

Forsikringssekskabers håndtering af personer med psykiske lidelser

2015

Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Baggrund	3
Metode	3
Resume og anbefalinger	4
Lovgrundlag	4
Undersøgelsesresultater og anbefalinger	4
Lovgrundlag	11
Kontrahering - aftalefrihed	11
God skik reglerne og forsikringsaftaleloven	11
Den forsikringssøgendes pligt til at afgive rigtige oplysninger	11
Indhentelse af helbredsoplysninger, samtykke og videregivelse	11
Anmeldelse af teknisk grundlag til Finanstilsynet.....	13
International lovgivning – Handicapkonventionen.....	13
Finanstilsynets tilsyn med reglerne	14
Tilsynets god skik tilsyn	14
Finanstilsynets tilsyn med livsforsikringssekskabernes præmiefastsættelse	15
Forsikringssekskabernes praksis	15
Hvor og hvordan indhentes der helbredsoplysninger?.....	17
Hvordan vurderes helbredsoplysningerne?.....	20
Hvilke forsikringsmuligheder giver helbredsbedømmingen anledning til	22
Hvordan kommunikerer sekskaberne afslag m.v. til kunderne	23
Hvordan er praksis, når skaden er sket?.....	25
Forsikringstagerens oplevelser og henvendelser	26
Henvendelser modtaget i Finanstilsynet	26
Klagesager i Forsikringsankenævnet	31

Indledning

Baggrund

Finanstilsynet har i 2014 på anmodning fra erhvervs- og vækstministeren undersøgt, hvordan og i hvilket omfang forsikringsselskaberne lever op til de forbrugerbeskyttende regler, når kunderne er forsikringsøgende og forsikringstagere, som har eller har haft en psykisk betinget lidelse.

Undersøgelsen er gennemført som et led i tilsynet med selskabernes overholdelse af god skik-reglerne i lov om finansiel virksomhed og i bekendtgørelse om god skik, som bl.a. fastslår, at forsikringsselskaber skal behandle kunderne redeligt og loyalt (jf. § 3).

Metode

Tilsynet har som et led i undersøgelsen indhentet oplysninger fra 11 forsikringsselskaber for at kortlægge selskabernes behandling af forsikringsøgende og forsikringstagere, som har eller har haft en psykisk betinget lidelse.¹

Tilsynet har kortlagt forsikringsselskabernes praksis for indhentelse af helbredsoplysninger fra denne kundegruppe, selskabernes praksis for forsikringstegning eller afslag på samme til denne kundegruppe og selskabernes kommunikation til kunderne i forbindelse med forsikringsafslag eller tegning af forsikringer på særlige vilkår. Endvidere har tilsynet set på selskabernes praksis for erstatningsudbetaling, hvis det først på erstatningsansøgningstidspunktet bliver klart for forsikringsselskabet, at kunden havde en psykisk sygdom allerede før tegningen af forsikringen.

Finanstilsynet har desuden som led i undersøgelsen opfordret borgere, som har eller har haft en psykisk betinget lidelse, og som har oplevet at få afslag på at tegne en forsikring, til at henvende sig til tilsynet. Finanstilsynet har på denne baggrund modtaget 42 henvendelser, der alle er indgået i tilsynets kortlægning af selskabernes praksis for behandling af forsikringsøgende og forsikringstagere med psykisk betingede lidelser.

Finanstilsynet har ikke kompetence til at behandle og træffe afgørelse i enkeltsager mellem forsikringsselskaberne og kunderne. Borgerhenvendelserne har kastet lys over, om selskaberne har anvendt deres generelle praksis ved behandlingen af de sager, som Finanstilsynet har fået kendskab til. Borgerhenvendelserne er også blevet brugt til at vurdere, om der med fordel kunne foreslås nogle ændringer i lovgivningen til gavn for forsikringsøgende med psykiske og fysiske lidelser.

Til brug for undersøgelsen har Finanstilsynet tillige været i dialog med relevante organisationer, herunder bl.a. Landsforening SIND, Forsikring & Pension, Danske Handicaporganisationer og Videntcenter for Helbred og Forsikring (HEFO). De input, som tilsynet har fået på denne baggrund, indgår i Finanstilsynets undersøgelse.

Finanstilsynet har i undersøgelsen rettet fokus på forsikringsøgende, som har eller har haft psykiske lidelser. Psykiske lidelser bliver imidlertid underlagt samme risikovurdering

¹ Undersøgelsen er gennemført i medfør af § 347 i lov om finansiel virksomhed.

som fysiske lidelser, når forsikringsansøgeren ønsker at tegne forsikring. Flere af tilsynets konklusioner på undersøgelsen kan derfor udstrækkes til at gælde både fysisk og psykisk betingede lidelser.

Denne rapport samler væsentlige resultater fra tilsynets undersøgelse.

Resume og anbefalinger

Lovgrundlag

Dansk lovgivning indeholder i udgangspunktet ingen pligt for forsikringsselskaber til at tegne forsikring for forsikringsøgende. Det giver forsikringsselskaberne mulighed for at tage forsikringsrisici ved en forsikringsansøger i betragtning, når selskaberne skal vurdere, om vedkommende kan tegne forsikring og i givet fald på hvilke betingelser. Hvis et selskab ønsker at indhente helbredsoplysninger om en forsikringsansøger med henblik på at vurdere forsikringsrisikoen ved at tegne forsikring for vedkommende, følger det af sundhedsloven, at sundhedspersoner i udgangspunktet kun må videregive helbredsoplysninger (til fx forsikringsselskaber) om patienter med patientens skriftlige samtykke.

Det er fastsat i forsikringsaftaleloven, at et eventuelt afslag på tegning af en forsikring på anmodning skal kunne begrundes. Det følger desuden af god skik-reglerne for finansielle virksomheder, at forsikringsselskaber skal handle redeligt og loyalt over for kunderne, hvilket bl.a. indebærer, at en begrundelse for et forsikringsafslag skal være saglig. Samtidig indebærer god skik-reglerne, at selskaberne i et forsikringsafslag ikke må udelade væsentlige informationer og af egen drift skal yde rådgivning, når der er behov herfor.

Dertil kommer, at Danmark har tiltrådt og ratificeret FN's handicapkonvention, som forbyder diskrimination af personer med handicap i forbindelse med sygeforsikringer og livsforsikringer.

Undersøgelsesresultater og anbefalinger

Finanstilsynet er ikke i undersøgelsen af forsikringsselskabernes generelle praksis for behandling af forsikringsansøgninger fra personer med nuværende eller tidligere psykiske lidelser stødt på nogen overtrædelser af de gældende forbrugerbeskyttelsesregler og har derfor ikke fundet anledning til at give påbud eller påtaler til enkelte virksomheder.

Undersøgelsen viser, at der med fordel kan gennemføres en række ændringer på området, herunder enkelte præciseringer i god skik-bekendtgørelsen og vejledningen til denne. Der er tale om følgende:

- Præcisering af vejledningen til bekendtgørelse om god skik vedrørende selskabernes ret til at anmode kunden om at afgive helbredsoplysninger.
- Ændring af bekendtgørelse om god skik vedrørende selskabernes ret til at anmode om kundens samtykke til indhentelse af helbredsoplysninger.
- Indførelse af krav om registrering af klager og indberetning til Finanstilsynet på anmodning herom.
- Præcisering af selskabernes rådgivningspligt, når de giver afslag.

- Udarbejdelse af mere lettilgængelig information om handicappede og psykisk syges rettigheder.

Forsikringssekskabernes praksis for indhentelse af helbredsoplysninger

Finanstilsynets undersøgelse har vist, at det er almindelig praksis, at selskaberne beder kunden afgive helbredsoplysninger, når kunden ønsker at tegne individuelle livsforsikringer, erhvervsevnetabsforsikringer og sundheds- og sygeforsikringer. Det skyldes, at forsikrings-selskabet ved sådanne personforsikringer har behov for at vurdere den økonomiske risiko, som selskabet påtager sig ved at tegne forsikring for kunden.

Undersøgelsen har endvidere vist, at de undersøgte selskaber kun beder om helbredsoplysninger for disse personforsikringstyper. Tidligere var det almindeligt også at indhente helbredsundersøgelser ved tegning af ulykkesforsikringer, men undersøgelsen har vist, at flere af de undersøgte selskaber for nyligt er ophørt hermed, da der er tale om forsikringer, som kan opsiges af forsikringssekskabet, idet de typisk kun tegnes for en periode på ét år ad gangen men løbende forlænges for yderligere ét år ad gangen, hvis de ikke opsiges.

Der indhentes normalt heller ikke helbredsoplysninger, når der tegnes obligatoriske livs- og pensionsforsikringer i arbejdsmarkedspensionssekskaber, idet medlemmer af sådanne ordninger ikke kan udtræde af ordningen, hvorved det ikke er muligt for kunden at spekulere mod sekskabet.

For så vidt angår arbejdsgiverbaserede ordninger i kommercielle livsforsikringssekskaber er der en tendens til, at sekskaberne indhenter færre helbredsoplysninger og/eller foretager en lempeligere helbredsbedømmelse, end når der er tale om individuelle ordninger eller individuelle tilkøb til arbejdsgiverbaserede ordninger.

Undersøgelsen har endvidere vist forskelle på, hvor langt tilbage i tid sekskaberne anmoder om helbredsoplysninger. Nogle sekskaber anmoder om helbredsoplysninger 1-5 år tilbage i tid, andre 10 år tilbage i tid og enkelte har ingen tidsgrænse, men spørger derimod ind til, om den forsikringssekskende *nogensinde* har haft helbredsproblemer.

Det er ikke ulovligt, at indhente helbredsoplysninger langt tilbage i tid, men da det følger af persondataloven, at forsikringssekskaber ikke må indsamle og registrere flere oplysninger om den enkelte borger, end hvad der er nødvendigt, foreslås det, at det i vejledningen til god skik-bekendtgørelsen tydeliggøres, at forsikringssekskabers indsamling af helbredsoplysninger skal have et nødvendigt sagligt formål, jf. omtalen af anbefalingen i boksen nedenfor.

anbefaling 1: Præcisering af vejledningen til bekendtgørelse om god skik, så selskaberne kun kan anmode kunden om at afgive de helbredsoplysninger, som er nødvendige for forsikringstegningen

Det følger af god skik-bekendtgørelsens § 29, at et forsikringsselskab ved tegning af en forsikring skal anmode kunden om at give de oplysninger, der er nødvendige for tegning af forsikringen.

