas för den riskkategori som sökanden tillhör.⁸⁴

Rätten till försäkring inträder dock först när försäkringsbolaget har fått de uppgifter som behövs. Viktigt att notera är dock att bolaget bara får ställa krav som är försäkringstekniskt motiverade och att kraven aldrig får sträcka sig längre än hur bolagen brukar göra sina bedömningar i liknande fall. Om bolagen ställer omotiverade krav kan det istället ses som att bolaget försöker att avskräcka kunden från att fullfölja sin ansökan. Det i sig är likställt med en vägran att teckna försäkring. Om den sökande inte ställer upp på de krav bolaget ställer såsom att svara på hälsofrågor har bolaget rätt att avslå ansökan om svaren har betydelse för bolagets möjlighet att göra korrekta riskbedömningar. Underlåtenhet att förse bolaget med det material bedömningen kräver är en självständig avslagsgrund.⁸⁵

Risk för framtida försäkringsfall definieras allt som oftast som ett icke fullgott hälsotillstånd hos den försäkringsökande, framförallt vid liv- och sjukförsäkring. Det är med grund i detta rekvisit personer med funktionshinder, tämligen lätt, kan nekas att teckna försäkring. När det i det enskilda fallet föreligger en överhängande risk för framtida försäkringsfall på grund av hälsotillståndet hos den sökande är det därmed tillåtet med avslag, premieförhöjning och särskilda förbehåll.⁸⁶ Försäkringsbranschen har en långtgående tolkning av vad det innebär att vara frisk, det räcker inte med att personen inte belastats av någon sjukdom eller av något funktionshinder. Bolaget kan även vilja begära in uppgifter om personens BMI, är ett sådant för högt kan de neka försäkring med grund i detta.⁸⁷

Begreppet *risken för framtida försäkringsfall* innefattar även att ett försäkringsfall kan befaras få allvarigare konsekvenser än normalt. Detta är aktuellt huvudsakligen vid sjuk- och olycksfallsförsäkring när den sökande lider av någon sjukdom som kan medföra att ett

⁸³ A. prop. s.499.

⁸⁴ Prop. 2003/04:150 s.497 ff.

⁸⁵ A. st.

⁸⁶ Prop. 2003/04:150 s.499.

⁸⁷ Lindell-Frantz, Personförsäkring och kontraheringsplikt, s.89, se även Aftonbladet, För fet för Folksam, 24/6-2011.

olycksfall eller en ny sjukdom kan få allvarigare konsekvenser för dennes hälsotillstånd än normalt.⁸⁸

Med rekvisitet *den avsedda försäkringens art* som ett skäl för vägran menas försäkringar som typiskt sett har mindre social betydelse än andra. Det kan handla om försäkringar med ett litet riskinnehåll som mer är en sparprodukt än något annat. Lagstiftaren menar att detta rekvisit inte uppställer några problem då en sökande vid avslag lätt kan placera sina pengar i en annan sparform såsom obligationer. Rekvisitet *någon annan omständighet* kan innefatta när det finns en uttalad så kallad moralisk risk för att försäkringstagaren skall utnyttja försäkringen på ett ohederligt sätt. Bolaget kan exempelvis befara att den sökande lämnar oriktiga uppgifter vid tecknandet eller i samband med skaderegleringen eller avsiktligt framkallar försäkringsfall.⁸⁹

Det kan konstateras att en person med funktionshinder lätt kan nekas teckna försäkring med grund i *risk för framtida försäkringsfall*. Bolaget kan neka försäkring med hänvisning till hälsotillståndet men även med grund i att en olycka eller sjukdom skulle få allvarigare konsekvenser för en person med funktionshinder som innehar hälsoproblem än för en fullt frisk person.

3.3 Försäkringsbolagens tillämpning av 11 kap. 1 § FAL

Uppsatsens frågeställningar behandlas, som nämnts tidigare, även genom en utförd enkätundersökning med representanter från fyra försäkringsbolag, Folksam, If, Länsförsäkringar och Trygg-Hansa. Detta för att få en bild av hur bedömningen av en personförsäkringsansökan går till i praktiken.

I enkätundersökningen efterfrågas hur bolaget tillämpar bestämmelsen om att de för att få neka en försäkringsansökan skall kunna ange särskilda skäl. Folksam angav att de har en skyldighet att meddela försäkring till någon om de normalt tillhandahåller försäkringen till allmänheten, om de fått de uppgifter de behöver och om det inte finns särskilda skäl mot att teckna försäkringen såsom hälsoskäl och försäkringens art. If angav att deras bedömningar grundar sig på If:s medicinska riktlinjer och gällande praxis. Vad som framkommer av denna, enligt bolaget, individuella prövning av kundens besvär/sjukdom utgör särskilda skäl för att neka en försäkring. I vissa fall konsulteras även de egna sakkunnigläkarna. Länsförsäkringar svarade att de vid ett eventuellt avslag alltid motiverar varför personen inte kan erhålla hela eller delar av en sökt försäkring. Trygg-Hansa skickar alltid en skriftlig motivering om sökt försäkring inte kan beviljas samt erbjuder alltid minst en olycksfallsförsäkring.⁹⁰

Sammanfattningsvis kan If således neka en ansökan om försäkring om det framkommer uppgifter i hälsodeklarationen som troligtvis utgör grund för risk för framtida försäkringsfall.

⁸⁸ Prop. 2003/04:150 s.499 f.

⁸⁹ A. prop. s.500.

⁹⁰ Se svar på fråga 2, bilaga 1-4.

Trygg-Hansa erbjuder alltid minst en olycksfallsförsäkring, det är således lättare för en person med funktionshinder att få teckna olycksfallsförsäkring än de övriga personförsäkringarna såsom sjukförsäkringsdelen. Detta är med hänsyn till den försäkringstekniska bedömningen logiskt, risken för att råka ut för en olycka måste anses jämnt fördelad över olika riskgrupper, oavsett medicinsk bakgrund. Gällande sjukförsäkring som ger ersättning vid sjukdom finns dock en högre risk för personer med funktionshinder att drabbas av försäkringsfall då funktionshindret kan ha en mängd tillhörande symptom eller följsjukdomar. Denna argumentation återfinns även i ett rättsfall där Trygg-Hansa uppger att det vid funktionshindret hörselnedsättning finns cirka 400 symptom där hörselnedsättningen kan utgöra en del av problematiken.⁹¹

På frågan om bolaget regelmässigt lämnar någon närmare motivering till den försäkringssökande där ansökan om försäkring avslagits eller där den beviljats men med klausul eller till förhöjd premie svarade Folksam att en sådan motivering ges, då ett avslag skall motiveras, men medger samtidigt att det sannolikt finns utrymme för förbättring i enskilda fall. På If informerar de alltid om sin bedömning, hur den påverkar försäkringen, vilka handlingar som ligger till grund för beslutet och på vilka medicinska grunder de gjort bedömningen. Även Länsförsäkringar motiverar alltid sina beslut. Trygg-Hansa lämnar alltid en skriftlig motivering vid avvikande bedömning (klausul, premieförhöjning och/eller när annan försäkring erbjuds).⁹² Det är positivt att försäkringsbolagen svarade att de lämnar motiveringar, men hur det går till i praktiken är en annan fråga. Det måste nämligen anses viktigt att försäkringstagaren förstår avslagsbeslutet ordentligt.

En annan fråga rör huruvida bolaget lämnar information till den sökande om andra försäkringsalternativ när en ansökan inte har beviljats. På Folksam informeras det om alternativa lösningar om sådana finns men diskussionen kan också tas upp av Folksams rådgivare. På If och Trygg-Hansa lämnar bolaget alltid dylik information. Länsförsäkringar angav att det i vissa fall inte är möjligt, då den sökta försäkringen kanske inte finns i mindre omfattningar, men om det är möjligt med alternativa försäkringar informeras den sökande om detta.⁹³ Då en försäkring enligt motiven endast skall vägras i sista hand, och först erbjudas till förhöjd premie eller undantagsklausul i de fall det går, är det av vikt att den försäkringssökande får adekvat information om andra försäkringsalternativ.

3.4 Samtycke till att inhämta hälsouppgifter

Den 1 juli 2011 infördes en begränsning i 7 kap. 1a § samt 11 kap. 1a § FAL angående försäkringsbolagens möjlighet att använda sig av generella fullmakter som enligt motiven skall innebära ett förstärkt integritetsskydd på försäkringsområdet. Syftet med regleringen är att säkerställa att försäkringsbolagen inte slentrianmässigt begär samtycke till att inhämta hälsouppgifter samt att lämnade samtycken är frivilliga och bygger på tillräcklig information.

⁹¹ Stockholms tingsrätt, avdelning 3, dom meddelad den 8 mars 2011 mål nr T 20377-09.

⁹² Se svar på fråga 7, bilaga 1-4.

⁹³ Se svar på fråga 8, bilaga 1-4.

Samtycke får numera enbart begäras om det är nödvändigt för prövningen av ansökan och det skall vara en bedömning i det enskilda fallet. I det enskilda fallet skall det således ha framkommit något speciellt som gör att handläggaren behöver begära in mer information. Handlingen skall numera innehålla information om att den är begränsad till ansöknings- (11 kap. 1a §) respektive skaderegleringsärendet (7 kap. 1a §), vad samtycket innebär samt om betydelsen för prövningen av att samtycke ges vid ansökan om individuell personförsäkring. Försäkringsbolagets påstående att hälsouppgifterna är nödvändiga kan, vid avslag på en försäkringsansökan, prövas i domstol enligt 16 kap. 7 § FAL.⁹⁴

Försäkringsbolagens tillgång till och hantering av främst journaluppgifter har under en längre tid ifrågasatts, framför allt av integritetsskäl. I en framställning till regeringen i december 2002 kritiserade Statens medicinsk-etiska råd försäkringsbolagens hantering av journaluppgifter då de ansågs kunna misstolkas av bolaget med påföljd att personen i fråga får avslag på sin ansökan om försäkring. Reformarbetet innan lagändringen inriktades på fullmakternas utformning, de ansågs vara för generella, otydliga och ge bolagen överskottsinformation. Det förekom även en risk att bolagen övertolkade eller misstolkade informationen, vilket i sig kan leda till felaktiga beslut.⁹⁵

Regeln skulle i teorin kunna underlätta för personer med funktionshinder att teckna personförsäkring då bolaget inte får tillgång till överskottsinformation om hälsoproblem och således inte ger mer avslag än motiverat på försäkringsansökningarna. Vidare skall regeln i högre grad garantera individuella bedömningar, vilket är i led med motiven till kontraheringsplikten.

3.5 Lag om genetisk integritet

Bestämmelser om begränsningar i försäkringsbolagets rätt att efterforska eller använda genetisk information finns i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. som infördes den 1 januari 2007. I 2 kap. 2 § lag om genetisk information anges att ett försäkringsbolag i fråga om riskbedömd personförsäkring får efterforska eller använda genetisk information i samband med ingående, ändring eller förnyelse av avtal, om den försäkrade har fyllt 18 år och det försäkringsbelopp som vid försäkringsfall skall utfalla som ett engångsbelopp överstiger 30 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ SFB eller om det försäkringsbelopp som vid försäkringsfall skall utfalla som en periodisk ersättning överstiger fyra prisbasbelopp per år. Försäkringsbolag får dock inte ställa som villkor för avtal att den försäkringssökande skall genomgå en genetisk undersökning. Lagrummet åsyftar enbart information som den försäkringssökande eventuellt redan har.⁹⁶

I fråga om personförsäkring får således försäkringsbolaget begära tillgång till genetisk information som den försäkringssökande har om försäkringsbeloppet rör en betydande summa

⁹⁴ Prop. 2009/10:241 s.1.

⁹⁵ A. prop. s.8.

⁹⁶ Prop. 2005/06:64 s.201.

ersättning, vilket är en nackdel för en person med funktionshinder som behöver få sitt ärftliga anlag granskat. Lagen stärker dock den här gruppens sammantagna skyddssituation vid tecknande av försäkring då försäkringsbolagen enligt lagen aldrig får ställa som villkor för avtal att den försäkringssökande skall genomgå en genetisk undersökning, vilket underlättar för personer med funktionshinder. Resultatet av en sådan undersökning skulle många gånger troligtvis påverka riskbedömningen och eventuellt resultera i avslag på en försäkringsansökan. Frågan blir även hur många personer med funktionshinder som redan genomgått en genetisk undersökning. Det är förmodligen förhållandevis många med tanke på att personen innehar hälsoproblem. I detta fall skyddar lagen inte då försäkringsbolagen får begära tillgång till den information som personen i fråga själv tidigare anskaffat.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen gjort en uppföljning om lagen om genetisk integritet i försäkringssammanhang och utrett hur försäkringsbolagen tillämpar regeln. Explicit har uppdraget syftat till att följa upp hur försäkringsbolagen tillämpar bestämmelsen med avseende till antal personförsäkringar och andel nekade försäkringar på grund av genetisk information samt att kartlägga vilken information som försäkringsbolagen begär in. I enkätundersökningen Socialstyrelsen genomförde framkom att försäkringsbolagen får information om kunders hälsa, genom framför allt inhämtande av patientjournaler, läkarutlåtanden och hälsodeklarationer. De flesta försäkringsbolag som besvarat enkäten angav flera informationskällor när de riskbedömde kunder som ville teckna individuella personförsäkringar. En av Socialstyrelsen slutsatser i undersökningen var att försäkringsbolagen regelmässigt bereder sig tillgång till mer information än vad de har rätt till med hjälp av generella fullmakter, och att olika slags medicinsk information i praktiken inte kan särskiljas. Socialstyrelsen ansåg att de fullmakter som försäkringsbolagen använder för att få tillgång till information bör avgränsas i lag eller förordning till att endast omfatta den information som bolaget har rätt att efterfråga enligt lagen.⁹⁷ Detta implementerades, som nämnts tidigare, i juli 2011 vilket resulterat i att försäkringsbolagen inte längre får använda generella fullmakter för att få del av information om den försäkringssökande. Det skulle därmed vara intressant med en ny uppföljning av Socialstyrelsen för att se till försäkringsbolagens tillämpning av lagen om genetisk integritet, då de inte längre besitter ett lika starkt informationsövertag via generella fullmakter.

3.6 Upplyningsplikten

Upplyningsplikten regleras i 12 kap. 1 § FAL och innebär att försäkringstagaren och den försäkrade är skyldiga att på försäkringsbolagets begäran lämna upplysningar som kan vara av betydelse för frågan om en personförsäkring skall meddelas, utvidgas eller förnyas. Paragrafen är aktuell för personer med funktionshinder när de ansöker om personförsäkring då de är skyldiga att uppge uppgifter om sitt hälsotillstånd. Om detta skulle förbises är det ett brott mot upplyningsplikten. Upplyningsplikten innebär att personen i fråga måste ge korrekta och fullständiga svar till försäkringsbolaget angående dennes hälsotillstånd. Det är av oerhörd försäkringsteknisk betydelse att försäkringsgivaren blir korrekt underrättad om risken

⁹⁷ Socialstyrelsen, Genetisk information i försäkringssammanhang, s.6 f.

och det mest förekommande sättet är att försäkringstagaren får besvara ett formulär med frågor. Vid livförsäkring begär bolaget vanligtvis mer ingående uppgifter om den försäkrades hälsa och eventuellt en läkarundersökning. Försäkringsbolagen baserar besluten på sin väl tilltagna statistik och uppgifter om tidigare och nuvarande sjukdomar är därmed av väsentlig betydelse för bolaget.⁹⁸

Om den sökande inte ställer upp på de krav bolaget kräver såsom att svara på hälsofrågor har bolaget rätt att avslå ansökan om svaren har betydelse för bolagets möjlighet att göra korrekta riskbedömningar.⁹⁹ Vid personförsäkring utgår ingen ersättning ifall bolaget kan visa att det inte skulle ha meddelat försäkring om upplysningsplikten fullgjorts och om bolaget fått kännedom om de rätta förhållandena, 12 kap. 2 § 2 st. FAL. Avgörande i dessa fall blir bolagets praxis. Det normala är dock att försäkringsbolaget skulle ha meddelat försäkring men mot annan premie eller andra villkor än vad som avtalats, i dessa fall nedsätts ansvaret till vad som svarar mot den premie eller de villkor som i övrigt har avtalats. Den så kallade *prorataregeln* innebär att bolaget besvarar frågan hur avtalet kunnat se ut om bolaget fått korrekta upplysningar.¹⁰⁰

Rätten till personförsäkring som kontraheringsplikten ger, inträder således först när försäkringsbolaget har fått de uppgifter som behövs för att kunna pröva ansökningen från en person med funktionshinder.¹⁰¹ Upplysningsplikten kan därmed påstås vara en del i den sammantagna rättsliga skyddssituationen för funktionshindrade vid tecknande av personförsäkring som ligger i försäkringsbolagets intresse, snarare än i den försäkringssökandes. Regeln är ett hinder som en person med funktionshinder måste överkomma för att få möjlighet att teckna försäkring. Många gånger är det dock på denna regel det brister för en person med funktionshinder, givetvis beroende på funktionshinder och försäkring, då de hälsouppgifter som framkommer placerar personen i en högriskgrupp.

3.7 Informationsplikten

Som en motpol till upplysningsplikten finns i försäkringstagarens intresse informationsplikten som regleras i 10 kap. FAL. Informationsplikten innebär en skyldighet för försäkringsbolaget att innan avtalslut informera om särskilt viktiga eller oväntade villkor, 10 kap. 2 § FAL. För en person med funktionshinder som tecknar en personförsäkring är det därmed av vikt för bolaget att upplysa om att effekter av funktionshindret aldrig kan ersättas och andra viktiga begränsningar. Det är en sak att en person med funktionshinder erhåller försäkring och en helt annan att personen i slutändan får ersättning för försäkringsfall. Informationsplikten är därmed av vikt för att förhindra att personer har en felaktig uppfattning om försäkringens omfattning.

⁹⁸ Bengtsson, Försäkringsrätt – Några huvudlinjer, s.58 f.

⁹⁹ Prop. 2003/04:150 s.498.

¹⁰⁰ Bengtsson, Försäkringsrätt – Några huvudlinjer, s.61.

¹⁰¹ Prop. 2003/04:150 s.498.