Finanstilsynet foreslår, at det præciseres i vejledningen til god skik-bekendtgørelsens § 29, at de oplysninger, som et forsikringsselskab indhenter fra eller om en kunde – formålet taget i betragtning – ikke må omfatte mere end nødvendigt (jf. persondatalovens § 5, stk. 3). Dette gælder både de helbredsoplysninger, som et forsikringsselskab anmoder en kunde om at afgive, og de helbredsoplysninger om en kunde, som et forsikringsselskab eventuelt indhenter hos kundens læge m.fl. Således vil vejledningen tydeliggøre det princip, som følger af persondataloven, om at private virksomheder ikke må indsamle og registrere flere oplysninger om den enkelte borger end nødvendigt.

Vejledningen vil dermed tydeliggøre, at forsikringsselskabers indsamling af helbredsoplysninger skal have et nødvendigt og sagligt formål. Det indebærer bl.a., at selskaberne kun må indsamle helbredsoplysninger, hvis det sagligt kan påvises, at oplysningerne er væsentlige for at afdække den forsikringsrisiko, selskabet kommer til at påtage sig. Det indebærer, at selskaberne kun må anmode om oplysninger om en forsikringsansøgers eller kundes helbredsforhold så langt tilbage i tid, som forsikringsrisikoen ved de omhandlede helbredsproblemer sagligt kan berettige til.

Undersøgelsen af selskabernes praksis har afdækket, at flere selskaber anmoder forsikringsansøgeren om at afgive samtykke til indhentelse af helbredsoplysninger hos dennes praktiserende læge, sygehuse, øvrige sundhedsvæsen m.v. samtidig med, at selskaberne første gang beder forsikringsansøgeren afgive helbredsoplysninger.

Denne praksis indebærer, at selskabet anmoder om samtykke fra kunden, inden selskabet har haft adgang til de oplysninger, der vil komme til at ligge til grund for selskabets vurdering af, hvorvidt selskabet har behov for et samtykke.

Samtidig viser gennemgangen af forsikringsselskabernes praksis, at samtykke-blanketten er udformet således, at kunden med sin underskrift giver et dobbelt samtykke – dels et samtykke til, at selskabet kan indhente helbredsoplysninger hos læge m.v., og dels et samtykke til, at de indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringsselskaber m.fl.

Samtykket er samtidig udformet således, at selskaberne kan indhente alle nødvendige oplysninger (herunder helbredsoplysninger, oplysninger om sociale forhold m.v.) fra sundhedsvæsen, offentlige myndigheder og forsikringsselskaber, Ovenstående praksis for anmodning om samtykke ligger inden for rammerne af de nuværende regler. Denne praksis giver imidlertid selskaberne en mere vidtrækkende adgang til at kunne indhente og videregive personfølsomme oplysninger end nødvendigt. Med henblik på at beskytte kunder, herunder kunder med psykisk betingende lidelser, mod unødigt adgang til personfølsomme oplysninger, foreslås det derfor, at selskabernes adgang til at anmode om samtykker indskrænkes til, hvad der er målrettet, jf. omtalen af anbefalingen i boksen nedenfor.

anbefaling 2: Ændring af bekendtgørelse om god skik, så selskabernes ret til at anmode om kundens samtykke til at indhente helbredsoplysninger hos kundens læge m.v. indskrænkes til de tilfælde, hvor selskabet agter at gøre brug af samtykket

Det følger af god skik-bekendtgørelsens § 29, at et forsikringselskab ved tegning af en forsikring skal anmode kunden om at give de oplysninger, der er nødvendige for tegning af forsikringen.

Finanstilsynet foreslår, at § 29 suppleres med en bestemmelse som fastslår, at selskaberne ikke må anmode kunden om at afgive samtykke til, at selskabet kan indhente oplysninger hos kundens læge m.fl., hvis samtykket ikke er nødvendigt for tegning af forsikring for kunden.

Med en sådan bestemmelse vil selskaberne ikke kunne anmode kunder om at afgive samtykke, før selskabet har fastslået, at de af kunden afgivne helbredsoplysninger indebærer, at et samtykke er nødvendigt for forsikringstegningen.

Bestemmelsen vil tillige indebære, at selskaberne ikke må anmode om et bredere samtykke end nødvendigt. Selskaberne må altså ikke anmode om kundens samtykke til at indhente flere oplysninger end nødvendigt for forsikringstegningen, og selskaberne må ikke anmode om kundens samtykke til at indhente oplysninger fra flere aktører end fra de for forsikringstegningen nødvendige aktører.

Bestemmelsen bygger således på et princip om, at selskaberne kun må anmode om samtykke, hvis selskabet aktuelt har noget at bruge samtykket til. Det er ikke Finanstilsynets vurdering, at dette forslag vil indebære, at det bliver vanskeligere for psykisk syge at tegne forsikringer end i dag.

Finanstilsynet vil i forlængelse af forslaget gå i dialog med branchen om at ændre den gældende praksis, hvor samtykke-blanketten er udformet, så kunden med sin underskrift giver et dobbelt samtykke – dels et samtykke til indhentelse helbredsoplysninger hos læge m.v., og dels et samtykke til, at de indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringselskaber m.fl.

Forsikringselskabernes praksis for vurdering af helbredsoplysninger

Når selskaberne vurderer en persons eventuelle psykiske lidelser og den dertilhørende forsikringsmæssige risiko, sammenholdes helbredsoplysningerne med selskabets interne tegningsregler, og det vurderes på denne baggrund, om forsikringen skal tegnes og i givet fald til hvilken præmie, med hvilke klausuler, og/eller med hvilken eventuel karens/selvrisiko o.l.

Det er som udgangspunkt medarbejdere ansat hos selskabet, som foretager de individuelle vurderinger af, om en forsikringsansøgers helbredsprofil giver anledning til andet end en tegning af forsikring på almindelige vilkår. De fleste livsforsikringselskaber er medlemmer af Videncenter for Helbred og Forsikring (HEFO) og støtter sig til centerets evidensbaserede retningslinjer for vurdering af forsikringsrisici ved forskellige lidelser. Ofte oversendes konkrete sager til HEFO, som for selskaberne kan foretage vejledende helbredsoplysninger i den konkrete sag.

Lovgivningen stiller ikke krav til kompetencer hos de medarbejdere, som foretager disse vurderinger. Det er dog almindeligt, at de pågældende medarbejdere har en medicinsk baggrund i form af lægeuddannelse, sygeplejeuddannelse eller lign.

Selskabernes praksis for hhv. forsikringstegning eller -afslag

Finanstilsynet har rettet henvendelse til forsikringselskaberne, for at få belyst selskabernes praksis for forsikringstegning og omfanget af afslag til forsikringssøgende med henvisning til psykisk helbredsproblemer.

Undersøgelsen er imidlertid blevet vanskeliggjort af, at forsikringsselskaberne ikke i dag er forpligtet til at registrere de forsikringsansøgere, der får afslag. Finanstilsynet har derfor ikke modtaget tilstrækkelige valide data fra selskaberne til at kunne opgøre det nærmere antal af afslag. Forsikringsselskaberne har således alene kunnet komme med egne estimerede skøn over afslag, og ikke nødvendigvis på samme forsikringstyper, jf. nærmere nedenfor s. 23.

Den manglende registrering af afslag medfører, at det ikke er muligt at få et mere nøjagtigt overblik over, hvor mange forsikringsansøgere, der får afslag med henvisning til en psykisk sygdom. Finanstilsynet har ikke forud for iværksættelsen af denne undersøgelse modtaget klager fra borgere, der havde fået afslag på at tegne en forsikring, og har i forbindelse med undersøgelsen alene modtaget 42 henvendelser vedrørende afslag som følge af en psykisk sygdom. Såfremt der skal tilvejebringes valide data for omfanget af afslag med henvisning til psykisk sygdom vil det kræve, at selskaberne underlægges et krav om at registrere deres afslag på forsikringsansøgere, herunder begrundelsen for afslaget. Det kan give mulighed for løbende at følge udviklingen i, hvor mange forsikringsansøgere, der måtte opleve at få afslag på deres forsikring med henvisning til bl.a. en psykisk lidelse eller af øvrige helbredsmæssige årsager. Omvendt vil dette kunne kræve en omfattende registrering med deraf følgende administrative omkostninger, der bør afvejes i forhold til behovet for disse oplysninger.

Fremadrettet styrkes Finanstilsynets mulighed for at få overblik over omfanget af klager på området ved at indføre en pligt for forsikringsselskaberne til at registrere og på anmodning indberette oplysninger om klager og klagebehandling til Finanstilsynet jf. omtalen heraf i nedenstående boks.

anbefaling 3: Gennemførelse af registrering af de klager, som forsikringsselskaber modtager og krav om på anmodning at indberette disse til Finanstilsynet

I juni 2012 offentliggjorde den fælles europæiske tilsynsmyndighed på forsikringsområdet (EIOPA) et sæt guidelines for forsikringsselskabers klagebehandling. Disse guidelines indeholder bl.a. en henstilling til, at forsikringsselskaber skal registrere og indberette oplysninger om klager og klagebehandling til kompetente nationale myndigheder. Samtidig skal selskaberne løbende analysere oplysninger vedrørende klagebehandlingen for at identificere og håndtere eventuelle tilbagevendende eller systemiske problemer.

Danmark har forpligtet sig til at følge disse guidelines. Det indebærer, at Finanstilsynet på anmodning fremadrettet vil modtage indberetninger om selskabernes klager og klagebehandling. Det vil, når dette indberetningssystem kommer op at stå – hvilket vil ske i 2016 – give Finanstilsynet mulighed for at se, hvor mange klager over afslag på forsikringstegning, forsikringsselskaberne modtager, og disse oplysninger vil kunne indgå i Finanstilsynets løbende tilsyn med selskaberne.

Selskabernes praksis for kommunikation af afslag

Tilsynet har i undersøgelsen også set på, hvordan selskaberne kommunikerer forsikringsafslag til kunderne i afslagsbrevene.

Forsikringsselskaberne er ikke lovgivningsmæssigt forpligtet til at begrunde afslag af egen drift, men de skal på anmodning give en begrundelse skriftligt. Alle de afslagsbreve, som Finanstilsynet har gennemgået i denne undersøgelse, indeholder en konkret begrundelse eller oplyser, at en sådan begrundelse kan modtages på anmodning herom.

Problematikken har imidlertid vist, at det kan være en særlig belastning at anmode om en begrundelse, hvis man har et skrøbeligt psykisk helbred. På den baggrund besluttede Forsikring & Pensions bestyrelse derfor i oktober 2014, at branchen bør imødekomme dette problem ved at henstille til branchens medlemsselskaber, at alle afslag på tegning og ændring af en forsikring på grund af helbred uopfordret forklares. Henstillingen blev kommunikeret til branchen i januar 2015, og den har virkning senest fra 1. december 2015. Senest fra denne dato skal alle afslag på forsikring altså forklares, når afslaget primært skyldes den forsikringssøgendes helbredsmæssige forhold.

Finanstilsynet har ikke kompetence til at behandle og træffe afgørelse i tvister mellem forsikringsselskaber og kunder, og tilsynet kan derfor eksempelvis ikke foretage vurderinger af, om begrundelserne for afslagene er i overensstemmelse med de konkrete risikovurderinger, som selskaberne har foretaget i de enkelte sager.

Undersøgelsen af indholdet i afslagsbrevene viser, at der er forskel på, hvilken rådgivning selskaberne af egen drift giver kunder, som får afslag.

Flere forsikringsselskaber tilbyder at tegne forsikring på normale vilkår, hvis der er gået et antal år, siden den forsikringssøgende var i behandling for de omhandlede helbredsproblemer. I nogle tilfælde, hvor selskaber giver afslag, bliver kunden i afslagsbrevet gjort opmærksom på denne fremtidige forsikringsmulighed.

Borgerhenvendelserne til Finanstilsynet har hertil illustreret, at kunder, som ikke oplyses om muligheden for at ansøge om forsikringen på ny, i flere tilfælde har fået opfattelsen af, at de permanent er afskåret fra en forsikring. Det foreslås derfor, at forsikringsselskabernes rådgivningspligt på dette punkt skærpes, ligesom det foreslås, at borgernes adgang til at søge uvildig information om deres rettigheder på området styrkes, jf. omtalen i anbefalingerne i de to nedenstående bokse.

anbefaling 4: Præcisering af vejledningen til bekendtgørelse om god skik, så det fremgår, at selskaberne har pligt til af egen drift at yde rådgivning om fremtidige forsikringsmuligheder, når de giver forsikringsafslag.

Af god-skik bekendtgørelsens § 8 følger, at selskaberne skal yde rådgivning af egen drift, når omstændighederne tilsiger det. Bestemmelsen er imidlertid ikke i dag i vejledningen præciseret i forhold til borgernes forsikringsadgang.

Det foreslås derfor, at det i vejledningen til god skik-bekendtgørelsens § 8 præciseres, at når forsikringsafslag begrundes med ansøgerens helbredstilstand, tilsiger omstændighederne, at forsikrings-selskaber af egen drift skal yde kunden rådgivning om kundens fremtidige forsikringsmuligheder hos selskabet.

Dette indebærer, at selskabet i afslagsbrevene skal informere kunden, hvis selskabets praksis tilsiger, at selskabet tegner forsikring for kunder, hvis kundens fysiske og psykiske helbredsproblemer ligger mere end x år tilbage, og at selskabet på denne baggrund kan råde kunden til at ansøge om forsikringen igen, når kundens sygdomshistorik ligger x år tilbage.

anbefaling 5: Udarbejdelse af mere lettilgængelig information om handicappede og psykisk syges rettigheder på Penge- og Pensionspanelets hjemmeside

Undersøgelsen har vist, at personer, som har haft eller har en psykisk lidelse, kan have behov for bedre at kende deres rettigheder og selskabernes praksis på området. Det foreslås derfor, at Penge- og Pensionspanelet anmodes om at oprette et særskilt informationsmodul på panelets hjemmeside www.raadtilpenge.dk, som vedrører adgangen til forsikringer for personer med fysiske og psykiske lidelser.

Lovgrundlag

Kontrahering - aftalefrihed

Det er udgangspunktet i dansk ret, at der er aftalefrihed. Som borger eller virksomhed vælger man med andre ord selv, hvem man vil indgå aftale med, og hvad man ønsker at indgå aftale om. Dette gælder også for forsikringsselskaber og betyder i udgangspunktet, at forsikringsselskaberne inden for lovgivningens øvrige rammer selv kan bestemme, hvem de vil tilbyde forsikringer og på hvilke vilkår. Princippet gælder for alle typer af forsikringsaftaler på forbrugerområdet med undtagelse af lovpligtige forsikringer som fx ansvarsforsikring for motorkøretøjer, hvor selskaberne har en kontraheringspligt. Der findes ikke mange lovpligtige forbrugerforsikringer i Danmark.

Princippet om aftalefrihed indebærer bl.a., at et forsikringsselskab har mulighed for at tage kundernes forskellige forsikringsrisici i betragtning, når et selskab skal vurdere, om selskabet vil tilbyde en forsikringssøgende at tegne forsikring.

God skik reglerne og forsikringsaftaleloven

Det følger af § 3 b i forsikringsaftaleloven², at hvis et forsikringsselskab afslår at tegne en forsikring for en kunde, skal selskabet på begæring begrunde afslaget. Det følger desuden af de forbrugerbeskyttende regler i bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder³, at forsikringsselskaberne skal behandle kunderne redeligt og loyalt. Efter Finanstilsynets opfattelse ligger der i dette krav, at en begrundelse for afslag på at tegne forsikring skal være saglig. Eventuelle afslag, højere præmier eller skærpede vilkår skal derfor kunne begrundes sagligt i eksempelvis risikomæssige hensyn, og et forsikringsafslag begrundet med en forøget risiko for en forsikringsbegivenheds indtræden som følge af den forsikringssøgendes psykiske eller fysiske helbredstilstand må derfor anses for sagligt og ikke stridende mod reglerne om god skik, jf. § 3 i bekendtgørelsen. Bestemmelsen indebærer, at forsikringsselskaberne ikke må forskelsbehandle forsikringssøgende på et usagligt grundlag.

Endvidere følger det af forpligtelsen til at behandle kunderne redeligt og loyalt, at kundekommunikationen skal være fair, forståelig og afbalanceret. Det betyder bl.a., at forsikringsselskaber i deres kundekommunikation ikke må udelade væsentlige informationer. Desuden fastslås det i § 8 i god skik-bekendtgørelsen, at selskaberne af egen drift skal yde rådgivning, hvor omstændighederne tilsiger, at der er behov herfor.

Den forsikringssøgendes pligt til at afgive rigtige oplysninger

Forsikringsaftalelovens §§ 4-7 pålægger forsikringstageren at afgive rigtige og fyldestgørende oplysninger til forsikringsselskabet i forbindelse med forsikringstegningen. Tilside-sættes denne pligt, kan kunden helt eller delvist miste sin forsikringsdækning.

Indhentelse af helbredsoplysninger, samtykke og videregivelse

Selskabernes indhentelse og brug af helbredsoplysninger, samt lægernes videregivelse af disse, er reguleret i en række forskellige love og bekendtgørelser, som varetager forskellige

² Lovbekendtgørelse nr. 999 af 10. maj 2006 om forsikringsaftaler.

³ Bekendtgørelse nr. 1094 af 9. september 2015 om god skik for finansielle virksomheder.

formål og beskyttelseshensyn. De væsentligste love som regulerer dette område er sundhedsloven⁴, forsikringsaftaleloven, lov om finansiel virksomhed⁵, og persondataloven⁶.

Ved siden af lovgrundlaget har branchen indgået en aftale med Lægeforeningen om indhentning af helbredsoplysninger hos læger. Aftalen, som baserer sig på sundhedslovens regler om videregivelse af helbredsoplysninger, regulerer procedurerne, når selskaberne indhenter helbredsoplysninger til brug ved risikovurdering og skadesvurdering. Aftalen binder alle Forsikrings & Pensions medlemmer.

Af sundhedslovens §§ 43 og 44 følger, at sundhedspersoner i udgangspunktet kun må videregive helbredsoplysninger om patienten med dennes skriftlige samtykke,⁷ og brancheaftalen baserer sig på disse regler om videregivelse. Brancheaftalen indebærer derved, at selskabet altid skal indhente kundens skriftlige samtykke, inden selskabet anmoder lægen om helbredsoplysninger. Samtykket skal i henhold til brancheaftalen, udover at være skriftligt, tillige indeholde oplysninger om, hvilken type oplysninger der må videregives, til hvem og til hvilket formål.

Selskabet må i henhold til brancheaftalen kun bede lægen om at videregive oplysninger, der er relevante for selskabets behandling af den konkrete sag. Samtidig følger det af brancheaftalen, at selskabet vurderer, hvilke oplysninger, som er relevante til brug for sagen.

Forsikringsaftaleloven afgrænser, hvilke konkrete oplysninger selskabet må bruge til vurderingen af en persons forsikringsrisiko. Således følger det af forsikringsaftalelovens § 3 a, at selskabet ikke må indhente, modtage eller bruge oplysninger, som belyser en persons arveanlæg og risiko for i fremtiden at udvikle sygdomme. Dette omfatter i praksis bl.a. DNA-analyser og andre screeningsundersøgelser, der er foretaget til udredning af en arveligt baseret risiko for at udvikle en sygdom. Selskaberne må dog gerne indhente, modtage og bruge oplysninger om aktuelle og tidligere sygdomme samt kontakter til læge eller andre behandlere. Der er således intet lovgivningsmæssigt til hinder for, at et selskab til brug for sin risikovurdering eller skadesvurdering indhenter og bruger helbredsoplysninger fra sundhedsvæsenet om den forsikringssøgende psykiske sygdomshistorik, så længe dette gøres i overensstemmelse med dennes skriftlige samtykke og reguleringen på området.

Endelig reguleres selskabets adgang til at videregive helbredsoplysninger om den forsikringssøgende/forsikrede af reglerne om tavshedspligt og videregivelse i lov om finansiel virksomhed kapitel 9. Det følger heraf, at selskaberne ikke uden samtykke fra den som oplysningerne vedrører, må videregive disse.

Persondataloven fastslår endvidere, at når en dataansvarlig samler personoplysninger ind, skal det stå klart, hvilket formål oplysningerne skal bruges til, og formålet skal være sagligt (persondatalovens § 5, stk. 2). Samtidig følger det af loven, at der ikke må indsamles og registreres flere oplysninger om den enkelte borger, end hvad der er nødvendigt (jf. persondatalovens § 5, stk. 3).

⁴ Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 (Sundhedsloven).

⁵ Lovbekendtgørelse nr. 948 af 2. juli 2013 om finansiel virksomhed

⁶ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger.

⁷ Ved forsikringstagerens død skal samtykket dog afgives af en anden berettiget, jf. § 45.

Anmeldelse af teknisk grundlag til Finanstilsynet

Det følger af lov om finansiel virksomhed § 20, at livforsikringsselskaber og pensionskasser skal anmelde deres tekniske grundlag for udøvelse af virksomheden til Finanstilsynet.

Dette indbefatter bl.a., at alle livforsikringsselskaber skal anmelde deres kriterier for, hvornår såvel de forsikringsøgende som forsikringstagerne udbedes helbredsoplysninger til brug for bedømmelse af risikoforholdene.