3.8 Symptomklausuler

I 12 kap. 5 § FAL regleras symptomklausuler. Paragrafen anger att försäkringsbolaget får göra särskilt undantag för sådana sjukdomar och kroppsfel som den försäkrade innehade när avtalet ingicks om undantaget grundar sig på upplysningar om den försäkrade som bolaget inhämtat, eller behövs på grund av försäkringens art eller någon annan särskild omständighet. Bolaget kan även göra absolut undantag för sjukdomar som de aldrig ersätter.¹⁰² Paragrafen har ingen motsvarighet vid konsumentförsäkring och inte heller någon motsvarighet i GFAL.¹⁰³

I motiven till regeln anges att försäkringsbolagen fritt måste få utforma sina produkter och i princip inte åläggas meddela försäkringar som strider mot försäkringstekniska eller andra vägande ekonomiska hänsyn. Ett skydd mot risker som inte faller under ordinär försäkring bör åtminstone inte genomföras genom att försäkringsbolagen tvingas att konstruera en produkt som de med fog anser tekniskt olämplig. Det är således välmotiverat att tillåta ett försäkringsbolag att ta in vissa undantag som är nödvändiga från försäkringsteknisk synpunkt, inte minst när försäkringar som barnförsäkringar fyller ett stort behov. Det kan annars befaras att försäkringsbolagen helt skulle avstå från att meddela försäkringar av det aktuella slaget.¹⁰⁴

En skillnad skall göras mellan sådana villkorsbestämmelser som innebär att försäkringen över huvud taget inte täcker följderna av sjukdom och kroppsfel, oavsett när de uppträder, och de förbehåll som anges i paragrafen. Sådana villkor, som förekommer främst i olycksfallsförsäkringen och som kan avse alla sjukdomar eller bara vissa uppräknade, hör till de allmänna omfattningsbestämmelser som försäkringsbolaget får avtala om. När villkoren har denna utformning, spelar det inte någon roll vilka upplysningar om en viss sjukdom den försäkrade har gett eller skulle ha kunnat ge ifall han eller hon blivit tillfrågad; omfattningsbestämmelser av detta slag gäller ändå. Paragrafen behandlar i stället särskilda undantag från en försäkring när försäkringsbolaget inte vill ta ansvar för följderna av sådana sjukdomar som den försäkrade hade redan när försäkringen tecknades. Ett sådant förbehåll kan avse alla sjukdomar eller vissa uppräknade, men det kan även anges vara en förutsättning för försäkringens giltighet att den försäkrade vid tecknandet är fullt arbetsför.¹⁰⁵

Symptomklausuler kan således vara en möjlighet för personer med funktionshinder att teckna försäkring, den sjukdom eller motsvarande de har sedan tidigare undantas dock i försäkringsskyddet via en klausul. Oenkligen blir det inte ett heltäckande skydd, men för det första är det, som nämnts tidigare, viktigt att förstå att det inte går att försäkra en sjukdom och följer av en sådan och för det andra måste det anses bättre med något skydd än inget alls. Som motiven anger skulle bolagen inte kunna meddela försäkring överhuvudtaget om det inte gick att undanta sjukdomar. Samtidigt som symptomklausuler kan vara en möjlighet för personer med funktionshinder att få försäkring överhuvudtaget är det också en form av

¹⁰² Bengtsson, Försäkringsrätt – Några huvudlinjer, s.63 f.

¹⁰³ Prop. 2003/04:150 s.524.

¹⁰⁴ A. prop. s.274 f.

¹⁰⁵ A. prop. s.524 f.

begränsning av försäkringsskyddet då det ytterligare begränsar syftet med kontraheringsplikten. Detta är ännu ett sätt för bolagen att undkomma att personer med funktionshinder får teckna försäkring på rimliga villkor och premier. En annan infallsvinkel skulle kunna vara att detta är den enda realistiska möjlighet som finns för att dessa personer skall kunna teckna försäkring på rimliga villkor och premier.

3.9 De olika möjligheterna att överpröva ett beslut

3.9.1 Överprövningsmöjligheter enligt lag och motiv

I motiven till FAL angav lagstiftaren att det borde finnas en möjlighet för försäkringssökanden att vända sig till domstol vid missnöje med försäkringsbolagets ståndpunkt, och domstolen bör ha möjlighet att bevilja ett försäkringsskydd också mot bolagets vilja. En fördel med denna ordning ansågs vara att de variationer som hade kunnat konstateras i försäkringspraxis inte skulle få samma betydelse, eftersom det skulle bli en ökad enhetlighet i riskbedömningen. Det ansågs också att försäkringsbolagens riskbedömningar på detta sätt skulle kunna kontrolleras genom att bolagens avslagsbeslut skulle komma att prövas av domstol och därför måste motiveras på ett tydligt och övertygande sätt. Lagstiftaren ansåg även att det fanns ett värde i att den person som får ett avslagsbeslut kan förstå vad detta grundar sig på.¹⁰⁶ Om ett försäkringsbolag har vägrat en konsument att teckna en försäkring enligt 11 kap. 1 § FAL, kan domstolen därmed på yrkande av den sökande förklara att han har rätt att teckna försäkring enligt 16 kap. 7 § FAL. Talan skall dock väckas inom sex månader från försäkringsbolagets beslut annars går rätten att föra talan förlorad, 16 kap. 7 § 2 st. FAL. Kontraheringsplikten har emellertid inte prövats vid ett enda tillfälle i domstol sedan den infördes. Det saknas därmed en granskning av avslagsbeslut och en sådan kontroll av försäkringsbolagens riskbedömningar som lagstiftaren nämner.

Ett alternativ till att själv föra talan är att Konsumentombudsmannen (KO) biträder den försäkringssökande som ombud vid allmän domstol med stöd av lagen (1997:379) om försöksverksamhet avseende medverkan av Konsumentombudsmannen i vissa tvister. Lagen innehåller bestämmelser om rättegångskostnader som innebär att förfarandet vid domstolen i stort sett blir kostnadsfritt för konsumenten. Det finns även en möjlighet att konsumenten tar initiativ till en grupptalan enligt lagen (2002:599) om grupprättegång, detta förutsatt att hans kontraheringsproblem delas av andra. Om försäkringsbolagets avslagsbeslut grundas på en bedömning att en viss kategori av personer med funktionshinder är helt oförsäkringsbara är en sådan grupptalan en möjlighet. Talan väcks av den enskilde konsumenten som företrädare för gruppen eller av exempelvis en handikapporganisation. KO kan även föra talan för gruppens räkning, något som är möjligt enligt instruktionen för Konsumentverket och det mest kostnadseffektiva tillvägagångssättet.¹⁰⁷ Fram till 2011 hade inget KO-biträde beviljats med anledning av att en konsument nekats teckna försäkring¹⁰⁸, men den 16 december 2011 släppte KO ett pressmeddelande där det tillkännagavs att de kommer att företräda en ettårig

¹⁰⁶ A. prop. s.247.

¹⁰⁷ A. st.

¹⁰⁸ Kontakt med Camilla Tellås, jurist på rättsavdelningen Konsumentverket, 8/11-2011.

flicka mot försäkringsbolaget Skandia då föräldrarna nekats att teckna barnförsäkring på grund av att flickan föddes för tidigt. KO anser att frågan om rätten att teckna försäkring är av principiell betydelse och har därför valt att företräda flickan i domstol. Gunnar Larsson vid KO säger att det inte finns några uppgifter som tyder på att flickan kommer bli sjukare än normalt i framtiden och menar att Skandia gjort en schablonmässig bedömning och att bedömningarna enligt FAL skall göras på individens specifika hälsotillstånd. Gunnar Larsson vill få fram en dom som tvingar försäkringsbolagen att ta hänsyn till individens hälsa och inte bara statistik.¹⁰⁹ Förhoppningsvis leder denna talan mot ett vägledande prejudikat.

Som ett alternativ till domstolsprövning skall frågan om rätt till personförsäkring också enligt motiven kunna prövas av Allmänna reklamationsnämnden (ARN). Nämndens rekommendationer följs i stort sett alltid av försäkringsbolagen.¹¹⁰ I samtal med ARN framkommer dock att de inte haft några ärenden om konsumenter som nekats teckna personförsäkring. Ett problem enligt Peter Karlén på ARN kan vara att det krävs att personen lidit ekonomisk skada för att ARN skall kunna pröva frågan, detta kan vara svårt att visa när personen i fråga nekats teckna en försäkring.¹¹¹

Lagstiftaren tycks således inte ha lyckats förutspå vägarna till prövning för den enskilde. Den möjlighet till prövning som lagstiftaren endast nämner kort är att DO för talan för den försäkringssökandes räkning. Denna möjlighet har, som nämnts tidigare, fått större genomslagskraft än vad någon kunnat förutspå.¹¹²

3.9.2 Överprövningsmöjligheter enligt försäkringsbolagen

I enkätundersökningen efterfrågades om bolagen upplyser om överprövningsmöjligheter vid avslag av en försäkringsansökan. Folksam angav att de normalt sett inte gör det i det initiala brevet, om kunden återkommer förs dock en diskussion om överprövning. Folksams rådgivare informeras om avslaget och kan initiera en diskussion med kunden om en eventuell överprövning och alternativa försäkringslösningar. If angav att de informerar om överprövningsmöjligheter i avslagsbrevet och bifogar även information om möjlighet till överklagan samt tillvägagångssätt. Enligt Länsförsäkringar medföljer det alltid ett följebrev om överprövningsmöjligheterna. Trygg-Hansa bifogar alltid skriftlig information om överprövningsmöjligheter då den sökande erbjuds en annan försäkring än den ursprungligen sökta (även vid klausul och/eller premieförhöjning).¹¹³

På frågan om bolaget har en organisation med rutiner för överprövningsförfarande för de fall där den försäkringssökande ifrågasätter varför en sökt försäkring inte har kunnat beviljas eller för särskilt svårbedömda fall, det vill säga en riskprövningsnämnd eller liknande, svarade Folksam att det i första hand sker en omprövning på avdelningen, annars finns Folksams Prövningsgrupp och den oberoende Kundombudsmannen. På If har de en sådan organisation,

¹⁰⁹ Pressmeddelande från Konsumentverket, KO företräder ettårig flicka i tvist med Skandia, 16/12-2011.

¹¹⁰ Prop. 2003/04:150 s.247 f.

¹¹¹ Kontakt Peter Karlén, beredningsjurist på ARN vid försäkringsavdelningen, 8/11-2011.

¹¹² Se not 78.

¹¹³ Se svar på fråga 5, bilaga 1-4.

både inom avdelningen och enligt information till kunden. På Länsförsäkringar tar kunden alltid i första hand kontakt med den handläggare som beslutat i ärendet och utifrån hur den tidigare handläggningen gått tillväga kan den handläggaren eventuellt konsultera kollegor, medicinskt riskbedömningsansvarig eller konsulterande läkare. Handläggaren har eventuellt gjort en sådan tillämpning redan i det första bedömningskedet, men har det framkommit nya uppgifter bör kunden få en ny bedömning (som dock kanske inte alltid resulterar i en förändrad sådan). På Trygg-Hansa diskuteras ärendet i första hand med Trygg-Hansas riskbedömningspecialist men bolaget har även en egen försäkringsnämnd som kan pröva ärendet.¹¹⁴

3.10 En uppföljning av lagen

I förarbetena poängteras en viktig synpunkt, att lagstiftning av detta slag allmänt bör följas upp så att den tillämpas på avsett vis. I syfte att säkerställa att de sociala skyddsaspekterna kring kontraheringsplikten verkligen skulle få genomslag i praktiken avsåg regeringen att ge i uppdrag till exempelvis Konsumentverket att följa försäkringsbolagens avslagspraxis. En kompletterande möjlighet som skulle övervägas var att införa föreskrifter om skyldighet för bolagen att rapportera om sina avslagsbeslut. Lagstiftaren anger avslutningsvis att de kontinuerligt kommer att följa utvecklingen och när det är lämpligt vidta erforderliga åtgärder.¹¹⁵

Justitieminister Beatrice Ask har år 2011 uttalat att en sådan uppföljning är på gång. I ett svar på en interpellation konstaterar hon att det mest lämpliga är att påbörja en sådan uppföljning när lagstiftningen och dess kontraheringsplikt ”hunnit sätta sig” och när det därmed finns underlag att granska. Hon anser även att det måste övervägas om inte de lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2011 som skall hindra att försäkringsbolagen slentrianmässigt begär samtycke för att inhämta hälsouppgifter, bör ges en viss tid att få genomslag innan en uppföljning påbörjas. Beatrice Ask avslutar sitt svar med att uttala att hon anser frågan om barns försäkringsskydd vara mycket viktig och att hon därför avser att ta initiativ till en uppföljning av försäkringsbolagens skyldighet att meddela försäkringar under mandatperioden.¹¹⁶ Förutsatt att justitieministern fullföljer vad hon utlovat får vi således avvakta och se vad denna uppföljning kommer resultera i.

¹¹⁴ Se svar på fråga 9, bilaga 1-4.

¹¹⁵ Prop. 2003/04:150 s.250.

¹¹⁶ Interpellation 2011/12:7 Barns försäkringsskydd samt Beatrice Ask svar på interpellationen i kammarens protokoll, Riksdagens protokoll 2011/12:10, 29/9-2011, 6 §.

4 Försäkringsteknik

4.1 Allmänt

Detta avsnitt syftar till att beskriva försäkringstekniken som ligger bakom försäkringsbolagens beslut vid bedömning av ansökningar om försäkring. För att förstå varför försäkringsbolagen måste avväga risker och inte teckna försäkring med alla krävs förståelse om försäkringsteknik.

Det finns ingen vedertagen definition av begreppet försäkringsteknik¹¹⁷, men ett sätt att definiera begreppet är att låta uttrycket beteckna de matematiska beräkningssätt som avser risken för försäkringsfall samt övriga överväganden och åtgärder från försäkringsbolagets sida som avser förhållandet mellan risk och premie vid en viss försäkringsprodukt.¹¹⁸

När en ansökan om personförsäkring skall bedömas av ett försäkringsbolag är det försäkringsteknik deras beslut grundar sig på. Försäkringsbolagen kan inte teckna försäkring med alla personer med funktionshinder och andra högriskgrupper till samma premie eller villkor som för fullt friska, då hade försäkringar till slut inte kunnat erbjudas som en produkt. Detta motsvaras i försäkringsrörelselagen (2010:2043) av ekvivalensprincipen, det vill säga att premien måste motsvaras av den risk som bolaget skall försäkra.¹¹⁹ Anledningen till detta är *moturval*. Som tidigare berörts börjar ett moturval med att premien är för lågt satt för vissa försäkringssökande vilket kan leda till att denna grupp kommer att teckna försäkring i större omfattning än de skulle ha gjort om risken, och därmed premien, hade varit korrekt beräknad. För att de totala premieintäkterna skall vara tillräckliga och täcka bolagets kostnader måste det övriga försäkringstagarkollektivet betala ett överpris gentemot den risk kollektivet faktiskt representerar. Följden av överpriset kan bli att fler ur det övriga försäkringstagarkollektivet avstår från att teckna försäkring. Att höja premierna, för att erhålla tillräckliga tillgångar för att betala ersättning vid försäkringsfall, leder till att moturvalseffekten förstärks. De försäkringssökande som har en för låg premie i förhållande till risken kan alltjämt finna försäkringen fördelaktig medan än färre ur det övriga försäkringstagarkollektivet är intresserade av att teckna försäkringen. Till slut uppstår en situation när premieintäkterna inte täcker de utbetalningar försäkringsbolaget har åtagit sig att stå för och risken är att försäkringen då slås ut.¹²⁰ Moturval kan således leda till *försäkringsnöd*, det vill säga att det inte går att teckna en viss typ av försäkring, och kan i värsta fall göra det omöjligt att bedriva privat försäkringsverksamhet.¹²¹ En felaktig riskberäkning och premiesättning skulle således

¹¹⁷ I Svenska Försäkringsföreningen, Försäkringstermer anges försäkringsteknik vara *systematisk hantering av olika slags arbetsuppgifter inom ett försäkringsföretag, t.ex. utformning av försäkringsvillkor, premieberäkning, riskbedömning, skadereglering, reservsättning och återförsäkring*, se s.63.

¹¹⁸ Bengtsson, Försäkringsteknik och civilrätt, s.35.

¹¹⁹ Lindell-Frantz, Personförsäkring och Kontraheringsplikt, s.55.

¹²⁰ Prop. 2009/10:241 s.12.

¹²¹ Svensk Försäkring, Ståndpunkts -PM: Att prissätta olika risker är inte diskriminering, s.4 f.

kunna leda till slutet för personförsäkringar och samhället skulle få förlita sig på socialförsäkringsskyddet. Om en förståelse finns för moturval och dess effekter kan en förståelse också skapas för varför det inte är realistiskt med försäkringsbolag som ger alla försäkring, oavsett risker, till samma premier och villkor.

4.2 Riskgemenskap och riktlinjer

Försäkringsavtalet bygger specifikt på en sådan gemenskap av personer som hotas av likartade risker. Försäkringsbolagen kan med utgångspunkt i informationen om den försäkrade personen statistiskt räkna ut sannolikheten för skada. Personer med funktionshinder utgör således en egen riskgemenskap. Riskgemenskapen innebär att en försäkringsgivare skall se till att alla försäkringstagare får just det skydd som motsvarar erlagd premie, varken mer eller mindre. Det kan vara svårt för försäkringssökande att förstå de överväganden som ligger bakom försäkringsgivarens handlingssätt, detta resulterar i åtskilliga motsättningar mellan allmänheten och försäkringsbolag och en övergripande oförståelse för försäkringsbranschen.¹²²

Eftersom det av såväl administrativa som praktiska skäl är svårt att göra indelningen i riskgrupper helt på individuell basis sker grupperingen enligt Svensk Försäkring utifrån särskilda parametrar. Inom trafikförsäkring använder bolagen sig av parametern ålder efter den dokumenterade skadefrekvensen inom olika åldersgrupper, och inom livförsäkring använder de sig av hälsoparametrar eller kön med grund i dokumenterade livslängdsskillnader. De olika parametrarna försäkringsbolagen använder sig av har medvetet valts på grund av att dessa är objektiva, stabila och lätt mätbara över tid.¹²³

En förutsättning för att försäkringsföretagen skall kunna klara av att fullgöra sina åtaganden utan risk för alltför stora förluster är *återförsäkring*. Återförsäkring innebär att ett försäkringsföretag överför en del av den försäkrade risken eller ett bestånd av risker till ett annat försäkringsföretag som får motsvarande andel av premien och svarar för sin andel av eventuella skador. På så sätt diversifieras riskerna och försäkringsföretag kan därmed acceptera större risker än vad som annars skulle vara möjligt. Då ett försäkringsföretag skall bedöma en kunds möjligheter att teckna en personförsäkring ligger enligt Svensk Försäkring oftast riktlinjerna från anlita återförsäkrare till grund för bedömningen. I normalfallet skulle det vara omöjligt för försäkringsföretaget att teckna återförsäkring utan ett åtagande om att använda dessa riktlinjer. Riktlinjerna ger ledning för hur bedömningar av olika hälsotillstånd och sjukdomar bör göras och bygger främst på stora internationella statistiska studier av dödlighet och sjuklighet. Riktlinjerna ger också råd om hantering av risker som är försäkringsbara till en extra premie.¹²⁴ I en rapport från år 2001 svarade flera av bolagen att de använde sig av Gerlings återförsäkringsriktlinjer. Gerling heter numera Swedish reinsurance

¹²² Bengtsson, Försäkringsrätt – Några huvudlinjer, s.23 ff.