De anmeldte forhold til Finanstilsynet skal være rimelige og betryggende for såvel den enkelte forsikringstager og de øvrige berettigede efter forsikringsaftalerne, jf. § 21 i lov om finansiel virksomhed. Når tilsynet vurderer, om forholdene er rimelige og betryggende må brugen af helbredsoplysninger ikke stille forsikringstagere dårligere, fx som følge af særskilte regler for udvalgte forsikringstagere i samme gruppe. Hermed vil der nemlig ske en omfordeling mellem forsikringstagere. Finanstilsynet kan som led i sit tilsyn udstede påbud til selskaber om fornødne ændringer i forholdene til efterlevelse af bestemmelsen i § 21.

International lovgivning – Handicapkonventionen

Danmark har tiltrådt og ratificeret FN's konvention om rettigheder for personer med handicap og tillægsprotokol (Handicapkonventionen). Konventionen forbyder diskrimination på grund af handicap og binder bl.a. de ratificerende stater til at indrette national lovgivning i overensstemmelse hermed.

Hvad der nærmere forstås ved "handicap", og herved om en aktuel eller tidligere psykisk lidelse skal betragtes som et handicap, afgøres ud fra konventionens artikel 1, som definerer handicap således:

"... Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre"

Konventionens artikel 25 stiller følgende krav:

"Deltagerstaterne anerkender, at personer med handicap har ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand uden diskrimination på grund af handicap. Deltagerstaterne skal træffe alle passende foranstaltninger til at sikre, at personer med handicap har adgang til sundhedsydelse, som tager hensyn til køn, herunder sundhedsrelateret rehabilitering. Deltagerstaterne skal i særdeleshed:

[...]

e) forbyde diskrimination af personer med handicap i forbindelse med sygeforsikringer og livsforsikringer, som skal tilbydes på retfærdige og rimelige vilkår, når sådanne forsikringer er tilladt efter national ret."

Det følger af § 3 i bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder, at finansielle virksomheder, herunder forsikringsselskaber, skal behandle deres kunder redeligt og loyalt.

I begrebet redeligt og loyalt ligger bl.a., at man ikke må forskelsbehandle kunder på et usagligt grundlag. Selskaberne må således gerne fastsætte højere præmier eller skærpede vilkår for sindslidende eller handicappede, hvis dette sagligt kan begrundes med, at selskabet påtager sig større risiko end sædvanligt ved at tegne forsikring for vedkommende. Det er derimod i strid med god skik at afvise sindslidende, alene fordi selskabet ikke ønsker at tegne forsikringer for folk med dette handicap.

Hvis en finansiel virksomhed diskriminerer sindslidende eller handicappede personer eller nægter at give disse kunder retfærdige og rimelige vilkår, har Finanstilsynet mulighed for at påbyde virksomheden at ændre praksis for fremtiden. Efterkommer virksomheden ikke et påbud, vil virksomheden kunne ifalde bødestraf.

Det er på den baggrund Finanstilsynets vurdering, at Danmark opfylder FN's konvention om rettigheder for personer med handicap og tillægsprotokol artikel 25, litra e.

Finanstilsynets tilsyn med reglerne

Tilsynets god skik tilsyn

Finanstilsynets tilsyn med forsikringsselskabers efterlevelse af god skik-reglerne er et tilsyn med forsikringsselskabernes *generelle* adfærd.⁸ Tilsynet sker via eksempelvis off site- og on site-undersøgelser, temaundersøgelser, inspektioner, dialogmøder, desk research, markedsovervågning og indsamling af klagedata m.v.

Det forhold, at tilsynet fører et *generelt* adfærdstilsyn, indebærer, at tilsynet ikke behandler eller træffer afgørelser i konkrete tvister mellem en kunde og en finansiel virksomhed. Konkrete sager henvises til behandling af den klageansvarlige i forsikringsselskabet eller i Ankenævnet for Forsikring.

Generelle sager, som tilsynet tager op, kan være initieret af generelle klager, af forespørgsler fra Forbrugerombudsmanden, eller sager kan tages op af egen drift – fx fordi tilsynet er blevet opmærksom på mulige overtrædelser af god skik-reglerne som led i tilsynsvirksomheden eller via omtale i pressen.

De sager, som Finanstilsynet tager op, afsluttes ved, at tilsynet enten konstaterer, at god skik reglerne er overholdt, eller ved at tilsynet påtaler virksomhedens praksis eller påbyder virksomheden at ændre praksis.

Finanstilsynet fastlægger tilsynsvirksomheden og prioriterer blandt emneområderne ud fra det risikobaserede princip om, at den tilsynsmæssige indsats skal stå i forhold til risikoen for eller skadevirkningerne af lovovertrædelser.

⁸ Finanstilsynets forbrugerrettede aktiviteter er knyttet til § 43 om god skik i lov om finansiel virksomhed og de regler, der er udstedt med hjemmel heri. I forarbejderne til bestemmelsen er det præciseret, at Finanstilsynet fører tilsyn med at finansielle virksomheders generelle adfærd er i overensstemmelse med god skik. Det er således anført, at tilsynet ikke kan behandle konkrete tvister mellem en finansiel virksomhed og dens kunder, men at "tilsynet alene påser overholdelsen af den offentligt gældende regler og foretager en generel vurdering af om, de finansielle virksomheders aftaler og vilkår overfor kunderne er i overensstemmelse hermed". Det fremgår ligeledes, at Finanstilsynet ikke er forpligtet til at behandle alle klager, som tilsynet får forelagt.

Finanstilsynet har forud for iværksættelsen af denne undersøgelse ikke tidligere modtaget klager fra borgere, som har oplevet at få afslag på at tegne en forsikring med begrundelse i en psykisk lidelse. Tilsynet er ej heller via tilsynets inspektionsvirksomhed blevet bekendt med klagesager om afslag på tegningstidspunktet. Tilsynet har derfor ikke taget dette problemkompleks op til behandling tidligere.

Finanstilsynets tilsyn med livsforsikringssekskabernes præmiefastsættelse

I lov om finansiel virksomhed er der særlige regler for livsforsikrings- og pensionssekskaber, som skal sikre, at sekskabernes tekniske grundlag, herunder sekskabernes grundlag for beregning af forsikringspræmien, er "betryggende og rimelige overfor den enkelte forsikringstager".

Tilsynet med livsforsikrings- og pensionssekskabernes overholdelse af § 20 og § 21 i lov om finansiel virksomhed foregår ved løbende overvågning og ved inspektioner i de enkelte sekskaber. Tilsynsvirksomheden er bl.a. fokuseret på, om livsforsikringssekskabernes præmiefastsættelse sker rimeligt og betryggende, og om præmiefastsættelsen afspejler de risici, sekskabet påtager sig. Tilsynet består bl.a. i, at sekskaberne anmelder de præmier, der fastsættes for forskellige risikokategorier. Finanstilsynet fører endvidere tilsyn med sekskabernes principper for brugen af helbredsbeder via helbredsattester – fx hvornår et sekskab kræver fornyet helbredsattest ved forhøjelse af præmieindbetaling eller lignende. Finanstilsynet modtager ikke de konkrete helbredsattester som en del af det løbende tilsyn.

Finanstilsynets tilsyn ser således på, om livsforsikringssekskabernes præmiefastsættelser og brug af helbredsbeder følger de gældende regler.

Forsikringssekskabernes praksis

Finanstilsynet har indhentet oplysninger fra 11 forsikringssekskaber⁹ for at undersøge, hvordan og i hvilket omfang forsikringssekskaberne lever op til de forbrugerbeskyttende regler, når kunderne er forsikringsøgende og forsikringstager, som har eller har haft en psykisk betinget lidelse. Tilsynet har bedt disse sekskaber om at redegøre for deres praksis, når personer med psykisk betingede lidelser anmoder om en forsikring. På den baggrund har tilsynet kortlagt forsikringssekskabernes praksis for vidt angår 1) indhentelse af helbredsoplysninger fra denne kundegruppe, 2) sekskabernes forsikringstegning eller afslag på samme til denne kundegruppe, 3) sekskabernes afslag på erstatningsudbetaling ved afgivelse af urigtige helbredsoplysninger og endelig 4) sekskabernes kommunikation til kundegruppen i forbindelse med forsikringsafslag eller tegning af forsikringer på særlige vilkår.

De sekskaber, som indgår i undersøgelsen er følgende:

- Alka
- Alm. Brand
- AP Pension
- Codan
- Danica

⁹ Undersøgelsen er gennemført i medfør af § 347 i lov om finansiel virksomhed.

- Danske Forsikring
- GF forsikring
- Nordea Liv & Pension
- PFA Pension
- Privatsikring
- Sygesikringen Danmark
- Topdanmark Livsforsikring
- Topdanmark forsikring
- Tryg
- MP Pension

De ovennævnte selskaber er udvalgt, fordi de enten direkte eller via samarbejdsaftaler er omtalt i én eller flere af de klager, som Finanstilsynet har modtaget fra borgere, som tidligere har haft eller har en psykisk lidelse, og som ikke har følt sig ordentligt behandlet i forbindelse med anmodning om forsikring.

Undersøgelsen af de nævnte selskabers praksis har givet anledning til, at tilsynet har kunnet kortlægge den generelle praksis på tværs af selskaberne på fire områder:

- For det første har tilsynet i undersøgelsen set på, hvornår selskaberne indhenter helbredsoplysninger fra forbrugere, som ansøger om at tegne forsikring.
- For det andet har tilsynet set på, hvilke retningslinjer selskaberne støtter sig til, når de skal vurdere de indhentede helbredsoplysninger. Dvs. hvilke retningslinjer selskaberne anvender, når de skal vurdere en persons eventuelle psykiske lidelser og den dertilhørende forsikringsmæssige risiko. I den forbindelse har tilsynet også set på, hvorvidt selskaberne i tilfælde af konstateret psykisk sygdom hos en forsikringssøgende hhv. afviser kunden, tilbyder tegning af forsikring på særlige vilkår eller tilbyder tegning med forhøjet præmie.
- For det tredje har tilsynet i undersøgelsen set på, hvordan selskaberne kommunikerer afslag m.v. til kunderne. I denne del af undersøgelsen har tilsynet set på, hvordan selskaberne underretter kunder om forsikringsselskabets vurdering, når kunder får afslag på forsikring eller alene tilbydes forsikring på særlige vilkår.
- For det fjerde har tilsynet set på selskabernes praksis, når personer med psykiske lidelser ansøger om erstatning. Her har tilsynet set på selskabernes praksis for, hvorvidt der gives afslag på erstatningsudbetaling (begrundet med afgivelse af urigtige oplysninger) til forsikringstagere, hvis det først på erstatningsansøgningstidspunktet bliver klart for forsikringsselskabet, at vedkommende tidligere har haft en psykisk sygdom.

Resultaterne fra de ovenfor nævnte fire undersøgelsesområder er opsummeret i det følgende, hvor undersøgelsesresultaterne fra hvert delområde er beskrevet i hvert sit afsnit.

I præsentationen af undersøgelsesresultaterne er resultaterne præsenteret i summarisk form på en sådan måde, at den eller de virksomheder, som det eller de konkrete forhold omhandler, ikke kan identificeres. Dette skyldes, at Finanstilsynet på baggrund af undersø-

gelsen ikke har fundet anledning til at give påbud eller påtaler til enkelte virksomheder. Derimod har tilsynet på baggrund af undersøgelsen fundet anledning til at foreslå en række anbefalinger, som gælder på tværs af de undersøgte virksomheder. Tilsynets rapport er således centreret om tværgående undersøgelsesresultater.

Hvor og hvordan indhentes der helbredsoplysninger?

Tilsynet har i undersøgelsen set på, hvor og hvordan selskaberne indhenter helbredsoplysninger fra personer, som ansøger om at tegne forsikring. Undersøgelsen viser, at den måde, som selskaberne indhenter helbredsoplysninger på, ligger inden for rammerne af lovgivningen.

På hvilke forsikringsområder anmodes kunden om at afgive helbredsoplysninger?

Undersøgelsen viser, at det hos visse selskaber er almindelig praksis at bede forsikringsansøgere om at afgive oplysninger om såvel fysiske som psykiske lidelser og sygdomme, når det drejer sig om tegning af visse personforsikringer eller ansøgning om forhøjelse af dækning på eksisterende personforsikringer. De forsikringstyper, hvor selskaber udbeder sig helbredsoplysninger, omfatter især forsikringer, der dækker ved død (livsforsikringer), forsikringer, der dækker ved nedsat erhvervsevne (erhvervsudygtighedsforsikringer, erhvervsevnetabsforsikringer m.v.) og forsikringer mod sygdomme (forsikringer for kritisk sygdom, sundhedsforsikringer, sygeforsikringer m.v.)¹⁰.

Når selskaberne udbeder sig helbredsoplysninger på netop de nævnte personforsikringstyper har det sin årsag i, at det netop er konsekvenserne af fysiske og/eller psykiske helbredsproblemer, som sådanne personforsikringer yder økonomisk kompensation for. Derfor anser selskaberne helbredsrisikoen som en afgørende faktor for den risiko, som selskabet påtager sig ved at tegne forsikring for kunden.

Der er stor forskel på, hvilke helbredsoplysninger selskaberne indhenter, alt efter om der er tale om en individuelt etableret forsikring eller en forsikring, som indgår i en pensionsordning etableret via et ansættelsesforhold. Generelt indhentes der ikke helbredsoplysninger, når der er tale om en obligatorisk pensionsforsikring i et arbejdsmarkedspensionsselskab. Der er en tendens til, at selskaberne indhenter færre helbredsoplysninger og/eller foretager en lempeligere helbredsbedømmelse for arbejdsgiverbaserede ordninger i kommercielle livsforsikringsselskaber end for individuelle ordninger eller individuelle tilkøb til arbejdsgiverbaserede ordninger.

- *Individuelt tegnede personforsikringer*

For individuelt tegnede personforsikringer, bortset fra ulykkesforsikringer, er det almindeligt at indhente helbredsoplysninger forud for forsikringstegning. Dette gælder for såvel livsforsikringer, erhvervsevnetabsforsikringer, sygeforsikringer¹¹ og sundhedsforsikringer. Det gælder også, hvis der er tale om individuelle tilkøb til arbejdsgiverbaserede ordninger.

¹⁰ Hertil kommer også individuelle forsikringer, hvor der er fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse).

¹¹ For så vidt angår rejsesygeforsikringer viser undersøgelsen, at helbredsoplysninger ikke indhentes ved forsikringstegning, men forsikringsbetingelserne kan i stedet indeholde krav om, at forsikringstager skal have foretaget en medicinsk forhåndsvurdering forud for rejsen. Denne forhåndsvurdering er afgørende for, om der vil være dækning for sygdomsudbrud m.v. under en rejse for eksisterende kroniske lidelser, herunder også psykiske lidelser.

Enkelte af de undersøgte selskaber har tidligere indhentet helbredsoplysninger til brug for tegning af ulykkesforsikringer, men denne praksis er ophørt. Det indebærer, at ingen af de selskaber, som indgår i undersøgelsen indhenter helbredsoplysninger ved tegning af ulykkesforsikringer.¹²

Når et selskab ikke indhenter helbredsoplysninger forud for tegning af en ulykkesforsikring, er det almindeligt med bestemmelser i forsikringsbetingelserne, der i større eller mindre omfang undtager ulykkestilfælde m.v., som kan henføres til sygdomme/lidelser m.v., der opstod før forsikringstegningen. Dette betyder i realiteten, at helbredsoplysninger indhentes på det tidspunkt, hvor en forsikringstager eventuelt måtte ansøge om udbetaling under forsikringen. Undtagelsesbestemmelserne indebærer her, at selskabet afviser dækning, hvis der på skadesanmeldelsestidspunktet viser sig fysiske og/eller psykiske helbredsmæssige problemer, som var til stede før forsikringstegningen, og ulykken har årsag i disse problemer.

- *Forsikringer tegnet via et ansættelsesforhold*

De kunder, som bliver omfattet af en pensionsordning via et ansættelsesforhold, skal i flere tilfælde alene svare på, om de er raske og fuldt arbejdsdygtige. I andre tilfælde skal kunden alene udfylde en pensionserklæring om bl.a. nedsat erhvervsevne, førtidspension og fleksjob. Disse spørgsmål stilles for at sikre, at forsikringsbegivenheden ikke allerede er indtrådt ved forsikringens oprettelse. Kun hvis kunden ikke kan svare bekræftende på de nævnte spørgsmål, udredes kundens helbred nærmere til afdækning af, hvilken forsikringsrisiko, der er forbundet med kunden.

I andre tilfælde skal medlemmer, som optages i pensionsordninger via et ansættelsesforhold, ikke afgive helbredsoplysninger ved optagelse. I disse tilfælde er alle forsikringstage-re, uanset eventuelle helbredsmæssige problemer ved indtegningen, omfattet af forsikringerne. Her har selskaberne – for at begrænse den risiko disse selskaber påtager sig ved denne optagelsesprocedure – sædvanligvis aftalevilkår, som minimerer den risiko de påtager sig. Det kan fx være, at der i større eller mindre omfang i forsikringsbetingelserne er undtagelser for erhvervsevnetab mm., som har sammenhæng med sygdomme/lidelser m.v., der bestod forud for forsikringstegningen. Eller det kan være, at medlemmerne bliver omfattet af en karenperiode, som indebærer, at medlemmet får begrænset dækning, hvis vedkommende bliver invalid de første år efter optagelsen, hvis invaliditeten skyldes en bestående sygdom eller lidelse.

Hvordan og på hvilke blanketter anmodes kunden om at afgive helbredsoplysninger?

Når selskaberne indhenter helbredsoplysninger fra forsikringsansøgere, bliver kunden spurgt ind til fysiske og psykiske sygdomme aktuelt og tilbage i tid.

Alt efter hvilken forsikringstype, der er tale om, og alt efter hvilket selskab, der er tale om, kan der være tale om brug af en mere eller mindre omfattende helbredsoplysning.

Hos de fleste selskaber er det praksis, at selskabet samtidig med, at selskabet første gang beder forsikringsansøgeren afgive helbredsoplysninger, anmoder forsikringsansøgeren om

¹² Finanstilsynet er imidlertid bekendt med, at der forsat kan være enkelte forsikringsselskaber, der ikke indgår i denne undersøgelse, som forsat på tegningstidspunktet indhenter helbredsoplysninger for ulykkesforsikringer.

at afgive samtykke til, at forsikrings-selskabet må indhente alle nødvendige oplysninger hos kundens praktiserende læge, sygehuse, øvrige sundhedsvæsen m.v.

Når forsikrings-selskaberne første gang beder kunden afgive helbredsoplysninger, beder nogle selskaber kunden om i helbredserklæringen at oplyse om helbredsforhold 10 år tilbage i tid, andre 1-5 år tilbage i tid. Endvidere har undersøgelsen vist to eksempler på selskaber med praksis for i en helbredserklæring at spørge ind til, om forsikringsansøgere *nogensinde* har haft en psykisk lidelse. Et af disse selskaber er i færd med at ændre praksis, så selskabet fremover i stedet i helbredserklæring spørger 10 år tilbage i tid.

Eksempler på spørgsmål om psykiske lidelser, som forsikringsansøgere skal besvare i helbredserklæring fra forsikringsansøgeren til selskabet

SELSKAB A

Har du inden for de sidste 2 år konsulteret, haft en henvisning til eller en aftale med, været undersøgt eller behandlet af: (...), psykolog, psykiater, psykoterapeut.

SELSKAB B

"Har du... haft eller været i kontakt med læge, psykiater, psykolog eller anden behandler for psykiske tilstande fx depression, angst nervøsitet, stress, krisereaktion, forgiftningstilfælde eller andet?"

SELSKAB C

Har du indenfor de sidste 5 år været undersøgt eller behandlet hos følgende behandlere?

- (...)
- Psykiater, psykolog eller psykoterapeut

SELSKAB D

Har du nogensinde lidt af, blevet behandlet eller undersøgt for: Hjertelidelser, problemer med blodomløbet, (...), eller psykisk sygdom?

Hvis kunden på en helbredserklæring angiver at have eller have haft en psykisk lidelse indenfor den tidsramme, som selskabet spørger om, og hvis selskabet vurderer det som relevant, beder selskaberne i reglen kunden afgive supplerende oplysninger på et specifikt spørgeskema, som vedrører psykiske lidelser. Her anvender de selskaber, som er medlemmer af Videncenter for Helbred og Forsikring, særlige spørgeskemaer, som kan anvendes til risikovurdering efter retningslinjer udarbejdet af Videncenteret. I disse spørgeskemaer spørges der ind til den enkeltes konkrete forløb fx om diagnose, symptomer, antal episoder, behandling, behandlingseffekt og funktionspåvirkning, uarbejdsdygtighed m.v. De skemaer om psykiske lidelser, som tilsynet har set, er ikke tidsbegrænsede, og der spørges ind til lidelser i hele kundens levetid.