¹²³ Svensk Försäkring, Ståndpunkts -PM: Att prissätta olika risker är inte diskriminering, s.6 f.

¹²⁴ A. a., s.4 ff.

och i kontakt med dem har jag erhållit information om att dessa riktlinjer enbart är för internt bruk och således inte kan granskas av utomstående.¹²⁵

Försäkringsbolag skall upprätta försäkringstekniska riktlinjer som skall innehålla principer för bland annat premiesättning, försäkringstekniska avsättningar och soliditet. Riktlinjerna skall även kompletteras med försäkringstekniskt beräkningsunderlag som innehåller försäkringstekniska beräkningar i fråga om bland annat försäkringspremier. Dessa riktlinjer skall sedan ges in till Finansinspektionen.¹²⁶ Finansinspektionens allmänna råd om försäkringstekniska riktlinjer anger att bolagen skall redogöra för principerna om faran för moturval för riskantaganden.¹²⁷ Det försäkringstekniska beräkningsunderlaget bör tillsammans med de försäkringstekniska riktlinjerna utgöra ett tillräckligt underlag för beräkningar, styrning och kontroll av den försäkringstekniska hanteringen.¹²⁸ Livförsäkringsbolagens riktlinjer för år 2011 finns att tillgå på Finansinspektionens hemsida, men det försäkringstekniska beräkningsunderlaget verkar vara en intern information då dessa saknas.¹²⁹ I Länsförsäkringars riktlinjer för liv anges exempelvis att antagandet om dödlighet/livslängd skall baseras på statistiskt material som är representativt för målgruppen/beståndet men även att branschstatistik och befolkningsstatistik skall beaktas. Antagandet skall vara beroende av ålder och kön¹³⁰ men även andra relevanta variabler kan beaktas.¹³¹

I enkätundersökningen frågades bolagen om hur de riktlinjer bolagen arbetar med vid riskbedömningen är utformade och framställda samt hur ofta dessa uppdateras. På Folksam är riktlinjerna framställda av och ges ut av återförsäkringsgivaren och intrycket är att de uppdateras löpande vid behov. If:s riktlinjer är framtagna av medicinsk expertis inom respektive område. De bygger på deras specifika kunskaper och statistiska underlag samt innehåller ett omfattande material uppdelat på olika sjukdomsgrupper. Riktlinjerna uppdateras löpande. På Länsförsäkringar är riktlinjerna i vissa fall framtagna i samråd med läkarexpertis, i andra fall av de återförsäkringsbolag de samarbetar med. Länsförsäkringar strävar efter en löpande uppdatering, detta eftersom nya rön alltid framkommer samt att deras produkter förändras och kan ersättas i form av mer omfattande riktlinjer eller vice versa. Detta kräver således en uppdatering efter produktionen så att riktlinjerna inte är icke-aktuella och föråldrade. Trygg-Hansas försäkringsmedicinska riktlinjer är internt framtagna och bygger på sakkunskap och erfarenhet från skadefall. Riktlinjerna tas fram och revideras i samråd med medicinska rådgivare/läkare och deras skadeavdelning samt uppdateras löpande.¹³²

¹²⁵ Kontakt Fredrik Sundberg, VD Swedish reinsurance, 1/12-2011.

¹²⁶ Jansson, Aldenstig med flera, Juridik – personförsäkring, s.21.

¹²⁷ FFFS 2011:12 Allmänna råd om försäkringstekniska riktlinjer och försäkringstekniskt beräkningsunderlag, s.1.

¹²⁸ A.a., s.4, se även 8 kap. 1-6 §§ försäkringsrörelselagen (2010:2043).

¹²⁹ Försäkringstekniska riktlinjer för Länsförsäkringar livs försäkringsaktiebolag fastställda den 9 juni 2011, s.2.

¹³⁰ Det är från den 21 december 2012 förbjudet att grunda premieberäkning på kön enligt en EU-dom, se vidare om detta mål i avsnitt 7.1.

¹³¹ Försäkringstekniska riktlinjer för Länsförsäkringar livs försäkringsaktiebolag fastställda den 9 juni 2011, s.3 punkt 2.3 - 2.4.

¹³² Se svar på fråga 6, bilaga 1-4.

4.3 Försäkringsbolagens statistik över avslagsbeslut

Det är av intresse att se huruvida bolagen för statistik över sina avslagsbeslut. I enkätundersökningen svarade Folksam att de inte för statistik över sina avslagsbeslut men att de går att återfinna i databasen. If angav att de statistikför antalet, de för dock inte statistik över anledningen till avlagen för tillfället. På följdfrågan om hur många som ansöker om personförsäkring som nekas att teckna försäkring helt per år och vilka grunder svarade If att cirka fyra procent av de som ansöker om försäkring helt får avslag. På grund av att de inte för statistik över anledningen till avlagen kan de inte ange på vilka grunder. De menade även att alla som nekas teckna en försäkring erbjuds en olycksfallsförsäkring utan hälsoprövning som en alternativ försäkring. Länsförsäkringar angav att de inte för statistik över avslagsbesluten utöver antalet avslag. De har ingen statistik över orsakerna till avlagen eftersom de inte finner någon anledning att statistikföra detta. Andelen avslag är inget som bolaget publicerar offentligt men grunderna är alltid medicinska och beroende av vilken försäkringsform personen i fråga har ansökt om. Exempelvis innebär en diabetiker en stor risk i en sjukvårdsförsäkring, en mindre risk i en sjuk- och olycksfallsförsäkring och en väldigt liten risk i en ren olycksfallsförsäkring. Trygg-Hansa för statistik över sina avslagsbeslut och cirka en procent erbjuds en annan försäkring än den de sökt.¹³³ Med tanke på att justitieministern avser att göra en uppföljning av försäkringsbolagens avslagsstatistik bör bolagen snarare än senare påbörja att föra statistik över avlagen.

4.4 Sammanfattande kommentarer

Anledningen till att personer med funktionshinder stöter på problem när de vill teckna personförsäkring beror helt enkelt på försäkringstekniken bakom besluten och försäkringens natur. Försäkringar kan inte vara en produkt för alla på lika villkor, då är det istället fråga om det grundskydd som redan existerar i form av socialförsäkringar. Det bildas således en chimär av rättvisa när lagstiftaren inför en kontraheringsplikt för personförsäkringar som skall garantera att alla får rätt till försäkring till rimliga premier och villkor när det inte ligger i försäkringens natur att vara rättvis.

¹³³ Se svar på fråga 4, bilaga 1-4.

5 Diskrimineringslagstiftningen

5.1 Bakgrund

Den nuvarande diskrimineringslagstiftningen trädde i kraft den 1 januari 2009.¹³⁴ Samtidigt inrättades en ny ombudsman, DO, som har tillsyn över att lagen följs.¹³⁵ DO skall arbeta för att hjälpa den som utsatts för diskriminering att ta tillvara sina rättigheter.¹³⁶ Till skillnad från reglerna i FAL är diskrimineringslagstiftningen inriktad på att skydda vissa särskilt definierade grupper mot särbehandling.¹³⁷

Enligt 1 kap. 4 § 1 och 2 p. DL är det förbjudet att direkt eller indirekt diskriminera någon på grund av att de har ett funktionshinder. Med diskrimineringsgrunden *funktionshinder* avses i 1 kap. 5 § 4 p. DL varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom som fanns vid födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå. Kontraheringsplikten i FAL skall skydda vid tecknande eller förnyelse av personförsäkring, men en person med funktionshinder har ingen rättighet att teckna försäkring för något som har samband med funktionshindret. Diskrimineringslagens skyddsram är således bredare och täcker alla personer med funktionshinder oavsett om de har rätt att teckna försäkring enligt FAL.

Diskriminering som har samband med funktionshinder är enligt 2 kap. 12 § 1 p. DL, förbjuden vid yrkesmässigt tillhandahållande av tjänster. Försäkringar är en form av tjänster som, enligt lagens förarbeten, omfattas av förbudets tillämpningsområde.¹³⁸

Enligt artikel 25e) i Förenta nationernas (FN) internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning skall konventionsstaterna förbjuda diskriminering av personer med funktionsnedsättning i fråga om sjukförsäkringar och livsförsäkringar. Försäkringarna skall enligt konventionen erbjudas på ett rättvist och skäligt sätt. Sverige har undertecknat konventionen.¹³⁹ Förbudet mot diskriminering vid tillhandahållande av försäkringar i DL skall tolkas och tillämpas i konventionens anda. DO har i en stämningsansökan tolkat konventionen och anser att utgångspunkten vid tillämpningen av DL bör vara att en person vars barn har ett funktionshinder skall ha möjlighet att teckna barnförsäkring som täcker samma sjukdomar och skador som täcks för barn utan funktionshinder. Den utgångspunkten innebär dock inte att personen i fråga har rätt till försäkring för sjukdomar och skador som är en del eller en följd av ett vid ansökan befintligt funktionshinder. Mot denna bakgrund anser DO att det följer av DL att försäkringsbolagen är

¹³⁴ Diskrimineringslagen, SFS 2008:567, prop. 2007/08:95.

¹³⁵ Lag om Diskrimineringsombudsmannen, SFS 2008:568.

¹³⁶ 1 och 2 §§ lag om Diskrimineringsombudsmannen.

¹³⁷ För en fullständig uppräknning av diskrimineringsgrunderna se 1 kap. 1 § DL.

¹³⁸ Prop. 2007/08:95 s.518.

¹³⁹ Ds 2008:23 s.11.

skyldiga att hitta lösningar som innebär att människor inte nekas att teckna en försäkring för sådana skador och sjukdomar som inte har med personens funktionshinder att göra. En sådan lösning kan innebära försäkringsavtal med undantagsklausuler eller förhöjd premie.¹⁴⁰

5.2 Direkt diskriminering

Direkt diskriminering innebär att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med diskrimineringsgrunden, i detta fall funktionshinder, 1 kap. 4 § 1 p. DL. Kriteriebedömningen vid direkt diskriminering är således uppbyggt kring tre huvudsakliga faktorer: *missgynnande, jämförelse* och *orsakssamband*.

5.2.1 Missgynnande

För att det skall vara direkt diskriminering krävs först och främst att någon *missgynnas*. En behandling är missgynnande om den medför en skada eller nackdel för den enskilde. Det avgörande är att en negativ effekt inträffar, inte vilken orsak som kan ligga bakom missgynnandet. Ett missgynnande kan vara att en arbetssökande inte kallas till en anställningsintervju eller att någon får tillgodogöra sig en vara, tjänst eller bostad genom köp eller hyra på sämre villkor än andra. En missgynnande behandling kan bestå i både aktivt handlande och underlåtenhet att handla. Det räcker att funktionshindret är en av flera orsaker till missgynnandet, det behöver sålunda inte vara fråga om ett missgynnande på grund av funktionshindret utan det räcker att missgynnandet har samband med funktionshindret.¹⁴¹

Det finns bara en domstolsprövning angående diskriminering av personer med funktionshinder vid ansökan om försäkring och där beslutade Stockholms tingsrätt att det inte var diskriminering när Trygg-Hansa nekade en pojke att teckna en sjukförsäkring för att han led av en hörselnedsättning.¹⁴² I målet anför DO att Trygg-Hansa missgynnade pojken gentemot barn som inte har en hörselnedsättning dels genom att inte göra en individuell prövning utan en schablonmässig sådan, samt genom att förvägra pojken försäkringen ”Trygga barn” istället för att erbjuda försäkringen med undantagsklausul avseende hörselnedsättningen, alternativt förhöjd premie. I en nyligen utförd stämning har DO anført att missgynnandet bestått i ett avslag om ansökan om försäkring, i att den försäkringssökande gått miste om försäkringsskydd vilket kan innebära ekonomisk skada vid framtida sjukdom eller olycksfall samt det faktum att If inte gjort någon individuell prövning. I målet har If hävdade att de inte tecknar barnförsäkringsskydd med den sökande om barnets förälder uppbär vårdbidrag då det för barn i den aktuella gruppen finns en ökad risk för att de inte kommer ut i arbetslivet och att det uppstår samsjuklighet. Avslaget har således enligt DO varit schablonmässigt och inte

¹⁴⁰ Komplettering av ansökan om stämning, T 9515-11, ärende ANM 2011/192, 14/10-2011.

¹⁴¹ Prop. 2007/08:95 s.486 f.

¹⁴² Stockholms tingsrätt, avdelning 3, dom meddelad den 8 mars 2011 mål nr T 20377-09. DO har även i ett annat mål menat att missgynnandet skett då en kvinna vägrades teckna en försäkring, se ansökan om stämning den 16/6-2010, ärende HO 2008/946; stämningen återkallades 11/2-2011.

individuellt då If haft möjlighet att bevilja försäkringsskydd för annat än funktionshindret hörselnedsättning, med undantagsklausul eller med förhöjd premie.¹⁴³

5.2.2 Huruvida en jämförbar situation föreligger

5.2.2.1 Jämförbar situation enligt motiven

Hur personen som hävdar att ett missgynnande skett har behandlats skall *jämföras* med hur någon eller några andra personer behandlas, har blivit behandlade eller skulle ha behandlats. Om jämförelsen visar en avvikelse från hur någon annan person som befinner sig i en jämförbar situation behandlats kan behandlingen bedömas som diskriminering och endast då. Jämförelsen skall enligt motiven i allmänhet göras med en annan faktiskt existerande person, en försäkringssökande skall således jämföras med en annan försäkringssökande. Om det inte finns någon verklig person att jämföra med får jämförelsen göras med en tänkt jämförelseperson, en så kallad hypotetisk jämförelseperson. För att en rättvisande jämförelse skall kunna göras måste de personer som jämförs befinna sig i en *jämförbar situation*. En jämförbar situation föreligger om det kan anses som rimligt och naturligt i det enskilda fallet att de olika personerna behandlas lika. I arbetslivet får kriteriet jämförbar situation betydelse vid jämförelse mellan två arbetssökande. Om enbart den ena innehar kvalifikationer och meriter som krävs för det sökta arbetet, befinner sig inte de två arbetssökande i en jämförbar situation, jämförelsen kan därmed inte påvisa huruvida personen med sämre meriter har diskriminerats.¹⁴⁴ För att det skall gå att tillämpa diskrimineringslagstiftningen på rätten till personförsäkringsskydd blir det således av vikt att avgöra vad som menas med jämförbara situationer i dessa sammanhang.

5.2.2.2 Argumentation för hur jämförelsen skall göras i försäkringssammanhang

Angående hur jämförelsen skall gå tillväga vid fråga om diskriminering när en person med funktionshinder ansökt om försäkring är DO och domstolen av olika uppfattningar. I tingsrättsdomen med den hörselskadade pojken jämförde domstolen Trygg-Hansas behandling av pojken med hur andra barn med liknande hörselnedsättning skulle blivit behandlade av samma bolag och kom fram till att han inte blivit annorlunda behandlad och därmed inte heller diskriminerad.¹⁴⁵ Lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering (DFL), som upphävdes när nuvarande DL trädde i kraft, författades parallellt med slutskedet av beredningen av FAL. I förarbetena till DFL anges att en försäkringsteknisk riskbedömning som föranleder att en person vägras försäkringsskydd inte kan anses innefatta diskriminering i DFL:s mening.¹⁴⁶ Tingsrätten tolkade detta uttalande som att ett krav för att otillåten särbehandling, diskriminering i DFL:s mening, skall föreligga är att den som påstår sig blivit diskriminerad har missgynnats gentemot andra individer i *samma riskgrupp*. Tingsrätten menade fortsättningsvis att kravet på likabehandling således inte borde innebära att personer för vilka det föreligger olika sannolikhet för exempelvis insjuknande i viss sjukdom skall beviljas försäkring på lika villkor. DO menade dock att jämförelsen skall ske mellan en grupp

¹⁴³ Komplettering av ansökan om stämning, T 9515-11, ärende ANM 2011/192, 14/10-2011.

¹⁴⁴ Prop. 2007/08:95 s.487.

¹⁴⁵ Stockholms tingsrätt, avdelning 3, dom meddelad den 8 mars 2011 mål nr T 20377-09.

¹⁴⁶ Prop. 2002/03:65 s.134 ff.

hörselskadade och en grupp fullt friska, det vill säga *inte med personer i samma riskgrupp*. Om jämförelsen inte skall ske mellan, i detta fall, en grupp hörselskadade och en grupp utan hörselnedsättning, utan istället som domstolen menar mellan en grupp hörselskadade och en annan grupp hörselskadade blir det enligt Åsa Wiklund Fredström, utredare på DO, omöjligt att få fällande domar på diskriminering i dessa ärenden.¹⁴⁷

DO har i en annan stämningsansökan, som senare återkallades, argumenterat för att majoriteten av försäkringssökande befinner sig i en jämförbar situation vid tecknande av försäkring, även personer med olika former av funktionshinder. Detta då en försäkring normalt inte täcker en risk som redan införlivats eller följderna av denna, varför ett redan föreliggande funktionshinder normalt inte innebär någon förhöjd risk för försäkringsfall i framtiden. Ett funktionshinder kan förvisso innebära en förhöjd risk för andra framtida sjukdomar, men det borde enbart resultera i en förhöjd premie eller en undantagsklausul.¹⁴⁸

I ytterligare en stämningsansökan från DO har också argument förts över hur jämförelsen skall göras. I den aktuella situationen där en kvinna erhöll vårdbidrag för sitt barns räkning ansåg DO att jämförelsen skulle göras med en situation där en förälder som inte får vårdbidrag ansöker om att få teckna försäkring för sitt barn, oavsett om barnet har ett befintligt funktionshinder.¹⁴⁹

HD har konstaterat diskriminering vid en positiv särbehandling av sökande till juristprogrammet med utländsk bakgrund enligt 7 § och vid denna tidpunkt gällande lag (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan.¹⁵⁰ Likt DL skulle även en jämförelse tillämpas i denna lag. HD utvecklar inte hur de tillämpar jämförelsen men i och med att de fastställer diskriminering kan slutsatsen dras att de som sökte till juristprogrammet som var av svenskt ursprung befann sig i en jämförbar situation med dem med utländsk bakgrund och att det därför inte var korrekt att tillämpa olika antagningsregler på de båda grupperna.¹⁵¹ I ett annat rättsfall fann HD att fyra personer med utländsk bakgrund som nekats tillträde till en restaurang hade utsatts för diskriminering.¹⁵² Även i detta fall ansågs de fyra personerna vara i en jämförbar situation med dem som hade svensk bakgrund och som beviljades inträde på restaurangen. Skulle samma resonemang tillämpas på fall där en person med funktionshinder nekats teckna försäkring skall därmed jämförelsen göras mellan en grupp av personer med funktionshinder och en grupp av personer utan funktionshinder. Tingsrätten har dock, som nämnts ovan, inte tillämpat jämförelsen på detta vis och det är långt ifrån säkert att en sådan jämförelse skulle vara försäkringstekniskt motiverad. Rättsfallen konstaterar emellertid en sak; det går inte att tillämpa DL i försäkrings-sammanhang på likartade vis som på övriga områden där diskriminering kan förekomma.