Hvordan og på hvilke blanketter indhentes helbredsoplysninger/helbredsattest fra kundens læge?

Hvis selskabet ikke kan foretage en vurdering på baggrund af de oplysninger, der er indeholdt i helbredserklæring fra kunden og spørgeskema, kan selskabet – med kundens samtykke – supplerende indhente en helbredsattest fra kundens læge og/eller indhente andre oplysninger fra kundens egen læge eller eventuelt fra anden behandler (psykiater, sygehus

m.v.). Dette kan fx være tilfældet, hvis kunden på skemaet oplyser tilfælde af indlæggelser eller mere alvorlige forløb.

Helbredsattesten skal efter aftale mellem Brancheforeningen Forsikring & Pension og Lægeforeningen udfærdiges på en standardblanket. I denne standardblanket skal kundens læge bl.a. svare på følgende spørgsmål. *"Lider eller har forsikrings søgende lidt af (...) psykiske sygdomme af nogen art fx depression, nervøsitet, angst, stress og affektreaktion?"* Hvis lægen svarer ja til dette spørgsmål, skal lægen opgive sygdommens diagnose, tidspunkt, varighed og forløb. Som det fremgår af ovenstående spørgsmål, er standardblankettens spørgsmål udformet uden tidsbegrænsning på, hvor langt tilbage i tid lægen skal angive tidligere sygdomme.

Hver gang et selskab indhenter konkrete oplysninger fra en læge eller lignede, er det praksis, at kunden får besked om, hvorfor oplysningerne ønskes indhentet, hvilke oplysninger, der indhentes, præcis for hvilken periode, og hos hvem, selskabet ønsker at hente oplysningerne.

Hvornår anmodes kunden om samtykke til indhentelse af helbredsoplysninger fra kundens læge m.fl.?

Det følger af en aftale, som Forsikring & Pensions medlemmer har indgået med Lægeforeningen, at selskabet, når de anmoder om kundens skriftlige samtykke, skal foretage denne anmodning på en aftalt standard-samtykkeerklæring, inden selskabet anmoder læge, sundhedsvæsen m.fl. om helbredsoplysninger.

Hos de fleste selskaber er det praksis, at selskabet anmoder forsikringsansøgeren om at afgive samtykke til indhentelse af helbredsoplysninger hos kundens praktiserende læge, sygehuse, øvrige sundhedsvæsen m.v. samtidig med, at selskabet første gang beder forsikringsansøgeren afgive helbredsoplysninger. Flere selskaber har således den praksis, at de anmoder om samtykke fra kunden til indhentelse af oplysninger fra sundhedsvæsenet m.v., inden selskabet har haft adgang til de oplysninger, der vil komme til at ligge til grund for selskabets vurdering af, hvorvidt selskabet har behov for et samtykke.

Samtidig er det generel praksis, at forsikringsselskaberne anmoder forsikringsansøgere om at afgive et bredt samtykke til, at selskabet må indhente alle nødvendige oplysninger (herunder sygdomsoplysninger, oplysninger om helbredsforhold, herunder kontakt til sundhedsvæsenet, oplysninger om sociale forhold m.v.) hos praktiserende læger, sygehuse og andre relevante dele af sundhedsvæsenet, hos offentlige myndigheder, herunder fx kommuner og Arbejdsskadestyrelsen samt hos andre forsikringsselskaber og pensionskasser. Endvidere er det praksis, at kunden samtidig anmodes om samtykke til, at de indhentede oplysninger kan videregives til andre forsikringsselskaber, pensionskasser, offentlige myndigheder som fx Arbejdsskadestyrelsen samt andre autoriserede sundhedspersoner, der involveres i kundens sag.

Hvordan vurderes helbredsoplysningerne?

Tilsynet har i undersøgelsen set på, hvordan selskaberne vurderer en persons eventuelle psykiske lidelser og den dertil hørende forsikringsmæssige risiko.

Tilsynet har på baggrund af undersøgelsen ikke fundet belæg for, at selskabernes vurdering af forsikringsansøgers helbredsoplysninger ikke skulle ligge inden for rammerne af lovgivningen.

Når det enkelte selskab har indhentet helbredsoplysninger fra eller om kunden, er det almindelig praksis, at selskabet sammenholder helbredsoplysningerne med selskabets interne tegningsregler og vurderer, om forsikringen skal tegnes og i givet fald til hvilken præmie, med hvilke klausuler, og om der skal indføres karens, selvrisiko o.l.

Det er medarbejdere hos selskaberne, som på baggrund af de indsamlede helbredsoplysninger i de konkrete sager foretager de individuelle vurderinger af, om en forsikringsansøgers helbredsprofil giver anledning til andet end en tegning af forsikring på almindelige vilkår og til almindelig præmie. Lovgivningen stiller ikke krav til fagligheden af medarbejderne, som foretager disse vurderinger, uanset om de er ansat i forsikringselskabet eller hos HEFO. Det er dog almindeligt, at de pågældende medarbejdere har en medicinsk baggrund i form af lægeuddannelse, sygeplejeuddannelse eller lignende.

Når medarbejdere i selskaberne skal vurdere, i hvilket omfang de eventuelle fysiske og psykiske helbredsproblemer, som en forsikringsansøger måtte have, øger forsikringsrisikoen, har 24 ud af de i alt 35 danske livs- og pensionsselskaber mulighed for at støtte sig til vejledende evidensbaserede retningslinjer fra Videncenter for Helbred & Forsikring (HEFO), som disse selskaber har valgt at være medlemmer af.¹³

HEFO er et fagligt, uafhængigt videns- og analysecenter, der udarbejder vejledende evidensbaserede retningslinjer, som HEFO's medlemmer kan anvende til at vurdere, hvilke helbredsforhold, der kan have betydning for forsikringsrisikoen i livs- og pensionsforsikring.

Videncenteret indsamler dokumentation og udarbejder statistikker for, i hvilket omfang en række fysiske og psykiske helbredsforhold øger risikoen for nedsat levetid eller øger risikoen for erhvervsevnetab. Fysiske og psykiske helbredsproblemer behandles efter de samme risikomæssige principper, idet begge former for helbredsproblemer kan påvirke folks erhvervsevne og forventede levetid.

Videncenteret har oplyst, at de løbende ajourfører retningslinjerne efter den nyeste statistik og lægelige viden om bl.a. levetider, invaliditetshyppigheder og helbred.¹⁴ Denne viden anvender HEFO til at kvantificere de forskellige helbredsforholds risiko, og identificere stærke risikomarkører. HEFO inddeler risikovurderingerne af de enkelte fysiske og psykiske helbredsforhold i op til flere forskellige risikogrupper, alt efter den specifikke sygdoms risikomarkører og prognose. Risikogrupperne inddeles fx i normal eller let øget risiko (normal præmie), moderat og svært øget risiko (forhøjet præmie).

Retningslinjerne fra HEFO indeholder ingen anbefalinger om tegning af eventuel forsikring med klausul og forholder sig alene til, om forsikringsrisikoen ved bestemte helbredsproblemer tilsiger normale vilkår eller forhøjet præmie, eller om forsikringsrisikoen statistisk set er

¹³ Det kan nævnes, at nogle af de selskaber, som har valgt ikke at være medlemmer af HEFO, er selskaber, som har en antagelsespolitik, hvor de ikke anmoder om helbredsoplysninger, men hvor alle optages uanset helbred.

¹⁴ Retningslinjerne er baseret på analyser af relevante lægevidenskabelige prognosestudier, danske befolkningsundersøgelser, Cochran metaanalyser og forsikringsanalyser.

så stor, at en forsikring kun kan tegnes til en så høj præmie, at det ikke giver mening for kunden at tegne forsikringen, hvorfor forsikringsrisikoen tilsiger et afslag.

HEFO's risikovurderinger viser, at der i flere tilfælde ikke kan opstilles klare udfaldsmål for risikovurderingen ved psykiske helbredsproblemer. Det skyldes, at prognosen for hver psykisk diagnose/symptom afhænger af symptomernes karakter, sværhedsgrad, varighed, sygdomsforløb, behandlingseffekt og forekomsten af flere sygdomme samtidigt. I retningslinjerne er der for hvert fysisk eller psykisk helbredsforhold endvidere beskrevet lægelige og prognostiske forløb, som selskaberne kan anvende til at holde den enkelte forsikringsssøgendes sygehistorie op imod.

HEFO tilbyder desuden sine medlemmer, at de kan oversende konkrete sager til HEFO og bede HEFO foretage vejledende helbredsmæssige risikovurderinger i den konkrete sag. HEFO har oplyst, at de årligt foretager vejledende helbredsmæssige risikovurderinger i omkring 3-5.000 konkrete sager.

HEFO's medlemselskaber kan derved foretage helbredsrisikovurderinger med udgangspunkt i HEFO's retningslinjer eller vejledende vurdering sammenholdt med selskabets egne overvejelser. Skadesforsikringsselskaber har ikke mulighed for at være medlemmer af Videncenteret.

Uanset om et selskab er medlem af HEFO eller ej, er det det enkelte selskab, der fastsætter, hvilket udfald en helbreds vurdering skal have, og det er derved selskabet, der fastætter de endelige forsikringsvilkår. Selskabet er således ikke bundet af HEFO's vejledninger eller vejledende vurderinger. Fastsættelsen af forsikringsvilkår sker dog i reglen i lyset af HEFO's retningslinjer eller egne forsikringstekniske og aktuarmæssige overvejelser om forsikringsrisiko, risikosummer, dækning, tegningsregler, aftaler m.v..

Hvilke forsikringsmuligheder giver helbreds vurderingen anledning til

Tilsynet har i undersøgelsen også set på, hvorvidt selskaberne i tilfælde af konstateret psykisk sygdom hos en forsikringsansøger hhv. afviser kunden eller tilbyder tegning af forsikring på særlige vilkår eller med forhøjet præmie.

Til de kunder, som har været raske inden for den periode, som selskabet indhenter helbredsoplysninger om, som har eller har haft fysiske eller psykiske lidelser, der ikke øger risikoen for erhvervsevnetab eller påvirker levetiden, vil forsikringsselskaberne tilbyde forsikring på normale vilkår.

Kunder, som har fysiske eller psykiske sygdomme, som efter selskabets vurdering øger forsikringsrisikoen, vil få afslag på en eller flere forsikringer, blive tilbudt forsikring til forhøjet præmie eller blive tilbudt forsikring på særlige vilkår med eksempelvis forbehold for bestemte lidelser eller diagnoser¹⁵. Hvis et forsikringsselskab ikke er i stand til at vurdere, hvilken forsikringsrisiko, der er forbundet med en kundes helbredsproblemer, er det almindelig praksis, at selskabet enten afslår at tegne forsikring for kunden eller tilbyder tegning med forbehold for de helbredsproblemer, som selskabet ikke er i stand til at risikovurdere.