¹⁴⁷ Kontakt med Åsa Wiklund Fredström, utredare DO, 13/12-2011.

¹⁴⁸ Ansökan om stämning 16/6-2010, ärende HO 2008/946, stämningen återkallades 11/2-2011.

¹⁴⁹ Komplettering av ansökan om stämning, T 9515-11, ärende ANM 2011/192, 14/10-2011.

¹⁵⁰ NJA 2006 s.683.

¹⁵¹ Se vidare om detta resonemang i Lindell-Frantz, Personförsäkring och kontraheringsplikt, s.71 f.

¹⁵² NJA 2008 s.915.

Svensk försäkring kom i november i år ut med en stånpunkts -PM där de konstaterar att det inte är diskriminering att prissätta olika risker.¹⁵³ De poängterar att risker och premier kan skilja sig åt mellan grupper och att en korrekt och saklig riskbedömning ger differentierade premier. De menar på att den svenska försäkringslagstiftningen ger ett gott skydd mot diskriminering och kontraheringsplikten innebär ett krav på likabehandling som tillgodoser samma intresse av likabehandling som diskrimineringslagstiftningen. I de situationer när ett försäkringsföretag med iakttagande av kraven enligt kontraheringsplikten nekar någon en försäkring på grund av ökad risk för skada anser inte Svensk Försäkring det vara fråga om otillåten diskriminering.¹⁵⁴ Motiveringen till det lyder att riskbedömningen inte innebär att någon person missgynnas eller behandlas sämre än någon annan person i en jämförbar situation, det vill säga någon annan person i samma riskgrupp. Eftersom rätten att teckna försäkring därmed inte är absolut utgör försäkringsföretagens riskbedömning av effekterna till följd av funktionshinder inte otillåten diskriminering.¹⁵⁵ Svensk Försäkring går således, föga förvånande, på samma linje som domstolen i målet med den hörselskadade pojken och menar att jämförelsen skall göras med någon annan person i *samma riskgrupp*.

Även om det går att undersöka DO:s argumentation i stämningar som ovan så är domen med den hörselskadade pojken den enda vägledningen av hur tolkningen av jämförelsen i dessa mål skall göras. I och med att det enbart är en tingsrättsdom skulle det vara önskvärt med ett prejudikat för vägledning, men fram till dess får försäkringsbolagen och den försäkringssökande eller dess företrädare resonera sig fram. I målet med den hörselskadade pojken gick domstolen på Trygg-Hansas linje, men huruvida domstolar kommer att tillämpa DL på liknande vis eller ej i framtiden är ovisst.

5.2.3 Orsakssamband

Den tredje förutsättningen för direkt diskriminering är att det finns ett *orsakssamband* mellan missgynnandet och diskrimineringsgrunden. Sambandet kan vara antingen starkt eller svagt och allra starkast är det om det finns en avsikt att missgynna en person på grund av någon av diskrimineringsgrunderna. Det är dock inte nödvändigt med en diskriminerande avsikt för att kunna fastställa diskriminering. Det är tillräckligt att handlandet har samband med diskrimineringsgrunden, den aktuella diskrimineringsgrunden behöver således inte vara det avgörande skälet för varken handlandet eller beslutet. Orsakssambandet är uppfyllt när en person diskrimineras av skäl som har samband med personens egen anknytning till någon av diskrimineringsgrunderna, när personen ”felaktigt förmodas” tillhöra någon av grupperna och även när någon diskrimineras på grund av anknytning till någon annans tillhörighet till någon av grunderna.¹⁵⁶ I en stämningsansökan av DO har If tillämpat en teckningsregel som innebär att försäkring nekats om föräldern har vårdbidrag. DO anser att de allra flesta som får vårdbidrag har ett barn med ett funktionshinder enligt DL. Då motivet till teckningsregeln var att barn i gruppen som uppbär vårdbidrag oftare än andra har svårt att komma ut i arbetslivet

¹⁵³ Svensk Försäkring, Stånpunkts -PM: Att prissätta olika risker är inte diskriminering, 22/11-2011.

¹⁵⁴ A.a., s.6.

¹⁵⁵ A.a., s.2.

¹⁵⁶ Prop. 2007/08:95 s.488 ff.

och att det finns högre risk för samsjuklighet anser DO att det finns ett samband mellan missgynnandet och funktionshindret.¹⁵⁷

Eftersom det inte finns några mål där ett försäkringsbolag fällt för direkt diskriminering av en funktionshindrad som nekats teckna försäkring är det svårt att säga när orsakssambandet är uppfyllt, men rent teoretiskt borde det vara det om någon nekats teckna försäkring på grund av sitt funktionshinder.

Att visa ett missgynnande och ett orsakssamband mellan missgynnandet och funktionshindret är därmed inte något som, ifrån en teoretisk synvinkel, bör leda till svårigheter. Det är dock en komplex fråga hur jämförelsen skall göras. Intentionen bakom DL är att lagen skall kunna användas när en person med funktionshinder nekats att teckna försäkring, men om jämförelsen av hur en person med funktionshinder behandlats skall göras med en grupp personer med samma funktionshinder, såsom domstolen uttryckt, blir det orealistiskt att någonsin döma ett försäkringsbolag för diskriminering i dessa fall. Om syftet med lagen var att den skulle användas, vilket rätteligen kan antas, så är utfallet av dess tillämpning tämligen problematisk, för att uttrycka sig milt.

5.3 Indirekt diskriminering

Indirekt diskriminering innebär att någon missgynnas genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt men som kan komma att särskilt missgynna personer med, i detta fall, ett visst funktionshinder, såvida inte bestämmelsen, kriteriet eller förfaringsättet har ett *berättigat syfte* och de medel som används är *lämpliga och nödvändiga* för att uppnå syftet, 1 kap. 4 § p2. DL. Indirekt diskriminering är således uppbyggt kring *missgynnande, jämförelse* och *intresseavvägning*.

5.3.1 Missgynnande och jämförbar situation

Med *missgynnande* i fråga om indirekt diskriminering menas detsamma som i fråga om direkt diskriminering, det vill säga att någon faktiskt har lidit skada, upplevt obehag eller annan nackdel. Vid indirekt diskriminering skall dock personen med funktionshinder ha missgynnats genom att försäkringsbolaget tillämpat en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt men i praktiken missgynnar personer med funktionshinder. Det tar sig uttryck i att de personerna jämfört med andra har svårare att uppfylla kriteriet eller bestämmelsen eller att förfaringsättet medför en negativ effekt för dem. I försäkringssammanhang är det exempelvis ett villkor för att få teckna försäkring som vid en första anblick verkar neutralt men i praktiken omöjliggör för personer med funktionshinder att teckna försäkring.¹⁵⁸ Det kan således inte bli fråga om indirekt diskriminering om det anges i försäkringsvillkoren att försäkringen inte tecknas med personer med vissa funktionshinder, villkoret måste *verka neutralt* men i praktiken typiskt sett missgynna personer med

¹⁵⁷ Komplettering av ansökan om stämning, T 9515-11, ärende ANM 2011/192, 14/10-2011.

¹⁵⁸ Prop. 2007/08:95 s.490.

funktionshinder. If nekade en kvinna att teckna försäkring med hänvisning till att hon inte var fullt arbetsför och bolaget meddelade enligt sina riktlinjer ingen, oavsett orsak, försäkring om den sökande inte var fullt arbetsför. DO menade i sin stämningsansökan att kvinnan missgynnats genom att If tillämpat ett förfarings sätt i enlighet med bolagets riktlinjer som, även om det framstår som neutralt, i praktiken missgynnar personer med funktionshinder. Enligt DO har nämligen de flesta personer som inte är fullt arbetsföra ett funktionshinder eller en sjukdom som gör att de inte kan arbeta heltid eller något alls.¹⁵⁹ I och med att stämningen återkallades blev fallet inget mål i domstol, men sättet att argumentera för missgynnande illustrerar ett exempel på hur argumentationen kan föras.

För att avgöra om ett krav kan komma att särskilt missgynna personer ur en viss grupp måste en *jämförelse* göras mellan den grupp som en person tillhör och någon annan grupp. Jämförelsen ska ta sikte på den andel av de som kan, eller inte kan, uppfylla kravet i de grupper som jämförs. Om jämförelsen visar en betydande skillnad i de båda gruppernas möjligheter att typiskt sett uppfylla kravet talar detta för att indirekt diskriminering är för handen. Skillnaden mellan de som kan respektive inte kan uppfylla kravet i de grupper som jämförs bör vara betydande för att någon ur en grupp ska anses ha missgynnats genom det uppställda kravet. Det måste göras en faktisk jämförelse mellan de grupper som är aktuella. Det är i detta sammanhang inte aktuellt att använda hypotetiska jämförelsepersoner.¹⁶⁰ För en mer djupgående diskussion huruvida en jämförbar situation skall anses föreligga se avsnitt 5.2.2 ovan.

5.3.2 Intresseavvägning

Trots att tillämpningen av ett kriterium, en bestämmelse eller ett förfarande kan medföra en negativ effekt eller särskilt kan komma att missgynna personer med funktionshinder finns det vid indirekt diskriminering ett visst utrymme för att handlandet skall anses vara tillåtet. En *intresseavvägning* måste därför göras, detta för att kunna avgöra om förfarandet skall anses tillåtet eller otillåtet som indirekt diskriminering. Det finns två krav som måste vara uppfyllda för att en åtgärd som typiskt sett har negativa effekter för en grupp skall vara tillåten, syftet måste vara objektivt sett godtagbart och åtgärden måste vara lämplig och nödvändig. Angående det första kravet är frågan om den som tillämpar ett till synes neutralt kriterium, men som typiskt sett missgynnar en viss grupp, har ett *berättigat syfte* med tillämpningen. Syftet skall vara värt att skydda i sig och anses vara så pass viktigt att det kan motivera varför det skall ges företräde framför principen om icke-diskriminering.¹⁶¹ I fall där en person med funktionshinder nekats att teckna personförsäkring kan ett berättigat syfte vara de försäkringstekniska principerna och beräkningarna bakom. Åsa Wiklund Fredström, utredare vid DO, anger att de i regel inte angriper syftet då det kan vara svårt att vinna bifall. De angriper snarare den proportionella bedömningen.¹⁶²

¹⁵⁹ Ansökan om stämning 16/6-2010, ärende HO 2008/946, stämningen återkallades 11/2-2011.

¹⁶⁰ Prop. 2007/08:95 s. 490 f.

¹⁶¹ A. prop. s.491 ff.

¹⁶² Kontakt med Åsa Wiklund Fredström, utredare DO, 13/12-2011.

För det andra skall således medlet för att uppnå syftet vara *lämpligt och nödvändigt* vilket innebär att om det finns andra, icke-diskriminerande handlingsalternativ eller medel, utgör missgynnandet i princip indirekt diskriminering vilket är i strid med lagen. Syftet i sig kanske är godtagbart men frågan är om det är proportionerligt.¹⁶³ Arbetsdomstolen har underkänt ett längdkrav av innebörd att det för anställning erfordrades att de arbetssökande var minst 163 cm långa som oproportionerligt.¹⁶⁴ Med tanke på de försäkringstekniska principerna bakom bolagens beslut när en person med funktionshinder nekats att teckna försäkring kan det vara svårt att angripa syftet. Det är förmodligen lättare att angripa hur proportionellt beslutet var med tanke på att bolaget inte skulle behöva neka någon en försäkring utan skulle kunna bevilja den med förhöjd premie eller undantagsklausul. På detta vis argumenterade DO i en stämmningsansökan för att beslutet inte var proportionellt.¹⁶⁵

I en annan stämmningsansökan har DO argumenterat enligt intresseavvägningen genom att påstå att förfaringsättet med en teckningsregel som utesluter att föräldrar som uppbär vårdbidrag kan teckna barnförsäkring inte är lämpligt och nödvändigt då det finns ett mycket svagt samband mellan teckningsregeln och försäkringsriskerna i det enskilda fallet. If har dessutom slutat tillämpa teckningsregeln.¹⁶⁶

5.4 Sanktioner

Påföljden vid överträdelser av DL är, jämte ogiltighet och jämkning, diskrimineringsersättning, 5 kap. 1 § DL. Det går inte att framtvunga ett avtal.¹⁶⁷ Påföljden skall utöver att ersätta den kränkning som överträdelser innebär också avskräcka från diskriminering.¹⁶⁸

Om den som anser sig blivit diskriminerad eller utsatt för repressalier visar omständigheter som ger anledning att anta att han eller hon blivit diskriminerad eller utsatt för repressalier, är det svaranden som skall visa att diskriminering eller repressalier inte har förekommit, 6 kap. 3 § DL.

Enligt 4 kap. 1 § DL skall ombudsmannen utöva tillsyn över att denna lag följs. Ombudsmannen skall i första hand försöka få de som omfattas av lagen att frivilligt följa den, vilket innebär att ombudsmannen skall sträva efter förlikningar och andra uppgörelser.¹⁶⁹ Enligt 6 kap. 2 § får DO föra talan i domstol för en enskild som medger det. Här framkommer en tydlig skillnad jämfört med vad som gäller när någon anser att kontraheringsplikten i FAL blivit åsidosatt, i dessa fall är det upp till den enskilde själv att väcka talan mot försäkringsbolaget. Även en ideell förening som enligt sina stadgar har att ta tillvara på

¹⁶³ Prop. 2007/08:95 s.491 ff.

¹⁶⁴ AD 2005 nr 87.

¹⁶⁵ Ansökan om stämning 16/6-2010, ärende HO 2008/946, stämningen återkallades 11/2-2011.

¹⁶⁶ Komplettering av ansökan om stämning, T 9515-11, ärende ANM 2011/192, 14/10-2011.

¹⁶⁷ Lindell-Frantz, Personförsäkring och kontraheringsplikt, s.76.

¹⁶⁸ Prop. 2007/08:95 s.390 f.

¹⁶⁹ A. prop. s. 544.

medlemmarnas intressen och som inte är en arbetstagarorganisation har rätt att föra talan för en enskild. För att få föra talan skall föreningen med hänsyn till sin verksamhet, sitt intresse i saken, sina ekonomiska förutsättningar och förhållandena i övrigt vara lämpad att företräda den enskilde i målet.

Då kontraheringsplikten i FAL inte tillämpats i domstol kan det påstås att DL på ett visst sätt ”täcker upp” där FAL brister angående överprövningar. DO har, som visats ovan, stämt försäkringsbolag i flertal fall och ett mål har resulterat i en domstolsdom. Angående överprövning går det således att konstatera en parallell mellan kontraheringsplikten och DL.

5.5 Sammanfattande kommentarer

Då det, som nämnts ovan, inte finns någon dom som ger närmare vägledning är det tämligen oklart hur rekvisiten i DL skall tolkas när en person med funktionshinder nekats att teckna försäkring. Visserligen skall DO sträva efter att uppnå förlikningar, men det är svårt att få vägledande domar när DO i många fall ingår förlikningar med försäkringsbolagen istället för att reda ut problematiken i domstol. Åsa Wiklund Fredström, utredare på DO, uttalar att de är skyldiga att sträva efter förlikningar. DO skall dels eftersträva att praxis bildas så att diskrimineringslagstiftningen kan tolkas men DO skall även vara inställda på att förlikas. Det finns även en press från domstolen att förlikas.¹⁷⁰

För att elaborera med ett exempel, nekades en döv kvinna att teckna försäkring hos Swedbank Försäkring bland annat på grund av hörselbesvär. DO stämde Swedbank Försäkring för att ha missgynnat kvinnan genom att neka henne försäkringen med hänvisning till hennes funktionsnedsättning, men nådde i juli i år en förlikning med Swedbank Försäkring som gav kvinnan 70 000 kronor.¹⁷¹ Förlikningar kan i mångt och mycket resultera i en tillfredställande lösning för den enskilde som får upprättelse och en ersättning för den kränkning han eller hon åsamkats, men för rättsväsendets och vägledningens skull behövs domstolsavgöranden. Dessvärre kan DO inte undvika att sträva efter förlikningar, det ingår i deras arbetsuppgifter. Försäkringsbolagen kommer även att fortsätta acceptera förlikningserbjudanden då det är ett enkelt sätt för bolagen att dels få saken ur världen, men också ett sätt att minimera risken för höga processkostnader för båda parterna. En prejudicerande dom som konstaterar att ett bolag skulle ha tecknat försäkring enligt FAL eller som konstaterar att bolaget diskriminerat en försäkringssökande skulle även innebära stora förändringar för bolagens tillämpning och skulle kunna vara förödande för bolagen rent försäkringstekniskt.

¹⁷⁰ Kontakt med Åsa Wiklund Fredström, utredare DO, 15/12-2011.

¹⁷¹ Swedbank Försäkring: ANM 2009/1382.

6 Individuell eller schablonmässig bedömning

Motiven till FAL anger, som tidigare nämnts, att bedömningarna skall ske individuellt och införandet av kontraheringsplikten syftade bland annat till att motverka de schablonmässiga bedömningarna och verka för mer individuella sådana. Frågan är dock om det utgör en sådan självklar dikotomi mellan schablonmässiga och individuella bedömningar. Vad är egentligen en individuell och en schablonmässig bedömning och hur individuell kan i realiteten en bedömning vara?

6.1 Enligt försäkringsbolagen

Enkätundersökningen syftade till att få en uppfattning om hur försäkringsbolagen går tillväga vid bedömningen och hur de säkerställer att en bedömning blir individuell. På frågan hur försäkringsbolaget går tillväga vid bedömningen angav Folksam att den normalt sett sker individuellt utifrån givna riktlinjer från återförsäkringsgivaren men att den vid kollektiva lösningar kan vara förenklad. If angav att kunden alltid fyller i en hälsodeklaration, om det finns tillräckligt med information på denna görs en bedömning direkt. Om informationen är ofullständig skickar If kompletterande frågor till kunden. Om If anser att de är i behov av journalhandlingar skickar de en fullmakt som kunden skall fylla i för att kunna beställa journalhandlingar. Bedömningen sker utifrån If:s medicinska riktlinjer och gällande praxis. Länsförsäkringar svarade att de alltid gör en individuell bedömning utifrån lämnad hälsodeklaration. Anser bolaget att de behöver kompletterande material för att kunna ta ställning så begärs det in, exempelvis frågeformulär och fullmakt för att kunna ta in journalhandlingar. Länsförsäkringar har handläggare som är särskilt utbildade i både medicin och försäkringsmedicin och bolaget tar även hjälp av konsulterande läkare. Trygg-Hansa gör alltid en individuell bedömning av en försäkringsansökan. Oftast kan de göra en bedömning utifrån de uppgifter som har lämnats i försäkringsansökan men det förekommer att de skickar kompletterande frågeformulär till kunden. I en del fall kan bolaget behöva beställa in medicinska journaler eller handlingar från Försäkringskassan. I sådana fall skickar de alltid en separat fullmakt till kunden för att få kundens godkännande.¹⁷²

På frågan hur bolagen säkerställer att bedömningen vid en försäkringsansökan sker på individuell grund och inte schablonmässigt svarade Folksam att de genom att bedöma kunden individuellt utifrån teckningsreglerna och även genom att svara kunden individuellt säkerställer att bedömningen sker på individuell grund. If angav att de inhämtar journalhandlingar och/eller information från kunden i form av frågeformulär. Den aktuella kundens besvär/sjukdom bedöms individuellt utifrån deras riktlinjer. Länsförsäkringar uttalar att de alltid utgår från personens hälsodeklaration och på så sätt blir det alltid en individuell bedömning. Exempelvis så likställer de inte två personer med diabetes och ger dem samma

¹⁷² Se svar på fråga 1, bilaga 1-4.

bedömning eftersom det finns många variabler att ta i beaktning vid ett sådant beslut; hur lång tid personen haft diabetes, om personen fått komplikationer och i så fall vilka, har personen andra sjukdomar, och så vidare. Trygg-Hansa säkerställer att bedömningen sker individuellt genom att kunden fyller i en hälsoförklaring med ett ganska stort antal frågor. Varje ansökan som inkommer för riskbedömning hänförs till en riskbedömare som granskar den för att sedan göra en bedömning utifrån de upplysningar som uppges i ansökan, samt eventuellt kompletterande handlingar.¹⁷³

Bolagen verkar således enhetligt anse att en individuell bedömning inte nödvändigtvis innebär att begära in journalanteckningar direkt i samband med prövning av en ansökan. Det begärs in om det behövs i det enskilda fallet men annars bedömer de huruvida en försäkring kan tecknas på den initiala ansökningen och hälsodeklarationen.

6.2 Enligt dokumentär i media

Medieprogrammet Plus sände i oktober 2011 ett avsnitt om familjen Rodriguez Walner och om hur Folksam och Skandia nekat dem att teckna barnförsäkring för sin dotter Xana. Folksam nekad på grund av att hon föddes för tidigt och för att hon var för liten när hon föddes samtidigt som Skandia nekad på grund av för låg födslovikt. Båda bolagen erbjöd dem i utbyte att teckna en olycksfallsförsäkring, denna försäkring har dock inte samma omfattning som en barnförsäkring. Familjen ansåg inte att de fått en individuell bedömning då Xana varit fullt frisk sedan hon skrevs ut från sjukhuset och menar att bolagen skulle ha begärt in journalanteckningar för att göra bedömningen individuell. Väl i kontakt med Folksam fick de svaret att Folksam kan göra individuella bedömningar utan att begära in ytterligare handlingar.¹⁷⁴

Folksams svar i Plus överensstämmer således med svaren som erhållits från samtliga bolag i enkätundersökningen, bolagen tolkar motiven till FAL om att det skall vara individuella bedömningar som att en individuell bedömning är att bedöma försäkringsansökningen med tillhörande hälsodeklaration. Journalanteckningar anses inte alltid nödvändigt. Gunnar Olsson, chef på KFB uttalar att FAL skärptes år 2006 i förhoppningen att komma tillrätta med problematiken att hela grupper får schablonmässiga avslag och han anser fallet med familjen Rordiguez Walner utgöra en schablonbedömning. I anslutning till fallet med familjen Rodriguez Walner tillkännagav Folksam sin nya barnförsäkring som skall täcka alla barn. Daniel Erikson, produktdirektör på Folksam, menar att det kan bli en mängd komplikationer med för tidigt födda och normalt avböjer bolaget för att sedan ompröva när barnet är äldre. Xana har nu fått en vanlig barnförsäkring hos Folksam som den första för tidigt födda någonsin.¹⁷⁵ Att notera är således att hon inte fick den nya barnförsäkringen för alla barn, utan den normala barnförsäkringen. Frågan är dock, med tanke på att Xana erhöll en vanlig barnförsäkring som den första för tidigt födda någonsin, om Folksam gav vika för att de, som

¹⁷³ Se svar på fråga 3, bilaga 1-4.

¹⁷⁴ Svt Plus avsnitt 1 av 10, sändes den 20/10-2011, finns tillgängligt på Svtplay fram till den 22/1-2012.

¹⁷⁵ A.a.

de själva påstod, ansåg sig gjort en missbedömning i det enskilda fallet eller för att fallet fick stor medial uppmärksamhet. Dessa bolag tar hänsyn till sin kundnöjdhet och sitt varumärke som företag, därför är ett tecknande av en försäkring en minimal kostnad i förhållande till den förlust som kan inträffa om stora massor av kunder väljer att byta bolag. Konkurrensen mellan försäkringsbolag spelar således en central roll i sammanhanget.

6.3 Enligt Konsumenternas försäkringsbyrå

KFB möter dagligen ärenden gällande konsumenter som har problem med att teckna försäkringar och för statistik över de ärenden som de kommer i kontakt med.¹⁷⁶ År 2010 publicerade KFB en artikel via sin hemsida där de konstaterade att de får mycket samtal om avslag på personförsäkring.¹⁷⁷ Frågorna rörde enligt statistiken speciellt barnförsäkringar då konsumenterna ansåg att motiveringarna inte var individuella och att de nekats teckna personförsäkring av hälsoskäl och istället erbjudits att teckna till förhöjd premie eller undantagsklausul, eller endast erbjudits en olycksfallsförsäkring.¹⁷⁸ År 2011 förordade KFB att det i hög tid var dags för en uppföljning av försäkringsbolagens riskbedömningar då de får mycket samtal om att det snarare sker schablonmässiga och inte individuella prövningar av ärenden.¹⁷⁹ Dessa uppgifter tyder på att bedömningarna *uppfattas* som schablonmässiga och att konsumenter generellt sett är missnöjda med försäkringsbolagens bedömningar samt att KFB anser att bedömningarna är schablonmässiga. Frågan kvarstår dock vad en schablonmässig bedömning egentligen skall anses innebära.

Försäkringsbolagen anser till synes att en individuell bedömning skall genomföras på ett specifikt tillvägagångssätt, och Gunnar Olsson, chef på KFB, samt konsumenterna som kontaktar KFB, anser att en individuell bedömning skall gå tillväga på ett annat sätt. Det skiljer sig i uppfattningen huruvida journalanteckningar behöver hämtas in direkt vid prövningen av en ansökan för att bedömningen skall vara att betrakta som individuell. Det är en komplicerad uppgift att säkerställa individuella bedömningar i enlighet med intentionerna bakom FAL när försäkringsbranschen inte är överens om vad en individuell bedömning i grund och botten skall innebära.

Christina Meder, jurist vid KFB, uppger att hon tror att det fortfarande föreligger problem med schablonmässiga bedömningar av ansökningar om personförsäkring. Christina Meder nämner målet där DO företrädde en döv kvinna som var arbetsför som blivit nekad att teckna en försäkring för egenföretagare¹⁸⁰, detta mål tyder enligt henne på att det görs schablonmässiga bedömningar, hade en fullständigt individuell prövning skett hade bolaget kommit fram till att hon var arbetsför och tecknat försäkring. Vidare anser hon att det behövs mer information om hur rekvisitet särskilda skäl skall tolkas och att det är ett problem att det inte finns några rättsfall, trots möjligheten till rättslig prövning. Christina Meder påpekar att

¹⁷⁶ Fagerberg & Schenholm, Funktionshinder Försäkringshinder, s.53 f.

¹⁷⁷ KFB, Har du nekats försäkring på grund av dålig hälsa, 9/6-2010.

¹⁷⁸ KFB, Verksamhetsberättelse 2010, s.7.

¹⁷⁹ KFB, Dags att följa upp bolagens riskbedömningar, 18/10-2011.

¹⁸⁰ Här syftar Christina Meder på Ärendenummer: ANM 2009/1382.

det förekommer svagt individuellt motiverade beslut och att detta behöver kartläggas. Christina Meder anser att de många diskrimineringsfrågor som DO företrätt på senare tid tyder på att FAL inte fungerar som den skall. Problemet hade inte resulterat i diskrimineringsfrågor om kontraheringsplikten tillämpades som den åsyftades. Tyvärr går många ärenden hos DO till förlikning och det hade varit en fördel om fallen resulterade i domar.¹⁸¹

En individuell bedömning måste enligt Christina Meder innebära att bolaget bedömer den specifika individens hälsa och inte behandlar grupper schablonmässigt som bolagen i dagsläget gör, exempelvis uttalar bolagen att risken är stor för hela gruppen av för tidigt födda barn. Bolagen anser att de tillämpar individuella bedömningar och det är enligt Christina Meder problematiskt att uttala sig om bolagens tillämpning är lagenlig, hon hävdar att en domstol måste pröva saken. Christina Meder kan ändå tycka att syftet med införandet av kontraheringsplikten för personförsäkringar var att i så stor utsträckning som möjligt bevilja personer med funktionshinder försäkring, även om det sker med förhöjd premie och undantagsklausul, och att syftet var att motverka schablonmässiga bedömningar. Hon anser inte att lagen fått den effekt som åsyftades och att lagstiftaren måste bli medveten om detta. Hon anser emellertid inte att det går att påstå att en individuell bedömning kräver att bolagen begär in journalanteckningar i varje enskilt fall, det måste relateras till den sjukdom den sökande har, men rimligen kräver en individuell bedömning en granskning av den individuella situationen. Enligt Christina Meder infördes 11 kap. 1a § FAL för att motverka de integritetskränkande rutinerna där en försäkringstagare tecknade en generell fullmakt som sedan kunde användas i många år framöver samt för att journalanteckningarna övertolkades. Regleringen hindrar inte att bolagen skall begära in journalanteckningar för att kunna göra individuella bedömningar, regleringen innebär enbart att bolagen behöver samtycke och behöver specificera vilka handlingar de vill begära ut. Risken finns att regleringen resulterar i att bolagen inte begär in journalanteckningar som tidigare då det innebär mer administration och kostnader, men så länge bolaget motiverar behovet av journalanteckningar finns det inget hinder för förfarandet. Lagregleringen infördes för att strama åt fullmaktsförfarandet. Christina Meder anser inte att bolagen till synes har ändrat något i sitt förfaringssätt efter lagändringen år 2006. Vidare anser hon att problemen borde kunna lösas enbart enligt FAL och rätten till försäkring genom att en domstol prövar särskilda skäl och om sådana förelegat, problemen skall helst inte resultera i diskrimineringsfrågor.¹⁸²

6.4 Enligt Diskrimineringsombudsmannen

Per Holfve, jurist på DO, uttrycker att det inte går att hävda huruvida en hel grupp av personer med funktionshinder (i detta fall rörde sig det om hörselskadade) utgör en förhöjd försäkringsrisk, men när det sker en stor mängd schablonmässiga bedömningar uppstår alltid risk för diskriminering.¹⁸³

¹⁸¹ Kontakt Christina Meder, jurist vid KFB, 16/12-2011 och 26/9-2011.

¹⁸² A. st.

¹⁸³ Haraldsson, A, Forslund, P, Svenska Dagbladet, Barnens skydd måste ses över, 9/9-2011.

I en tingsrättsdom där DO stämmer Trygg-Hansa för diskriminering anger DO att det gjorts en schablonmässig riskbedömning då journalanteckningar inte begärdes in i samband med prövningen av ansökan. Trygg-Hansa svarade att när en ansökan inklusive hälsodeklaration i sig är tillräckligt utförlig kan det utgöra underlag för bedömningen och inga journalkopior behöver därför begäras in. De anger även att journalanteckningar i allmänhet begärs in i sista hand. Enligt domstolen gjorde Trygg-Hansa en i erforderlig grad individuell bedömning av ansökningen då de inte anser att det faktum att bolaget inte begärde in journalanteckningar är något som gör bedömningen schablonmässig. Ansökningen i sig innehöll uppgifter om hörselnedsättningen, diagnoser och besökta vårdinrättningar vilket ansågs tillräckligt. I domskälen hänvisas även till den nya regleringen i 11 kap 1a § FAL vars innebörd, som nämnts ovan, är att ett försäkringsbolag får begära samtycke till att inhämta uppgifter om en enskild persons hälsotillstånd endast om det är nödvändigt för prövningen av ansökan om försäkring. Med denna reglering i åtanke bör sålunda inte ett försäkringsbolag enligt domstolen begära in patientjournaler annat än i de fall då de av den presumptive försäkringstagaren lämnade uppgifterna inte utgör tillräckligt underlag för beslut om försäkring.¹⁸⁴

I målet framkommer att DO, likt KFB, inte anser en bedömning vara individuell då journalanteckningar inte begärts in. Domstolen ansluter sig dock till Trygg-Hansas, och därmed även andra försäkringsbolags, uppfattning att en bedömning kan vara individuell utan att journalanteckningar begärts in vilket är i enlighet med den nya regleringen i 11 kap. 1a § FAL som skall säkerställa att journalanteckningar med mera enbart begärs in när det är nödvändigt i det enskilda fallet. Ovan nämnda domstolsmål är den enda vägledning som för närvarande finns angående vad som är en individuell bedömning eller ej. Eftersom målet inte är prejudikatbildande kan resonemang från båda sidor fortsätta att föras för att bringa klarhet i rättstillämpningen och eventuellt bidra med argument till domstolen inför framtida mål.

6.5 Enligt Konsumentombudsmannen

Som tidigare nämnts, kommer KO företräda en ettårig flicka mot försäkringsbolaget Skandia då föräldrarna nekats att teckna barnförsäkring på grund av att flickan föddes för tidigt. KO anser att frågan om rätten att teckna försäkring är av principiell betydelse och har därför valt att företräda flickan i domstol. Gunnar Larsson vid KO uttalar att det inte finns några uppgifter som tyder på att flickan kommer bli sjukare än normalt i framtiden och hävdar att Skandia gjort en schablonmässig bedömning och att bedömningarna enligt FAL skall göras på individens specifika hälsotillstånd. Gunnar Larsson vill driva fram en dom som i framtiden tvingar försäkringsbolagen att ta hänsyn till individens hälsa och inte bara statistik.¹⁸⁵ Förhoppningsvis leder denna talan mot ett vägledande prejudikat.

¹⁸⁴ Stockholms tingsrätt, avdelning 3, dom meddelad den 8 mars 2011, mål nr T 20377-09.

¹⁸⁵ Pressmeddelande från Konsumentverket, KO företräder ettårig flicka i tvist med Skandia, 16/12-2011.

6.6 Sammanfattande kommentarer

Försäkringsbolagen diskriminerar inte de försäkringssökande genom att behandla de olika gentemot varandra med hänsyn till risknivå men om bedömningarna sker schablonmässigt är det i sig en form av diskriminering och en felaktig tillämpning gentemot lagstiftarens vilja. Försäkringsbolagen tillämpar sina riktlinjer och använder sig av parametrar såsom ålder, kön och funktionshinder när de bedömer en försäkringsansökan, detta för att erhålla en någorlunda effektiv administration.¹⁸⁶ Av standardiserade parametrar går det enbart att dra generella slutsatser, som exempelvis att alla barn med låg födslovikt löper större risk för framtida sjukdomar. Om en mer individuell bedömning skall göras vore det lämpligare att genomföra bedömningen baserat på det enskilda barnets förutsättningar genom att granska journalanteckningar. Detta blir dock en fråga om administrativa resurser och kostnader.

Frågan huruvida journalanteckningar skall begäras in synliggör även motstridigheter inom FAL. Regleringen i 11 kap. 1a § FAL skall motverka att journalanteckningar begärs in annat än när det verkligen behövs, vilket överensstämmer med försäkringsbolagens nuvarande tillämpning samt tingsrättsdomen som berörts ovan. Om intentionerna bakom FAL, som syftar till att motverka schablonmässiga bedömningar, skall tolkas som att en individuell bedömning är på så vis som tingsrätten och försäkringsbolagen påstår så kan de olika regleringarna i FAL påstås ändamålsenliga. Skall däremot en individuell bedömning innebära vad KFB och DO anser, de mer försäkringstagarvänliga företrädarna, står sig inte 11 kap. 1 § och 11 kap. 1a § FAL ändamålsenliga med varandra. Något som talar för att det skall vara som försäkringstagar sidan förespråkar är även det faktum att motiven till FAL anger att lagen syftade till att stärka *konsumenternas* intressen och samtidigt stärka rätten för svagare grupper att kunna teckna försäkring. En synpunkt angående 11 kap. 1a § FAL är att den enligt motiven skall verka för mer individuella bedömningar, men i enlighet med mitt resonemang ovan, får en effekt, enligt försäkringstagar sidan, av mer schablonmässiga bedömningar då journalanteckningar inte begärs in vid bedömningen annat än när det är nödvändigt. Folksam medgav i fallet med familjen Rodriguez Walner att de gjort en missbedömning i det enskilda fallet då det i journalanteckningarna, som inte begärts in, skulle ha framkommit att Xana var ett för tidigt fött barn som till trots varit frisk sedan födseln. Är det inte med denna situation i åtanke mer rimligt att en individuell bedömning är en bedömning på samtliga handlingar i det enskilda fallet när det är fråga om komplexa frågeställningar kring personer med funktionshinder? Vad som är en individuell bedömning och vad som är en schablonmässig förblir olika beroende på vilken sida som frågas.

¹⁸⁶ Svensk Försäkring, Ståndpunkts -PM: Att prissätta olika risker är inte diskriminering, s.5 f.

7 Utvecklingen i framtiden

7.1 Dom från EU-domstolen: förbud mot kön som en premie- eller ersättningsfaktor

Försäkringsföretagen använder faktorerna kön, ålder och hälsotillstånd när de bedömer olika former av risker. Individens hälsotillstånd kan i sin tur till exempel påverkas av ett funktionshinder. Nuvarande lagstiftning tillåter försäkringsföretagen att använda kön som en faktor när premier och utbetalningar bestäms. Gällande diskrimineringslagstiftning innebär också att försäkringstjänster är undantagna från förbudet mot åldersdiskriminering. EG-direktivet om likabehandling av kvinnor och män förbjuder diskriminering på grund av kön bland annat i situationer när tjänster tillhandahålls, men tillåter medlemsstaterna att göra undantag för försäkringstjänster. Kravet för att få göra ett sådant undantag är att kön är en avgörande faktor vid en riskbedömning som grundas på relevanta och korrekta försäkringstekniska och statistiska uppgifter. Dessutom skall statistik som visar att kön är en avgörande faktor publiceras och uppdateras regelbundet. I Sverige uppfylls det sistnämnda kravet genom att KFB publicerar statistik som sammanställts av Svensk Försäkring. Finansinspektionen har på regeringens uppdrag att övervaka att så sker.¹⁸⁷

Den 1 mars 2011 kom en dom från EU-domstolen om könsneutrala premier och förmåner som förbjuder försäkringsbolagen att efter den 21 december 2012 ha olika premier med grund i kön.¹⁸⁸ En belgisk konsumentorganisation har drivit frågan om det nysnämnda undantaget för försäkringstjänster strider mot EU-rätten och ärendet har avgjorts i EU-domstolen. Domen innebär att direktivets undantag för försäkringstjänster¹⁸⁹ strider mot EU:s stadga om grundläggande rättigheter som förbjuder diskriminering på grund av kön och att undantagsbestämmelsen därför är ogiltig från och med den 21 december 2012. Domen innebär att försäkringsbolagen inte får använda kön som en premie- eller ersättningsfaktor när nya försäkringar tecknas från och med det datumet.