¹⁵ Et forbehold indebærer, at hvis den forsikringsøgende eksempelvis har en knælidelse, vil han eller hun få en forsikring på almindelige vilkår for alt andet end det pågældende knæ.

Nogle selskaber har fx praksis for ikke at tilbyde tegning til forhøjet præmie, men alene tegning til almindelig præmie, eventuelt med forbehold for bestemte lidelser eller diagnoser. Andre selskaber har omvendt en praksis, hvor de ikke tegner forsikringer med forbehold, men alene – i de tilfælde hvor selskabet vurderer, at de kan påtage sig forsikringsrisikoen – tilbyder forsikring til almindelig præmie eller forhøjet præmie.

Nogle forsikringselskaber har den praksis, at en psykisk lidelse alene ikke udløser forbehold eller afvisning, men at den kan gøre det i kombination med andre sygdomme.

Hvor mange afviser selskaberne ved forsikringstegning?

Tilsynet har i undersøgelsen forsøgt at belyse, hvor ofte selskaberne i reglen afviser forsikringsansøgerne med henvisning til psykiske helbredsproblemer.

Det har til brug for undersøgelsen imidlertid ikke været muligt at indhente fyldestgørende data til at belyse spørgsmålet præcist, da forsikringselskaberne ikke i dag har pligt til at registrere antallet af afslag og ej heller registre årsagen til eventuelle afslag. Selskaberne har derfor alene bidraget med deres egne estimerede skøn og forskellige oplysninger omkring deres vurderinger af antallet af afslag, og enkelte selskaber har oplyst, at de ikke har været i stand til at angive et tal for afslag. Selskabernes forskelligartede svar vanskeliggør i betydelig grad en retvisende sammenligning på tværs af selskaberne.

På baggrund af de fra selskaberne modtagne oplysninger kan det bl.a. nævnes, at enkelte livforsikringselskaber skønner at de ud af de samlede forsikringsansøgninger har afvist mellem 0,1- 0,35 % med henvisning til psykisk lidelse, et selskab skønner at afvise ca. 100 ansøgere årligt. For syge- og ulykkesforsikring oplyser et selskab, at ud fra antallet af afslag har man estimeret at 5 % af har henvisning til psykisk sygdom. Oplysningerne varierer meget fra selskab til selskab, afhængigt af hvilke produkter selskabet udbyder.

Hvordan kommunikerer selskaberne afslag m.v. til kunderne

I undersøgelsen har tilsynet endvidere set nærmere på, hvordan selskaberne kommunikerer afslag m.v. til kunderne. I denne del af undersøgelsen har tilsynet set på, hvordan kunder, som får afslag på forsikring eller alene tilbydes forsikring på særlige vilkår, i orienteringsbreve underrettes om forsikringselskabets vurdering. Samtidig har tilsynet set på, hvilke begrundelser selskaberne bruger for at afvise at tegne forsikringer eller tegne forsikringer på særlige vilkår.

Undersøgelsen viser, at der er forskelle på, hvor meget information orienteringsbrevene indeholder, og hvor megen forklaring kunderne får i tilknytning til et afslag på at tegne forsikring på normale vilkår.

Eksempler på tekst i afslagsbreve

SELSKAB A

"Vi har modtaget dine svar på spørgsmålene om dit helbred, og ud fra dem kan du desværre ikke få tilbudt [produktnavn], der dækker hvis du bliver syg eller dør.

SELSKAB B

"Tak for dine helbredsoplysninger, som vi skal anvende i forbindelse med dit ønske om kundegruppelivsforsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. Vi kan desværre ikke tegne denne forsikring til dig på baggrund af dine helbredsoplysninger. Når du tidligere har forsøgt at gøre skade på dig selv, siger vores antagelsesregler, at vi ikke kan tegne forsikring for dig."

SELSKAB C

Vi har set på dine helbredsoplysninger, og må desværre meddele dig, at vi ikke kan tilbyde dig at forhøje din dækning ved nedsat erhvervsevne. Årsagen til, at vi på nuværende tidspunkt ikke kan tilbyde dig at forhøje din dækning ved nedsat erhvervsevne er, at du i flere perioder har været uarbejdsdygtig på grund af depression. Sidste periode var 2 måneder i 2013. Herudover fremgår det af oplysninger, at du stadig er i medicinsk behandling for depression."

SELSKAB D

"Vi har modtaget din begæring og dine helbredsoplysninger. Efter at have vurderet dine helbredsoplysninger må vi meddele dig, at du desværre ikke kan få den ønskede gruppeinvalidiserende. Årsaget til afslaget på gruppeinvalidiserende er: Stress i 2012.

Du har mulighed for at søge forsikringen igen via din assurandør og få en ny vurdering i maj 2015."

SELSKAB E

"I forbindelse med oprettelse af forsikring i [Selskab navn] er dine helbredsoplysninger nu blevet vurderet og registreret hos Videncenter for Helbred og Forsikring, som du gav samtykke til på din helbredserklæring. På baggrund af disse oplysninger, kan vi desværre ikke give tilbud på den ønskede arbejdsmarkedspension.

Vurderingen er baseret på oplysningen om flere perioder med stress og angst fra xxxx-xxxx samt efterfølgende depression i xxxx med behov for medicinsk behandling. Det har også betydning for vurderingen, at der har været selvmordstanker inden for de seneste år i xxxx."
(...)

Til din orientering har du mulighed for at få en ny vurdering efter X års symptomfrihed ved angivelse af nye helbredsoplysninger. Vi beder dig venligst kontakte os på dette tidspunkt.

SELSKAB F

Vi har vurderet dit helbred ud fra retningslinjer fra Videncenter for Helbred og Forsikring, og vi kan tilbyde dig børnepension og den dækning ved død, du har ønsket. Vi kan desværre ikke tilbyde dig dækning ved nedsat erhvervsevne.

Hvorfor får du afslag?

Vi vurderer alle vores kunder ud fra retningslinjerne fra Videncenter for Helbred og Forsikring. Når du får afslag skyldes det derfor, at stress ifølge Videncenter for Helbred og Forsikrings statistiske oplysninger giver en forhøjet helbredsrisiko.

(...)

Du har mulighed for en ny vurdering

Vi vil gerne vurdere dit helbred igen. Ønsker du en ny vurdering af dit helbred, kan du kontakte os igen, når du i mindst 3 år har kunnet arbejdet uden sygemelding pga. psykiske gener.

I boksen på forrige side fremgår eksempler på, hvordan selskaberne kommunikerer til kunderne i afslagsbreve. Fælles for afslagsbrevene er, at alle selskaber orienterer kunden om, at afslaget skyldes de afgivne helbredsoplysninger. Nogle selskaber supplerer oplysningen med information om, hvilken lidelse, sygdom eller symptomer, der er årsag til afslaget, og enkelte angiver, at afslaget skyldes en forhøjet helbredsrisiko.

Flere forsikringsselskaber tilbyder at tegne forsikring på normale vilkår, hvis der er gået minimum ét (nogle steder flere) år siden forsikringssøgende var i behandling for de omhandlende helbredsproblemer. I nogle afslagsbreve rådgiver selskabet af egen drift kunden om, at selskabet kan tilbyde at få foretaget en ny vurdering efter x års symptomfrihed. I andre afslagsbreve oplyses kunden ikke om dette.

Problematikken har i øvrigt vist, at det kan være en særlig belastning at anmode om en begrundelse, hvis man har et skrøbeligt psykisk helbred. På den baggrund besluttede Forsikring & Pensions bestyrelse derfor i oktober 2014, at branchen bør imødekomme dette problem ved at henstille til branchens medlemsselskaber, at alle afslag på tegning og ændring af en forsikring på grund af helbred uopfordret forklares. Henstillingen blev kommunikeret til branchen i januar 2015, og den har virkning senest fra 1. december 2015. Senest fra denne dato skal alle afslag på forsikring altså forklares, når afslaget primært skyldes den forsikringssøgendes helbredsmæssige forhold.

Hvordan er praksis, når skaden er sket?

Tilsynet har i undersøgelsen set på selskabernes praksis, når personer med psykiske lidelser ansøger om erstatning. Her har tilsynet set på selskabernes praksis for, hvorvidt der gives afslag på erstatningsudbetaling (begrundet med afgivelse af urigtige oplysninger) til forsikringstager, hvis det først på erstatningsansøgningstidspunktet bliver klart for forsikringsselskabet, at vedkommende tidligere har haft en psykisk sygdom. Tilsynet har i den forbindelse ikke fundet belæg for, at den anvendte praksis ikke skulle følge de gældende regler.

Hvis en forsikringssøgende uagtsomt har afgivet urigtige helbredsoplysninger, reguleres forholdet af forsikringsaftalelovens §§ 4-10, hvorefter forsikringsselskabet kan ændre forsikringen, så den får det indhold, den ville have haft, hvis forsikringstageren, havde givet korrekte oplysninger ved indtegningen.

Når en forsikringstager ansøger om erstatning, er det praksis, at selskaberne vurderer, hvorvidt en kunde uagtsomt har afgivet urigtige oplysninger på tegningstidspunktet. Hvis dette er tilfældet, foretager selskabet den risikovurdering, som skulle være foretaget hvis selskabet havde haft de rigtige oplysninger.

Vurderingen kan betyde, at kunden får ændret sine dækninger, forhøjet præmien eller at ordningen helt bortfalder. Hvis vurderingen betyder, at ordningen helt bortfalder, sker dette med henvisning til, at selskabet ikke ville have tegnet forsikringen, hvis selskabet havde kendt til sygdommen på tegningstidspunktet. I tilfælde af forsikringsbortfald får kunden afslag på erstatningsudbetaling; kundens forsikring ophæves og kunden får tilbagebetalt den forsikringspræmie, som kunden har betalt.

Forsikringstagernes oplevelser og henvendelser

Finanstilsynet har som et led i undersøgelsen opfordret borgere, som har eller har haft en psykisk betinget lidelse, og som har oplevet at få afslag på at tegne en forsikring, til at henvende sig til tilsynet. De henvendelser, som tilsynet på denne baggrund har modtaget, er indgået i tilsynets kortlægning af selskabernes behandling af forsikringssøgende og forsikringstagere med psykisk betingede lidelser.

Henvendelser modtaget i Finanstilsynet

Finanstilsynet har modtaget 42 henvendelser fra berørte borgere. Disse er indkommet på e-mail med en kortere eller længere beskrivelse af borgernes oplevelser og erfaringer. En enkelt er modtaget ved telefonisk henvendelse til Finanstilsynet.