Domen kommer enligt Svensk Försäkring att få konsekvenser för försäkringkunderna men hur den svenska försäkringsmarknaden påverkas måste analyseras närmare. Domen kan innebära såväl generellt höjda premienivåer som försämrade möjligheter att teckna ett fullgott försäkringsskydd då domen medför osäkerhet vad gäller att beräkna risker som påverkar försäkringsföretagens premienivåer och reservavsättningar. Osäkerheten kan även innebära att produktinnehållet försämras eller att produkter till och med försvinner från marknaden. Svensk Försäkring tar dessutom upp frågan huruvida försäkringsbranschen i framtiden

¹⁸⁷ Svensk Försäkring, Ståndpunkts -PM: Att prissätta olika risker är inte diskriminering, s.5 och 7 ff.

¹⁸⁸ Domstolens dom den 1 mars 2011 i mål C-236/09 Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL, Yann van Vugt, Charles Basselier mot Conseil des ministres.

¹⁸⁹ Undantagsbestämmelse artikel 5.2 i rådets direktiv 2004/113/EG av den 13 december 2004 om genomförande av principen om likabehandling av kvinnor och män när det gäller tillgång till och tillhandahållande av varor och tjänster.

kommer att förbjudas att använda andra faktorer såsom ålder och effekter av funktionshinder. Detta skulle kunna resultera i att försäkringsmässiga principer inte längre skulle kunna användas fullt ut. Därmed skulle det bli avsevärt svårare för försäkringsföretagen att framöver möta kundernas försäkringsbehov.¹⁹⁰ Svensk Försäkring tror att förbudet kan få konsekvenser i följd av bland annat högre premier, begränsningar i produkters omfattning, vissa produkter kan försvinna helt från marknaden och försäkringsskyddet kan försämrats vilket i sin yttersta form innebär försäkringsnöd. Den svenska diskrimineringslagstiftningen kommer att behöva justeras med anledning av EU-domstolens dom. De flesta, om inte alla, försäkringsföretagen i Sverige kommer att behöva se över premiesättning och produktutbud.¹⁹¹

Kommer även ålder och funktionshinder att förbjudas som premiefaktorer? För närvarande pågår diskussioner på EU-nivå om ett nytt direktiv som föreslås omfatta förbud mot diskriminering på grund av bland annat ålder och funktionshinder. Medlemsstaterna är dock inte eniga om behovet av ett sådant direktiv. Oundvikligen kommer EU-domstolens förbud mot att använda kön som en premiefaktor att innebära konsekvenser för det fortsatta arbetet med direktivet. Könsneutrala premier och ersättningar för försäkringstjänster kommer enligt Svensk Försäkring att få påtagliga konsekvenser på försäkringsmarknaden. Ett förbud mot att på motsvarande sätt använda ålder och effekterna av funktionshinder minskar möjligheterna att använda försäkringsmässiga principer och kan därmed göra det omöjligt för försäkringsföretagen att framöver möta kundernas försäkringsbehov inom försäkringsområden av olika former såsom livförsäkring.¹⁹²

Det återstår att se om ett sådant förbud införs, men om så skulle ske skulle det onekligen få omfattande konsekvenser för försäkringsbranschen och utbudet av försäkringar.

7.2 Produktutvecklingsarbetet för högriskgrupper

Min enkätundersökning innehöll spörsmål till försäkringsbolagen om hur produktutvecklingsarbetet bedrivs som eftersträvar att förbättra möjligheterna för ”högriskgrupper”, funktionshindrade med flera att teckna försäkring. Det efterfrågades även vilken roll försäkringsläkare, skadeavdelning, handikappförbund och liknande har i detta utvecklingsarbete.

På Folksam bedrivs produktutvecklingsarbete som siktar mot specifika grupper, såsom personer med funktionshinder, många gånger i samarbete med representanter för gruppen, till exempel ett handikappförbund. Om frågan är av mer generell art eller bottnar i ett allmänt problem för högriskgrupper kan en tilltänkt lösning istället arbetas fram relativt isolerat (inom bolaget), för att sedan stämmas av med så kallade fokusgrupper (tilltänkta kunder), som säkerställer kvaliteten.

¹⁹⁰ Svensk Försäkring, Ståndpunkts -PM: Att prissätta olika risker är inte diskriminering, s.2.

¹⁹¹ A.a., s.8 f.

¹⁹² A. st.

För att bedöma utvecklingsmöjligheter och försäkringsrisker arbetar i första hand produktspecialister tillsammans med aktuarier och försäkringsläkare. I utvecklingsarbetet har försäkringsläkaren rollen som medicinsk expert utan krav på försäkringstekniska kunskaper, produktspecialisten besitter försäkringsteknisk kunskap med fokus på villkorsutformning, medan aktuarien prissätter försäkringen utifrån de förutsättningar som tas fram. I utvecklingsarbetet deltar även jurister, marknadscoordinatorer, säljare, kommunikatörer med flera. If jobbar ständigt med att förbättra de produkter de har och även med att ta fram nya produkter för att kunna erbjuda en försäkring till så många som möjligt. I denna process är flera av de som nämnts inblandade, samt en rad andra (såsom aktuarie, jurister, säljorganisationen). Det finns en arbetsgrupp för detta viktiga arbete. If jobbar inte aktivt mot något handikappförbund, men kan i de fall det är relevant kontakta dem för information och det underlag de kan tänkas vara intresserade av. Länsförsäkringar angav i enkätundersökningen att de alltid eftersträvar att kunna erbjuda försäkring till så många som möjligt men det skall också vara till bra villkor och förnuftiga premier. På Trygg-Hansa erbjuds alla kunder redan idag någon form av försäkring och ingen nekas helt. Utvecklingen av försäkringsprodukterna syftar ständigt till att kunna erbjuda så många som möjligt en bra försäkringslösning. I arbetet deltar förutom produktutvecklarna, läkare, skadeavdelningen, riskbedömningsavdelningen med flera. Produktavdelningen har också en omvärldsbevakning där exempelvis synpunkter från handikappförbund fångas upp.¹⁹³

Försäkringsbolagen arbetar således ständigt med att utveckla försäkringsprodukterna och, om möjligt, underlätta för personer med funktionshinder att teckna försäkring. Problemet ligger säkerligen inte i att bolagen inte har viljan att underlätta för dessa grupper utan att de gör det de kan med tanke på det försäkringstekniska ramverket som alltid måste utgöra grunden.

¹⁹³ Se svar på fråga 10, bilaga 1-4.

8 Avslutande reflektioner

Som denna uppsats påvisat har införandet av en kontraheringsplikt för personförsäkringar år 2006 inte medverkat till några större förändringar för personer med funktionshinder gällande deras rätt att teckna personförsäkring. Lagregeln åsyftade att verka för mer individuella bedömningar istället för schablonmässiga, problemet visar sig dock vid en fördjupad analys vara att det inte existerar några riktlinjer för vad en individuell bedömning i realiteten är. Lagstiftarens intention var säkerligen att tillämpningen skulle klargöras via praxis, men problemet har uppstått som en effekt av att tvister inte resulterat i någon sådan. En enskild försäkringstagares missnöje med ett beslut har troligtvis i majoriteten av fall hindrats på väg till domstol då försäkringsbolagen har befogenhet att lösa problemet internt. Ett bolag har alltid möjligheten att bevilja en försäkring *ex gratia*, det vill säga genom att bevilja försäkringar utanför sina villkor i syfte att tillfredställa en enskild kund. För en enskild är lösningen att föredra, men det är en nackdel för bildandet av praxis och i det långa loppet även för rättssäkerheten. Ett exempel på detta synliggjordes i fallet med familjen Walner Rodriguez som dokumentären i Plus redogjorde för, här beviljades dottern en vanlig barnförsäkring som det första för tidigt födda barnet någonsin efter uppståndelse kring fallet i media.

Det faktum att det saknas riktlinjer för vad en individuell bedömning är har resulterat i att försäkringsbranschens olika parter tolkat innebörden i enlighet med sina egna intressen. Försäkringsgivarsidan hävdar att de tillämpar individuella bedömningar genom att individuellt tolka en ansökan som inkommer tillsammans med en hälsodeklaration. De begär således endast in journalanteckningar när bolaget anser att det behövs och journalanteckningar utgör i deras mening ingen förutsättning för att bedömningen skall uppfattas som individuell. Försäkringsgivarsidan anser även att detta är i linje med den nya regleringen i 11 kap. 1a § FAL. Försäkringstagarsidan anser däremot att en bedömning inte kan vara individuell om inte de individuella handlingarna tolkas, det vill säga journalanteckningar angående personen i fråga. De menar att det endast vid en sådan undersökning kan framkomma om en person med funktionshinder kan bli beviljad försäkring och vad bolaget i sådana fall behöver undanta i en undantagsklausul, eller med vilken summa en premie behöver förhöjas, för att motsvara den individuella risken. Huvudsaken är enligt dem att denna grupp erbjuds att teckna försäkring, även om det är med speciella förutsättningar, och inte schablonmässigt eller rent mekaniskt nekas enbart på grunden att de har ett visst funktionshinder. De menar även att 11 kap. 1a § inte syftar till att hindra bolagen från att inhämta journalanteckningar utan skall motverka generella fullmakter som inte är tidsbegränsade.

Jag instämmer i att 11 kap. 1a § troligtvis inte skall tolkas som ett hinder för bolagen att begära in journalanteckningar utan snarare tolkas som ett stärkt skydd för den personliga integriteten. Sannolikt är det integritetskränkande med generella fullmakter som inte är tidsbegränsade eller avgränsade till att omfatta ett visst skede i processen och som inte anger vilka specifika handlingar som samtycket avser. Innebörden av regleringen är även att

journalanteckningar enbart skall begäras in när det *behövs*, vilket inte heller torde vara ett hinder för individuella bedömningar. Rimligen måste det många gånger *behövas* i de fall när personer med funktionshinder ansöker om personförsäkring då dessa situationer är så pass komplexa och svårbedömda. Ett funktionshinder behöver inte vara det andra likt och symptom kan säkerligen skilja sig markant från en person till en annan. I varje enskilt fall gällande personer med funktionshinder torde djupgående medicinska bedömningar behövas, något som kan te sig svårartat enbart baserat på den sökandes egenhändigt ifyllda ansökan med en eventuell tillhörande hälsodeklaration. Det är sannolikt att personen i fråga inte förstår betydelsen av det han eller hon antecknar på en sådan ansökan och inte heller belyser problematiken eller omfattningen av funktionshindret fullt ut eller till och med korrekt. Där kan journalanteckningar ge en mer objektiv belysning av saken och riskbedömaren som skall bedöma ansökningen riskerar inte heller att göra en missbedömning på grund av knapphändig information.

Således är det invecklat att besvara frågan huruvida bolagen tillämpar 11 kap. 1 § FAL så som åsyftades då försäkringsbolagen tolkat lagregeln på sitt sätt och enligt sig själva tillämpar den korrekt. Min slutsats är att det existerar en gråzon, som försäkringsbolagen utnyttjar till sin fördel, mellan schablonmässiga och individuella bedömningar vilket medför den problematik som existerar. Det behövs med andra ord ett prejudikat som tar ställning till vad en individuell bedömning skall anses vara. Förhoppningsvis leder KO:s talan mot Skandia till ett sådant men det återstår att se då det är en lång väg upp till HD. Enligt mig borde dock prövningstillstånd ges då frågan är av principiell betydelse och vägledning är av vikt för den fortsatta tillämpningen. Om inte annat så kan försäkringstagarsidan hoppas på att justitieministerns översyn över bolagens avslagsstatistik kan leda till ett och annat klagande, men min personliga åsikt är att det är problematiskt så länge det inte finns vägledande avgörande för hur kontraheringsplikten *skall* tillämpas. Det kan vara besvärligt att kritisera en form av tillämpning när det inte finns riktlinjer för vad som är korrekt eller ej. Jag uttrycker att *försäkringstagarsidan* kan hoppas på en klagande översyn då jag betvivlar att försäkringsbolagen lika innerligt vill ha en sådan, tillämpningen som den ser ut nu är fördelaktig för bolagen som den är.

Såväl FAL som DL kan skydda en person med funktionshinder vid en situation där personen nekats att teckna personförsäkring. FAL skall trygga att personen enbart nekats då det finns särskilda skäl för ett sådant avslag samt trygga individuella bedömningar. DL skall skydda att en person med funktionshinder inte utsätts för varken direkt eller indirekt diskriminering när denne vill teckna försäkring. Både direkt och indirekt diskriminering kan, beroende på den specifika situationen, enligt utredningen bli aktuella när en person med funktionshinder nekats att teckna försäkring. Det finns bara en dom, och den är enbart från tingsrätt, när det gäller DL tillämpad på en person med funktionshinder i försäkringssammanhang. Precis som försäkringsgivarsidan och försäkringstagarsidan är av olika uppfattning vad en individuell bedömning skall anses vara är försäkringsbolagen och DO av olika uppfattning hur DL skall tillämpas i försäkringssammanhang. Även i dessa fall är det oklart hur lagen skall tillämpas då det saknas prejudikat och de olika sidorna tolkar lagen efter sina egna intressen.

Angående hur intresseavvägningen skall göras vid indirekt diskriminering verkar det berättigade syftet som kan göra ett missgynnande acceptabelt många gånger vara de försäkringstekniska riktlinjerna bakom bolagens beslut. Det är således komplicerat att angripa syftet för att hävda diskriminering då det försäkringstekniska ramverket måste ligga till grund för bolagens beslut. Den proportionella bedömningen kan göras genom att hävda att bolaget inte hade behövt neka försäkring helt, utan att de hade kunnat teckna försäkringen med förhöjd premie eller undantagsklausul. Således är det lättare att angripa den proportionella bedömningen vid indirekt diskriminering.

Meningsskiljaktigheter råder specifikt om hur jämförelsen skall göras när en person med funktionshinder nekats att teckna försäkring. Om jämförelsen skall göras som försäkringsgivarsidan och tingsrätten anser, det vill säga att bedömningen av en person som nekats teckna försäkring jämförs med hur en person med samma funktionshinder skulle bedömts, kommer det troligtvis bli svårt att någonsin konstatera en diskriminerande behandling. Huruvida bolagen behandlar personer med liknande funktionshinder lika är inget som ifrågasätts. Om jämförelsen skall göras som DO anser, det vill säga att bedömningen av en person som nekats teckna försäkring jämförs med hur en person som inte har något funktionshinder skulle bedömts, då blir det tämligen lätt att konstatera en diskriminerande behandling. Frågan är hur väl en sådan tillämpning klingar med det försäkringstekniska ramverket som måste ligga till grund för bolagens beslut. Bolagen behandlar en person med funktionshinder olikt från en fullt frisk person då dessa personer är placerade i olika riskgrupper. Den tillämpning som DO förespråkar skulle således resultera i diskriminering i varje enskilt fall vilket inte heller är rimligt. Det tycks således råda en situation där det aldrig kan tyckas bli ett rättvisande och korrekt beslut för samtliga parter, hur lagstiftaren åsyftat att diskrimineringslagstiftningen skulle tillämpas i dessa situationer är därmed ovisst och *frågan är om DL är lämpad att appliceras på dessa frågor överhuvudtaget*. I min uppfattning verkar den inte vara det. Troligtvis hade lagstiftaren, likt situationen med kontraheringsplikten, intentionen att praxis skulle styra tillämpningen vilket inte åstadkommits. I stället anser jag att lagstiftaren bör göra en översyn över DL och kontraheringsplikten tillämpning på situationer där en person med funktionshinder nekats teckna försäkring och besluta över hur de skall samråda. Alternativt att DO, likt hur KO eftersträvar ett prejudikat kring kontraheringsplikten, försöker att föra ett mål av principiell betydelse, utan att förlikas på vägen, för att uppnå vägledning.

Försäkringsbolagen anser att det inte kan bli fråga om en otillåten diskriminering om de följer FAL. DO anser däremot att bolagen kan följa FAL och ändå bryta mot diskrimineringslagstiftningen. Hur detta förhållande kommer sig verkar till synes bottna i uppfattningen om vad en individuell bedömning är samt uppfattningen om hur jämförelsen i DL skall tillämpas. Bolagen anser att de gör individuella bedömningar och således inte bryter mot FAL. DO påstår att missgynnandet enligt DL uppstår när bolagen inte gör individuella bedömningar. Diskrimineringslagstiftningen skall enligt bolagen tolkas som att en person med funktionshinder inte missgynnas då denne skall jämföras med hur personer med liknande funktionshinder behandlas och dessa grupper behandlar bolagen likadant. DO är av uppfattningen att jämförelsen skall göras med en fullt frisk person och att personer med

funktionshinder därmed missgynnas. Missgynnandet i sig är en grund för diskriminering även om det finns särskilda skäl att neka en försäkring enligt FAL.

Hur dessa två lagstiftningar korrelerar är således ytterst ovisst på grund av bristfällig vägledning och lagstiftningen tolkas för närvarande tämligen partiskt och ledigt av de olika parterna. Som nämnts i uppsatsen uttalas det i motiven till DFL, som författades parallellt med slutskedet av beredningen av FAL, att en försäkringsteknisk riskbedömning som föranleder att en person vägras försäkringsskydd inte kan anses innefatta diskriminering i DFL:s mening. Uttalandet skulle kunna tolkas som att det inte kan bli fråga om diskriminering enligt DL när bolagen har särskilda försäkringstekniska skäl att neka en person försäkring. Frågan är dock, även om bolaget kan visa ett godtagbart syfte bakom sina beslut såsom försäkringstekniska resonemang, om beslutet var *proportionellt*. Syftet i sig kan säkerligen i majoriteten av fall anses godtagbart då försäkringsbolag måste grunda sina beslut på försäkringstekniska ramverk. Försäkringsbolagens beslut kan dock angripas som oproportionella om de vägrar försäkring istället att försöka bevilja en sådan till undantagsklausuler och förhöjda premier. På så sätt kan det enligt mig påstås att ett bolag faktiskt kan visa särskilda skäl till att neka en försäkring enligt FAL i form av risk för framtida försäkringsfall men ändå bryta mot diskrimineringslagstiftningen då beslutet var oproportionellt. I dessa fall kan bolagen även bryta mot såväl FAL som DL då de enligt motiven till FAL endast i sista hand skall vägra försäkring helt. Om bolaget på så vis inte i varje enskilt fall undersöker alla möjligheter att bevilja försäkringen på särskilda villkor kan beslutet angripas som oproportionellt enligt DL, men även anses osynkroniserat med motiven till FAL.

Att en schablonmässig bedömning måste anses missgynnande mot personer med funktionshinder enligt DL är enligt mig tämligen klart, dock är det inte säkert att det i sig är tillräckligt för att konstatera diskriminering då det är oklart hur jämförelsen skall tillämpas. Klart är dock att om personer med funktionsnedsättning schablonmässigt nekats att teckna försäkring, enbart på grund av att de har ett funktionshinder och utan att en individuell prövning har gjorts under vilka förutsättningar personen kan beviljas försäkring, så tillämpas inte kontraheringsplikten som den åsyftades och lagstiftningen bör därmed ses över.

När arbetet med denna uppsats påbörjades ansåg jag att det relativt lätt kunde byggas ”broar” mellan FAL och diskrimineringslagstiftningen och att på så vis synliggöra hur dessa två lagstiftningar korrelerar. Jag kan i efterhand påstå att så inte är fallet. Lagstiftningarna är inte synkroniserade och stor tveksamhet råder över hur tillämpningen skall ske av såväl lagarna separat, som i relation till varandra. Hur genomtänkt diskrimineringslagstiftningens tillämpning på situationer där en funktionshindrad nekats att teckna personförsäkring är kan även det ifrågasättas.

Det är inte heller någon självklarhet hur socialförsäkringar och privata personförsäkringar korrelerar, det är helt enkelt två olika system, med två olika funktioner och skyddsobjekt. Hur paralleller skall dras sinsemellan är något som inte tycks reflekteras över. Genomgången av de socialförsäkringar en person med funktionshinder kan få ta del av visar dock att det enbart

är ett grundläggande skydd med låga ersättningar och att dessa personer är i behov av kompletterande privata försäkringar för att kunna erhålla ett fullgott skydd. Om tillämpningen resulterar i att dessa personer nekas att teckna försäkring i högre grad än vad som är motiverat existerar således ett stort problem.

En intressant utveckling att följa är vilka konsekvenser EU-domen som förbjuder kön som en parameter vid premiesättning kommer att få. Och inte minst blir det intressant att bevaka om det i framtiden även kommer ett förbud mot att använda funktionshinder och andra hälsoförhållanden som parametrar. Ett sådant förbud skulle resultera i att bolagen i dessa fall inte skulle kunna genomföra generella bedömningar utifrån parametrar utan istället tvingas undersöka varje enskilt fall vilket skulle leda till mer individuella bedömningar. En sådan tillämpning skulle dock få väldiga effekter på administration och kostnader vilket i längden skulle kunna vara förödande för försäkringsverksamheten som sådan. Ett sådant förbud skulle även kunna resultera i en moturvalseffekt vilket för tankarna till att införa en obligatorisk försäkring, som vid trafikförsäkringar. På så vis kan ingen moturvalseffekt uppnås då lågrisktagarna inte lämnar försäkringen. En obligatorisk försäkring på personförsäkringsområdet är dock en tämligen orealistisk och kontroversiell lösning. Hur framtiden ter sig angående dessa frågeställningar återstår att se.

Kontraheringsplikten i FAL är villkorad och är inte tänkt att vara en absolut kontraheringsplikt som garanterar alla försäkring. Intentionen med den införda villkorade kontraheringsplikten var enbart att förbättra situationen för personer med funktionshinder och andra utsatta grupper och som det ser ut idag, har inte detta uppnåtts.

Den sammantagna rättsliga skyddssituationen för personer med funktionshinder är därmed en juridisk fråga omhöljd av ovisshet som behöver vägledning i form av prejudikat, såväl inom kontraheringspliktens område som inom diskrimineringslagstiftningens. För att tillämpningen inte skall fortsätta längs samma kontraproduktiva väg som lagstiftaren, utan medvetenhet, la grund för den 1 januari 2006, behövs en förändring. Endast genom praxis kan en verklig förändring åstadkommas och lagen tillämpas i enlighet med dess syften.

Käll- och litteraturförteckning

Direktiv

Rådets direktiv 2000/78/EG av den 27 november 2000 *om inrättande av en allmän ram för likabehandling*

Rådets direktiv 2004/113/EG av den 13 december 2004 *om genomförande av principen om likabehandling av kvinnor och män när det gäller tillgång till och tillhandahållande av varor och tjänster*

Offentligt tryck

Propositioner

Prop. 2002/03:65 *Ett utvidgat skydd mot diskriminering*

Prop. 2003/04:150 *Ny försäkringsavtalslag*

Prop. 2005/06:64 *Genetisk integritet m.m.*

Prop. 2007/08:95 *Ett starkare skydd mot diskriminering*

Prop. 2009/10:241 *Ett förstärkt integritetsskydd i försäkringssammanhang*

Statens offentliga utredningar

SOU 1986:56 *Personförsäkringslag*

SOU 1989:88 *Skadeförsäkringslag*

Departementsserien

Ds 1993:39 *Ny försäkringsavtalslag*

Ds 2008:23 *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*

Övrigt

Interpellation 2011/12:7 *Barns försäkringsskydd* samt Beatrice Ask svar på interpellationen i Kammarens protokoll, Riksdagens protokoll 2011/12:10, den 29 september 2011, 6 §

Litteratur

Adlercreutz, A, Gorton, L, *Avtalsrätt I*, trettonde upplagan, Juristförlaget i Lund 2011

Bengtsson, B, *Försäkringsavtalsrätt*, andra upplagan, Norstedts Juridik AB 2010

Bengtsson, B, *Försäkringsrätt- Några huvudlinjer*, sjunde upplagan, Norstedts Juridik AB 2005

Bengtsson, B, *Försäkringsteknik och civilrätt*, första upplagan, Norstedts Juridik AB, Stockholm 1998

Fagerberg, S, Schenholm, L, *Funktionshinder Försäkringshinder*, En rapport om funktionshindrades svårigheter att få teckna privat försäkring/ rapporten har gjorts av Konsumenternas försäkringsbyrå i samarbete med Handikappförbundens Samarbetsorgan och Handikappförbundens Ekonomiska Försäkringsförening, Stockholm 2001

Hellner, J, *Försäkringsrätt*, andra omarbetade upplagan, Stockholm 1965

Jansson, B-G, Aldenstig, L, Riese, T, Rundquist, C, *Juridik – personförsäkring*, tjugoandra upplagan, Studentlitteratur 2010

Lindell-Frantz, E, *Personförsäkring och kontraheringsplikt*, Uppsatser om försäkringsavtalslagen, Jure förlag AB 2009, s.51-101

Nybergh, F, *Avtalsfrihet – rätt till avtal, En nordisk undersökning om kontraheringsplikt till förmån för privatpersoner*, Nord 1997:10

Palmgren, B, *Personförsäkring*, nionde upplagan, Studentlitteratur AB Lund 2011

Pehrson, L, *Kontraheringsplikt*, Institutet för immaterialrätt och marknadsrätt vid Stockholms Universitet, Liber Förlag Stockholm 1976

Svenska Försäkringsföreningen, *Försäkringstermer, definitioner, kommentarer, förkortningar*, 1987

Sveriges Försäkringsförbund, *Gradering av medicinsk invaliditet*, andra upplagan, 2004

Rättsfall

Högsta domstolen

NJA 1987 s.383

NJA 2006 s.683

NJA 2008 s.915

Tingsrätt

Stockholms tingsrätt, avdelning 3, dom meddelad den 8 mars 2011, mål nr T 20377-09

Stockholms tingsrätt, avdelning 3, dom meddelad den 27 maj 2011, mål nr T 12750-10

Arbetsdomstolen

AD 2005 nr 87

EU-domstolen

Domstolens dom den 1 mars 2011 i mål C-236/09 Association belge des Consommateurs Test-Achats ASBL, Yann van Vugt, Charles Basselier mot Conseil des ministres

Ärenden hos DO

Trygg-Hansa: Ho 2007/371

If Skadeförsäkringar: Ho 2008/946

Swedbank försäkring: ANM 2009/1382

If Skadeförsäkring AB: ANM 2011/192

Komplettering till stämningsansökan, T 9515-11, ärende ANM 2011/192

Kontakt med sakkunniga per telefon

Karlén, Peter, beredningsjurist försäkringsavdelningen ARN, tfn: 08-50886015, 8/11-2011

Liljeros, Per, försäkringsansvarig FUB, tfn: 08-508 866 88, 27/9-2011, 2/11-2011

Meder, Christina, jurist Konsumenternas Försäkringsbyrå, tfn: 0200-22 58 00, 26/9-2011, 16/12-2011

Nyström Karlsson, Annika, tillförordnad kanslichef Handikappförbunden, tfn: 08-546 404 23, 2/11-2011

Sundberg, Fredrik, VD Swedish reinsurance, tfn:08-440 82 68, 1/12-2011

Tellås, Camilla, jurist rättsavdelningen Konsumentverket, tfn:054-19 40 50, 8/11-2011

Wiklund Fredström, Åsa, utredare Diskrimineringsombudsmannen, tfn: 08-120 20 734,
13/12-2011, 15/12-2011

Enkätundersökning utförd med sakkunniga på försäkringsbolag

Holmström, Olle, Medicinskt ansvarig på riskbedömningsavdelningen, If, besvarad 25/11-2011

Loberg, Ann-Sofie, Riskbedömning Sjuk- och olycksfall, Trygg-Hansa, besvarad 6/12-2011

Negert, Johan, Medicinsk riskbedömningsansvarig, Länsförsäkringar, besvarad 24/11-2011

Siljeholm, Björn, avdelningschef Juridik Person, Folksam, besvarad 30/11-2011

Försäkringsvillkor och försäkringstekniska riktlinjer

Folksam, Barnförsäkring, gäller från 1/1-2012

Folksam Individuell sjuk- och olycksfallförsäkring för barn och ungdom, försäkringsvillkor 1367/1368

Folksam, Sjukvårdsförsäkring, villkor Individuell försäkring och fortsättningsvillkor, Bas, plus och max, gäller från 1/1-2011

Försäkringstekniska riktlinjer för Länsförsäkringar livs försäkringsaktiebolag fastställda 9/6-2011

Artiklar

Haraldsson, A, Forslund, P, *Barnens skydd måste ses över*, Svenska Dagbladet, 9/9-2011

Elektroniska källor

Pressmeddelanden/Artiklar

Aftonbladet, *För fet för Folksam*, 24/6-2011,
<http://www.aftonbladet.se/nyheter/article13224885.ab>, *senast besökt 23/12-2011*

Folksam, *Först med barnförsäkring för alla barn*, 1/9-2011,
<http://media.folksam.se/2011/09/01/folksam-forst-med-barnforsakring-for-alla-barn/>, *senast besökt 23/12-2011*

Konsumentverket, *KO företräder ettårig flicka i tvist med Skandia*, 16/12-2011,
<http://www.konsumentverket.se/Nyheter/Pressmeddelanden/Pressmeddelanden-2011/KO-foretrader-ettarig-flicka-i-tvist-med-Skandia/>, *senast besökt 23/12-2011*

Övrigt

Folksam, Barnförsäkring, gäller från 1/1-2012, en förkortad version av villkor,
http://www.folksam.se/polopoly_fs/1.93679!/S11382-WEB.pdf, *senast besökt 23/12-2011*

Försäkringsförbundet, *Svensk försäkring i siffror 2010*, Preliminära uppgifter för verksamhetsåret 2010,
<http://www.svenskforsakring.se/Statistics/StatBranch/Svfolder/sv2010.pdf>, *senast besökt 22/12-2011*

Försäkringskassans basbroschyr, *Om du har en funktionsnedsättning*,
http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Publikationer/broschyre/Basbroschyre/om_du_har_en_funktionsnedsattning.pdf, *senast besökt 22/12-2011*

Information om TFA från unionen, http://www.unionen.se/Templates/Article___52962.aspx,
senast besökt 23/12-2011

Konsumenternas försäkringsbyrå, *Dags att följa upp bolagens riskbedömningar*, 18/10-2011,
<http://www.bankforsakring.konsumenternas.se/Sidfot/Om-oss/Aktuellt/Utredd-om-forsakringsbolagen-gor-individuella-riskbedomningar/>, *senast besökt 23/12-2011*

Konsumenternas försäkringsbyrå, *Har du nekats försäkring på grund av dålig hälsa*, 9/6-2010, <http://www.bankforsakring.konsumenternas.se/Sidfot/Om-oss/Aktuellt/Har-du-nekats-forsakring-pa-grund-av-dalig-halsa/>, *senast besökt 23/12-2011*

Konsumenternas försäkringsbyrå, Verksamheten 2010,
<http://www.bankforsakring.konsumenternas.se/Global/pdf/VB%202010%20for%20webben%20KFB%20.pdf>, *senast besökt 23/12-2011*

Socialstyrelsen, *Genetisk information i försäkringssammanhang*, En uppföljning av tillämpningen av lagen (2006:351) om genetisk integritet som infördes den 1 januari 2007, publicerad juni 2008,
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8607/2008-103-9_200810391.pdf, *senast besökt 22/12-2011*

Stadgar för Handikappförbunden, antagna av Handikappförbundens kongress 19/5-2011,
<http://www.hso.se/vi-ar-handikappforbunden/Var-organisation/Stadgar/>, *senast besökt 22/12-2011*

Svensk Försäkring, Ståndpunkts -PM: *Att prissätta olika risker är inte diskriminering*, 22/11-2011, <http://www.svenskforsakring.se/PageFiles/3201/St%C3%A5ndpunkts-PM%20icke-diskriminering.pdf>, *senast besökt 22/12-2011*

Svt, Plus, avsnitt 1 av 10, sändes 20/10-2011, tillgängligt på Svtplay fram till den 22/1-2012, http://svtplay.se/v/2574653/plus/del_1_av_10?sb,p102797,2,f,-1, *senast besökt 23/12-2011*

Trygg-Hansa, information från hemsidan om deras vuxen olycksfallsförsäkring, <http://www.trygghansa.se/privat/forsakringar/person/vuxen-olycksfall/pages/default.aspx.>, *senast besökt 22/12-2011*

Obeaktade källor

Offentligt tryck

Prop. 2001/02:72 *Ändringar i regeringsformen – samarbetet i EU m.m.*

Prop. 2008/09:200 *Socialförsäkringsbalk*

SOU 1977:84 *Konsumentförsäkringslag*

SOU 2006:22 *En sammanhållen diskrimineringslagstiftning*

SOU 2010:60 *Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering*

Ds 2005:13 *Försäkringsbolagens tillgång till patientjournaler*

Motion 1993/94 L604 *Diabetikers rätt att teckna personförsäkring*

Motion 2002/03 L271 *Försäkringsskydd för funktionshindrade*

Litteratur

Björkman, T, *Socialförsäkring*, nionde upplagan, Ifu utbildnings AB 2001

Björkman, T, *Personförsäkring*, andra upplagan, Studentlitteratur 2006

Bladini, F, *Gruppskadeförsäkring – En ny försäkringsform*, Norstedts förslag Stockholm 1990

Bryman, A, *Samhällsvetenskapliga metoder*, andra upplagan, Liber AB 2011

Dahlénus, P, Lund, A, *Riskbedömning – En bok om försäkringsmedicin, risker och riskhantering inom försäkringsbranschen*, Studentlitteratur 2011

Lindell-Frantz, E, *Rätten till personförsäkring*, Vänbok till Axel Adlercreutz, Juristförlaget i Lund 2007, s.231-259

Lomfelt, I, *Riskbedömning*, åttonde upplagan, Ifu utbildnings AB 2001

Lundahl, U, Skärvad, P-H, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*, tredje upplagan, Studentlitteratur Lund 1999

- Malmberg, J, *Bevisning i diskrimineringstvister*, JT 2001-02 Nr 4
- Numhauser-Henning, A, *Perspektiv på likabehandling och diskriminering*, Juristförlaget i Lund 2000
- Randquist, M, *Försäkringsboken*, andra upplagan, Bilda förlag 2007
- Riese, T, *En ny försäkringsavtalslag*, Ny Juridik 4:05 s.7-30
- Roos, C-M, *Ersättningsrätt och Ersättningsystem*, Norstedts 1990
- Starrin, B, Svensson, P-G, *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, Studentlitteratur Lund 1994
- Strömbäck, E, *Något om den renoverade försäkringsavtalslagen*, JT 2004-05 Nr 2
- Taxell, L, *Avtalsrätt – Bakgrund- sammanfattning - utblick*, Norstedts tryckeri AB 1997
- Thurén, T, *Vetenskapsteori för nybörjare*, andra upplagan, Liber 2007
- Victorin, A, *Om kontraheringsplikten inom förmögenhetsrätten*, SvJT 1976 s.436 f.
- Wiedersheim, P, Eriksson, *Att utreda forska och rapportera*, nionde upplagan, Liber 2011

Otryckt litteratur

- Nilsson, J, *Kontraheringsplikt – En avtalsrättslig lösning?*, magisteruppsats, Linköpings universitet 2005
- Ollhage, C, *Kontraheringsplikt vid individuell personförsäkring – En självklar rätt för alla?*, examensuppsats, Göteborgs Universitet, Handelshögskolan 2010

Kontakt med sakkunniga

- Holmqvist, Mats, rättssakkunnig Justitiedepartementet, tfn: 08-405 1000, 15/11-2011
- Johnson, Frene, finansinspektör avdelning för operativ tillsyn försäkring Finansinspektionen, tfn: 08-787 81 84, 8/11-2011
- Johnsson, Gustav, jurist/rådgivare Konsumenternas försäkringsbyrå, tfn: 0200-22 58 00, 15/11-2011, 12/12-2011
- Källemann, Börje, Försäkringskassan, tfn: 010-119 66 31, 9/12-2011
- Risberg, Mona, Finansinspektionen, tfn: 08-787 80 00, 25/11-2011
- Thorngren, Carina, personlig handläggare för assistansersättning Försäkringskassan, tfn: 010-119 66 94, 25/11-11, 9/12-2011

Försäkringsvillkor och försäkringstekniska riktlinjer

Folksam Personförsäkringsvillkor, Försäkringsvillkor 1390, gäller från 1/1-2011

Folksam Sjukförsäkringsvillkor 640, gäller från 1/8-2009

Försäkringstekniska riktlinjer för Folksam ömsesidig livförsäkring, fastställda 23/8- 2011

Försäkringstekniska riktlinjer för If Livförsäkring AB fastställda 27/5-2005

Elektroniska källor

Burman, Inger, *Alla ska ha rätt att teckna personförsäkringar på lika villkor*, 8/10-2010, <http://www.hso.se/press/Senaste-nytt/Alla-ska-ha-ratt-att-teckna-personforsakringar-pa-lika-villkor/>, *senast besökt 23/12-2011*

Försäkringsförbundet, *Riskskillnader mellan kvinnor och män inom sjukförsäkring*, 4/5-2009, <http://www.bankforsakring.konsumenternas.se/Documents/sjukf%C3%B6rs%C3%A4kring.pdf>, *senast besökt 23/12-2011*

Svensk Försäkring, *Könsdifferentierade premier*, 19/12- 2007, <http://www.bankforsakring.konsumenternas.se/Documents/d%C3%B6dlighet.PDF>, *senast besökt 23/12-2011*

Svensk Försäkring, *Risikobedömning är inte diskriminering – om premiesättning och likabehandling*, 25/11-2011, <http://www.svenskforsakring.se/Huvudmeny/I-fokus/Differentiering-ar-inte-diskriminering--om-premiesattning-och-likabehandling/>, *senast besökt 23/12-2011*

Bilaga 1

Frågor till Johan Negert, Medicinsk riskbedömningsansvarig, Länsförsäkringar AB

- 1) Hur går försäkringsbolaget tillväga vid bedömningen av en försäkringsansökan och vid bedömningen om den skall beviljas helt, med förhöjd premie/undantagsklausul eller vägras?**

Vi gör alltid en individuell bedömning utifrån lämnad hälsodeklaration. Anser vi att vi behöver kompletterande material för att kunna ta ställning så begär vi in det, t ex frågeformulär, fullmakt för att kunna ta in journal, etc. Vi har handläggare som är särskilt utbildade i både medicin och försäkringsmedicin och tar även hjälp av konsulterande läkare.

- 2) För att få neka en försäkringsansökan skall bolaget kunna ange särskilda skäl, hur tillämpar bolaget denna bestämmelse?**

Vid eventuellt avslag så motiverar vi alltid varför man inte kan erhålla hela eller delar av en sökt försäkring.

- 3) Hur säkerställer ni att bedömningen vid en försäkringsansökan sker på individuell grund och inte schablonmässigt?**

Som jag tidigare skrev så utgår vi alltid från personens hälsodeklaration och på så sätt blir det ju alltid en individuell bedömning t ex så likställer vi inte två personer med diabetes och ger dom samma bedömning eftersom det finns många variabler att ta med i ett sådant beslut ; hur lång tid har man haft diabetes, har man fått komplikationer och i så fall vilka, har man andra sjukdomar, osv. osv.

- 4) För ni statistik över era avslagsbeslut?**

Nej, inte mer än antalet avslag. Vi har ingen statistik över orsakerna till avslagen eftersom vi inte finner någon anledning att göra detta och dessutom tror jag inte att Datainspektionen gillar det så mycket , , ,

Följdfråga: Hur många som ansöker om personförsäkring nekas att teckna försäkring helt per år och på vilka grunder?

Andelen avslag är inget vi går ut med offentligt men grunderna är alltid medicinska och beroende av vilken försäkringsform man har ansökt om. T ex är en diabetiker en

stor risk i en sjukvårdsförsäkring, mindre i en sjuk- och olycksfallsförsäkring och en väldigt liten risk i en ren olycksfallsförsäkring.

Följdfråga: Hur många får teckna alternativa försäkringar per år?

Svarar jag på den så svarar jag ju på ovanstående , , ,

5) Upplyser ni om överprövningsmöjligheter vid avslag av en försäkringsansökan?

Ja, det medföljer alltid ett följebrev om överprövningsmöjligheterna.

6) Hur är de riktlinjer ni arbetar med vid riskbedömningen utformade och framställda?

De är i vissa fall framtagna, i samråd med läkarexpertis, enbart för Länsförsäkringar, i andra fall av de bolag som vi använder oss av vid återförsäkring.

Följdfråga: Hur ofta uppdateras riktlinjerna?

Vi försöker alltid ha en löpande uppdatering eftersom nya rön alltid framkommer samt att våra produkter kan förändra sig och ersätter mer omfattande eller tvärtom ; vi måste ju då också rätta till våra riktlinjer efter produkten.

7) Lämnar bolaget regelmässigt någon närmare motivering till den försäkringssökande där ansökan om försäkring avslagits eller där den beviljats men med klausul eller till förhöjd premie?

Se svar på fråga 2 ; Ja, vi motiverar alltid.

8) Lämnar bolaget information till den sökande om andra försäkringsalternativ när en ansökan inte har beviljats?

I vissa fall är det inte möjligt då den sökta försäkringen kanske inte finns i mindre omfattningar, men i de fall då vi ser att vi kan erbjuda det så skickar vi alltid ut ett erbjudande om detta.

9) Har bolaget en organisation med rutiner för överprövningsförfarande för de fall där den försäkringssökande ifrågasätter varför en sökt försäkring inte har kunnat beviljas eller för särskilt svårbedömda fall, dvs en riskprövningsnämnd eller liknande?

Överprövningen består i att kunden alltid i första hand tar kontakt med den handläggare som beslutat i ärendet och utifrån hur den tidigare handläggningen varit så kan man i dessa fall kanske konsultera kollegor, medicinskt riskbedömningsansvarig eller konsulterande läkare.

Man har kanske gjort detta redan i den första bedömningssvängen men har det framkommit nya uppgifter så måste ju kunden också få en ny bedömning (som dock kanske inte alltid resulterar i en förändrad bedömning).

10) Hur bedrivs produktutvecklingsarbetet som syftar till att förbättra möjligheterna för ”högriskgrupper”, funktionshindrade m fl., att teckna försäkring? Vilken roll har försäkringsläkare, skadeavdelning, handikappförbund etc. i detta utvecklingsarbete?

Jag är nog inte rätt man att svara fullt ut på den frågan, men vi eftersträvar alltid att kunna erbjuda försäkring till så många som möjligt men det skall också vara till bra villkor och förnuftiga premier.

Bilaga 2

Frågor till Olle Holmström, Medicinskt ansvarig på riskbedömningsavdelningen, If

1) Hur går försäkringsbolaget tillväga vid bedömningen av en försäkringsansökan och vid bedömningen om den skall beviljas helt, med förhöjd premie/undantagsklausul eller vägras?

Kunden fyller alltid i en hälsodeklaration, om det finns tillräckligt med information på denna görs en bedömning direkt. Om informationen är ofullständig skickar vi kompletterande frågor till kunden. Om vi anser att vi behöver journalhandlingar skickar vi en fullmakt som kunden ska fylla i, för att kunna beställa journal. Bedömningen görs utifrån våra medicinska riktlinjer och gällande praxis.

2) För att få neka en försäkringsansökan skall bolaget kunna ange särskilda skäl, hur tillämpar bolaget denna bestämmelse?

Våra bedömningar grundar sig på våra medicinska riktlinjer och gällande praxis. Vad som framkommer av denna individuella prövning av kundens besvär/sjukdom utgör särskilda skäl för att neka en försäkring. I vissa fall konsulterar vi även våra sakkunnigläkare.

3) Hur säkerställer ni att bedömningen vid en försäkringsansökan sker på individuell grund och inte schablonmässigt?

Vi inhämtar journalhandlingar och/eller information från kunden i form av frågeformulär. Den aktuella kundens besvär/sjukdom bedöms individuellt utifrån våra riktlinjer.

4) För ni statistik över era avslagsbeslut?

Ja, på det sättet att vi kan plocka fram antalet. Vi statistikför inte anledningen till avslagen för tillfället.

Följdfråga: Hur många som ansöker om personförsäkring nekas att teckna försäkring helt per år och på vilka grunder?

Ca 4 % av de som ansöker om försäkring får helt avslag. Som du ser på mitt svar ovan kan jag inte ange anledningarna till avslagen. Det finns dock en stor variation.

Följdfråga: Hur många får teckna alternativa försäkringar per år?

Alla som nekas en försäkring erbjuds en olycksfallsförsäkring utan hälsoprövning.

5) Upplyser ni om överprövningsmöjligheter vid avslag av en försäkringsansökan?

Ja, vi informerar om detta i våra avslagsbrev och bifogar även information om möjlighet till överklagan samt tillvägagångssätt.

6) Hur är de riktlinjer ni arbetar med vid riskbedömningen utformade och framställda?

Våra riktlinjer är framtagna av medicinsk expertis inom respektive område. De bygger på deras specifika kunskaper och statistiska underlag. De innehåller ett omfattande material uppdelat på olika sjukdomsgrupper.

Följfråga: Hur ofta uppdateras riktlinjerna?

Löpande.

7) Lämnar bolaget regelmässigt någon närmare motivering till den försäkringssökande där ansökan om försäkring avslagits eller där den beviljats men med klausul eller till förhöjd premie?

Ja, vi informerar alltid om vår bedömning, hur det påverkar försäkringen, vilka handlingar som ligger till grund och på vilka medicinska grunder vi gjort bedömningen på.

8) Lämnar bolaget information till den sökande om andra försäkringsalternativ när en ansökan inte har beviljats?

Ja, alltid.

9) Har bolaget en organisation med rutiner för överprövningsförfarande för de fall där den försäkringssökande ifrågasätter varför en sökt försäkring inte har kunnat beviljas eller för särskilt svårbedömda fall, dvs en riskprövningsnämnd eller liknande?

Ja. Både inom avdelning och enligt information till kunden (se fråga 5).

10) Hur bedrivs produktutvecklingsarbetet som syftar till att förbättra möjligheterna för "högriskgrupper", funktionshindrade m fl, att teckna försäkring? Vilken roll har försäkringsläkare, skadeavdelning, handikappförbund etc i detta utvecklingsarbete?

Vi jobbar ständigt med att förbättra de produkter vi har och även med att ta fram nya produkter för att kunna erbjuda så många som möjligt en försäkring. I denna process är flera av de som du nämner inblandade, plus en rad andra (t.ex. aktuarie, jurister, säljorganisationen). En arbetsgrupp finns för detta viktiga arbete. Vi jobbar inte aktivt mot något handikappförbund, men kan i de fall det är relevant kontakta dem för information och de underlag vi kan tänkas vara intresserade av.

Bilaga 3

Frågor till Björn Siljeholm, Avdelningschef Juridik Person, Folksam

- 1) Hur går försäkringsbolaget tillväga vid bedömningen av en försäkringsansökan och vid bedömningen om den skall beviljas helt, med förhöjd premie/undantagsklausul eller vägras?**

Normalt sett sker det individuellt utifrån givna riktlinjer från återförsäkringsgivaren, kan även vid kollektiva lösningar vara förenklat.

- 2) För att få neka en försäkringsansökan skall bolaget kunna ange särskilda skäl, hur tillämpar bolaget denna bestämmelse?**

Vi har ju en skyldighet att meddela försäkring till någon om vi normalt tillhandahåller försäkringen till allmänheten, vi fått de uppgifter vi behöver och om det inte finns särskilda skäl mot att teckna försäkringen såsom hälsoskäl och försäkringens art.

- 3) Hur säkerställer ni att bedömningen vid en försäkringsansökan sker på individuell grund och inte schablonmässigt?**

Genom att bedöma kunden individuellt utifrån teckningsreglerna och även genom att även svara kunden individuellt.

- 4) För ni statistik över era avslagsbeslut?**

Nej, men de går att återfinna i databasen.

Följdfråga: Hur många som ansöker om personförsäkring nekas att teckna försäkring helt per år och på vilka grunder?

Fältet har lämnats blankt.

Följdfråga: Hur många får teckna alternativa försäkringar per år?

Fältet har lämnats blankt.

- 5) Upplyser ni om överprövningsmöjligheter vid avslag av en försäkringsansökan?**

Normalt sett inte i det initiala brevet. Om kunden återkommer förs dock en diskussion om överprövning. Folksams rådgivare informeras om avslaget och kan också ha en diskussion med kunden om ev. överprövning och alternativa försäkringslösningar.

6) Hur är de riktlinjer ni arbetar med vid riskbedömningen utformade och framställda?

Riktlinjerna är framställda av och ges ut av återförsäkringsgivaren.

Följdfråga: Hur ofta uppdateras riktlinjerna?

Löpande vid behov, är mitt intryck.

7) Lämnar bolaget regelmässigt någon närmare motivering till den försäkringssökande där ansökan om försäkring avslagits eller där den beviljats men med klausul eller till förhöjd premie?

Ja, ett avslag ska motiveras men det finns sannolikt förbättringsmöjligheter i enskilda fall.

8) Lämnar bolaget information till den sökande om andra försäkringsalternativ när en ansökan inte har beviljats?

Ja, finns det alternativa lösningar så informeras ofta om denna. Diskussionen kan också tas upp av Folksams rådgivare (se fråga 5).

9) Har bolaget en organisation med rutiner för överprövningsförfarande för de fall där den försäkringssökande ifrågasätter varför en sökt försäkring inte har kunnat beviljas eller för särskilt svårbedömda fall, dvs en riskprövningsnämnd eller liknande?

Ja, I första hand sker omprövning i linjen, på avdelningen, annars finns Folksams Prövningsgrupp och den oberoende Folksams Kundombudsman.

10) Hur bedrivs produktutvecklingsarbetet som syftar till att förbättra möjligheterna för "högriskgrupper", funktionshindrade m fl, att teckna försäkring? Vilken roll har försäkringsläkare, skadeavdelning, handikappförbund etc i detta utvecklingsarbete?

Produktutvecklingsarbete som siktar mot specifika grupper funktionshindrade bedrivs många gånger i samarbete med representanter för gruppen, till exempel ett handikappförbund. Om frågan är av mer generell art eller bottnar i ett allmänt problem för högriskgrupper kan en tilltänkt lösning istället arbetas fram relativt isolerat (inom bolaget), för att sedan stämmas av med så kallade fokusgrupper (tilltänkta kunder), som säkerställer kvalitén.

För att bedöma utvecklingsmöjligheter och försäkringsrisker arbetar i första hand produktspecialister tillsammans med aktuarier och försäkringsläkare. I utvecklingsarbetet har försäkringsläkaren rollen som medicinsk expert utan krav på försäkringstekniska kunskaper, produktspecialisten besitter försäkringsteknisk kunskap med fokus på villkorsutformning medan aktuarien prissätter försäkringen

utifrån de förutsättningar som tas fram. I utvecklingsarbetet deltar även jurister, marknadscoordinatorer, säljare, kommunikatörer med flera.

Bilaga 4

Frågor till Ann-Sofie Loberg, Riskbedömning Sjuk- och olycksfall, Trygg-Hansa

- 1) Hur går försäkringsbolaget tillväga vid bedömningen av en försäkringsansökan och vid bedömningen om den skall beviljas helt, med förhöjd premie/undantagsklausul eller vägras?**

Trygg Hansa gör alltid en individuell bedömning av försäkringsansökan. Oftast kan vi göra en bedömning utifrån de uppgifter som har lämnats i försäkringsansökan och ibland skickar vi kompletterande frågeformulär till kunden. I vissa fall kan vi behöva beställa in medicinska journaler eller handlingar från Försäkringskassan. I sådana fall skickar vi alltid en separat fullmakt till kunden för att få kundens godkännande.

- 2) För att få neka en försäkringsansökan skall bolaget kunna ange särskilda skäl, hur tillämpar bolaget denna bestämmelse?**

Trygg Hansa skickar alltid en skriftlig motivering om sökt försäkring inte kan beviljas. Trygg Hansa erbjuder alltid minst en olycksfallsförsäkring med medicinsk invaliditet.

- 3) Hur säkerställer ni att bedömningen vid en försäkringsansökan sker på individuell grund och inte schablonmässigt?**

Genom att kunden fyller i en hälsoförklaring med ett ganska stort antal frågor. Varje ansökan som kommer för riskbedömning går en riskbedömare igenom och bedömning görs utifrån de upplysningar som uppges i ansökan samt eventuellt kompletterande handlingar, se fråga 1.

- 4) För ni statistik över era avslagsbeslut?**

Ja.

Följdfråga: Hur många som ansöker om personförsäkring nekas att teckna försäkring helt per år och på vilka grunder?

Ca 1% erbjuds en annan försäkring än den de har sökt.

Följdfråga: Hur många får teckna alternativa försäkringar per år?

Se svar ovan.

5) Upplyser ni om överprövningsmöjligheter vid avslag av en försäkringsansökan?

Trygg Hansa bifogar alltid skriftlig information om prövningsmöjligheter då man erbjuden en annan försäkring än den som har sökts (även vid klausul och/eller premieförhöjning).

6) Hur är de riktlinjer ni arbetar med vid riskbedömningen utformade och framställda?

De försäkringsmedicinska riktlinjerna är framtagna av Trygg Hansa och bygger på medicinsk sakkunskap och Trygg-Hansas erfarenhet från skadefall. Riktlinjerna tas fram och revideras i samråd med medicinska rådgivare/läkare och vår skadeavdelning.

Följdfråga: Hur ofta uppdateras riktlinjerna?

Riktlinjerna uppdateras löpande.

7) Lämnar bolaget regelmässigt någon närmare motivering till den försäkringssökande där ansökan om försäkring avslagits eller där den beviljats men med klausul eller till förhöjd premie?

Trygg Hansa lämnar alltid en skriftlig motivering vid avvikande bedömning (klausul, premieförhöjning och/eller när annan försäkring erbjuds).

8) Lämnar bolaget information till den sökande om andra försäkringsalternativ när en ansökan inte har beviljats?

Ja, se tidigare svar.

9) Har bolaget en organisation med rutiner för överprövningsförfarande för de fall där den försäkringssökande ifrågasätter varför en sökt försäkring inte har kunnat beviljas eller för särskilt svårbedömda fall, dvs en riskprövningsnämnd eller liknande?

Ja, Trygg Hansa har rutiner för när en kund vill överklaga ett beslut. I första hand diskuteras ärendet med Trygg Hansas riskbedömningspecialist. Trygg Hansa har även en egen försäkringsnämnd.

10) Hur bedrivs produktutvecklingsarbetet som syftar till att förbättra möjligheterna för ”högriskgrupper”, funktionshindrade m fl, att teckna försäkring? Vilken roll har försäkringsläkare, skadeavdelning, handikappförbund etc i detta utvecklingsarbete?

Alla kunder erbjuds redan idag någon form av försäkring. Ingen nekas helt. Utvecklingen av försäkringsprodukterna syftar hela tiden till att kunna erbjuda så

många som möjligt en bra försäkringslösning. I arbetet deltar förutom produktutvecklarna, läkare, skadeavdelningen, riskbedömningsavdelningen med flera. Produktavdelningen har också en omvärldsbevakning där t ex synpunkter från handikappförbund fångas upp.

Registrerad på kursen Examensarbete första gången höstterminen 2011

Deltagit vid examinationstillfällena uppsattsseminarium och opponering