Finanstilsynets behandling af borgerhenvendelserne

For at opnå et mere fyldestgørende billede af de oplevelser, som ligger til grund for borgernes henvendelser, har de borgere, som har kontaktet tilsynet, fået tilsendt et uddybende spørgeskema, hvor borgeren skal oplyse om forsikringsselskabets navn, typen af forsikring, årstal for afslag, dokumentation på begrundelsen/afslaget fra selskabet samt give borgeregens egen beskrivelse af sagen eller forløbet.

Finanstilsynet har endvidere fulgt op på de borgere, som ikke i første omgang besvarede spørgeskemaet, og har tilbudt disse at fremsende spørgeskemaet fysisk til deres adresse, samt givet tilbud om telefonisk besvarelse af spørgeskemaet hos Finanstilsynets medarbejdere. Dette resulterede i, at i alt 16 borgere uddybede deres oprindelige henvendelse.

Finanstilsynet har anvendt borgerhenvendelserne til at vurdere, om selskaberne har anvendt deres generelle praksis ved behandlingen af de sager, som Finanstilsynet har fået kendskab til. Borgerhenvendelserne er også blevet brugt til at vurdere, om der med fordel kunne foreslås nogle ændringer i lovgivningen til gavn for forsikringssøgende med psykiske og fysiske lidelser.

Finanstilsynet har ikke kompetence til at behandle og træffe afgørelse i tvister mellem forsikringsselskaber og kunder og kan derfor eksempelvis ikke foretage vurderinger af, om begrundelserne for afslagene er i overensstemmelse med de konkrete risikovurderinger, som selskaberne har foretaget i de enkelte sager. Samtidig kan tilsynet ikke søge nærmere redegørelser for selskabernes konkrete sagsbehandling i forbindelse med de enkelte risikovurderinger og forsikringsafslag, der er givet borgerne¹⁶. Hvis en borger er utilfreds over at have fået afslag på at tegne forsikring, har borgeren mulighed for at forelægge sagen for Ankenævnet for Forsikring, der træffer afgørelse i den konkrete tvist.

Indholdet af borgerhenvendelserne

Finanstilsynet har modtaget borgerhenvendelser vedrørende følgende 16 selskaber:

- ALKA Forsikring

¹⁶ Finanstilsynets forbrugerrettede aktiviteter er knyttet til § 43 i lov om finansiel virksomhed om god skik og de regler, der er udstedt med hjemmel heri. I forarbejderne til bestemmelsen er det præciseret, at Finanstilsynet fører tilsyn med at finansielle virksomheders generelle adfærd er i overensstemmelse med god skik. Det er således anført, at tilsynet ikke kan behandle konkrete tvister mellem en finansiel virksomhed og dens kunder, men at "tilsynet alene påser overholdelsen af den offentligretlige regler og foretager en generel vurdering af om, de finansielle virksomheders aftaler og vilkår overfor kunderne er i overensstemmelse hermed".

- Alm. Brand
- AP Pension
- Codan Forsikring
- Danica Pension
- Danske Forsikring
- Forenede Gruppeliv
- GF forsikring
- Nordea Liv og Pension
- Nykredit Forsikring
- PFA Pension
- Sygeforsikring Danmark
- Sønderjysk Forsikring
- Topdanmark Livsforsikring
- Tryg
- Unipension

Henvendelserne fordeler sig i forhold til afslag, opsigelser og nægtede udbetalinger af erstatning:

- 37 henvendelser vedrører afslag i forbindelse med forsøg på at tegne forsikring.
- 2 henvendelser vedrører opsigelse af forsikring efter indtrådt psykisk lidelse.
- 3 henvendelser vedrører afslag på udbetaling af erstatning i forbindelse med en forsikringshændelses indtræden.

Henvendelserne vedrører 33 afslag på livsforsikringsprodukter og 13 afslag på skadeforsikringsprodukter. Enkelte henvendelser vedrører afslag på flere typer produkter på både liv og skade. Afslagene fordeler sig i øvrigt nærmere således:

Afslag på livsforsikringsprodukter:

- 24 vedrører livsforsikring
- 6 vedrører forsikring mod erhvervsevnetab
- 2 vedrører gældsforsikring
- 1 vedrører forsikring mod kritisk sygdom

Afslag på skadeforsikringsprodukter:

- 10 vedrører ulykkesforsikring
- 2 vedrører sygeforsikring
- 1 vedrører familieforsikring

Som det kan ses, omhandler henvendelserne i langt de fleste tilfælde afslag på selve tegningen af forsikringen og kun i mindre grad oplevelser om at blive opsagt fra en eksisterende forsikring eller blive afvist ved udbetaling af forsikringssummen. Det er i øvrigt i overvejende grad afslag på henholdsvis livsforsikringer, ulykkesforsikringer og forsikringer mod tab af erhvervsevne.

Gruppen af borgere, som har henvendt sig til Finanstilsynet, har mange forskelligartede diagnoser. Omkring halvdelen af henvendelserne vedrører diagnoser på depression, men feltet spænder ellers over en bred vifte af psykiske lidelser, med alt fra ADHD, stress, post-

traumatisk stress, angst, anoreksi, psykose, skizofreni mm. Nogle beskriver alvorlige og langvarige lidelser med vedvarende behandlings- og medicineringsforløb, imens andre beskriver korte forbigående behandlingsforløb uden medicinerings og med blot få psykolog konsultationer. Således til eksempel:

"Vi har fået afslag på en tabs- og erhvervsskedeforsikring pga. at min mand og jeg har haft stress og depression. Jeg blev psykisk syg i 2011 med svær depression og psykotiske træk, tab af foster, og blev også indlagt 2011. Vi arbejder i dag begge i godt job, er medicinfri og erklæret raske. Min mand havde kun depression i mild grad [..]"

"Jeg forsøgte for et par år siden at oprette en forsikring i [selskab navn], men blev afvist, fordi jeg havde konsulteret en psykolog i forbindelse med min mors sygdom og dødsfald, der desværre faldt sammen med, at jeg blev afskediget fra mit arbejde. Jeg besøgte måske psykologen 4-5 gange og har hverken før eller efter haft problemer. Jeg har ikke været uarbejdsdygtig/sygemeldt, jeg har ikke fået medicin eller anden behandling, og jeg har ikke haft følgesygdomme som depression eller lignende. [..]"

"Jeg er 33 år og lider af alvorlig anoreksi, hvilket jeg har gjort siden jeg var 13 år. I forbindelse med at min tidligere samlevende og jeg ville flytte vores indbo- og ulykkesforsikring fik jeg skriftligt afslag. Afslaget blev begrundet i min sygdom."

Selvom sygdomsbilledet er meget divergerende i henvendelserne, synes der dog for et flertals vedkommende at være det til fælles, at lidelsen enten er eller har været i udbrud og under behandling i årene umiddelbart op til forsikringsanmodningen.

"Jeg har forsøgt at få en gruppelevsforikring med dækning ved tabt erhvervsevne, da jeg er blevet selvstændig. Jeg er blevet nægtet med henvisning til, at jeg er i behandling for en depression og at jeg derfor statistisk har en højere risiko end andre. Jeg er i god behandling, jeg er normalfungerende og driver eget firma."

I enkelte af henvendelserne beskrives dog oplevelser om afslag på baggrund af en sygdomshistorik, som ligger mere end en håndfuld år forud for afslaget, og hvor lidelsen har været behandlet og i bero i flere år.

En kvinde midt i 30'erne oplyser at have fået afslag på at tegne livsforsikring og erhvervsevnetabsforsikring begrundet i hendes psykiske sygdomshistorik. Hun beretter om en turbulent og vanskelig ungdom som resulterede i et halvhjertet selvmordsforsøg, da hun var 21 år. Hun modtog efterfølgende behandling og er i dag rask, har taget en universitetsuddannelse, er i arbejde og lever et sygdomsfrit liv.

"Jeg ved godt at statistikkerne peger på, at har man haft en depressiv episode, så kan man let få en ny. Men jeg har været sygdomsfri i over 15 år, og medicinfri i knap 10 år. [...] jeg finder det uretfærdigt, at jeg for altid skal straffes for noget som ligger så langt tilbage, og som jeg har lagt et stort arbejde i at bearbejde. [...]"

Endvidere beskriver en enkelt borger, at have fået afslag på forsikringstegning på en livsforsikring med begrundelse om en øget risiko for en type af skade, som forsikringen ikke dækker.

Borgeren oplyser at lide af OCD og plages af tvangstanker, herunder tvangstanker om selvskade.

I forbindelse med ansøgning om en gruppelivsforsikring får borgeren forsikringsafslag med begrundelsen "selvmordstendenser", selvom forsikringen ikke dækker ved selvmord, og selvom det fremgår af vedkommendes journaler, at tvangstanker alene er tvangstanker og aldrig har været udtryk for et ønske om at realisere selvskade.

"Det er et endnu større nederlag, når man har in mente, at livsforsikringer ikke dækker ved selvmord, og at selskabet bruger tidligere selvmordstendenser til at begrunde afslaget. Det er endvidere ganske frustrerende at få et brev, hvor der står, at jeg har haft selvmordstendenser, når jeg ifølge fagpersonale ikke har haft sådanne tendenser."

I forbindelse med fremsendelsen af de uddybende spørgeskemaer bad Finanstilsynet tillige om at modtage kopier af afslagsbreve samt anden dokumentation for selskabernes begrundelser for afslagene. Finanstilsynet modtog på denne baggrund afslagsbreve fra seks borgere.

De modtagne afslagsbreve indeholdt alle en begrundelse om, at afslaget skyldes vedkommendes sygdom eller oplysninger om, hvordan borgeren kunne modtage en nærmere begrundelse for afslaget. Nogle borgere er endvidere blevet oplyst om årsagen til, at sygdommen medfører afslag – enten med henvisning til en øget forsikringsrisiko forbundet med den pågældende lidelse eller med henvisning til vanskelighed ved at risikofastsætte sygdommen.

Et enkelt afslagsbrev indeholdt herudover oplysning om, at borgeren kunne forsøge at tegne forsikring i et andet selskab med andre antagelsesregler, og et andet oplyste om at bor-

geren kunne forsøge at tegne forsikring hos selskabet igen om et par år, såfremt sygdommen havde været i bero i den mellemliggende periode.

Eksempel på begrundelse for afslag

"Årsagen til at vi har afvist tegning af ulykkesforsikring skyldes, at du har eller har haft tanker om at skade dig selv på grund af depression, og vi har derfor ikke mulighed for at beregne den øgede risiko, vi mener det kan have, ved en given skade. [...]"

Eksempel på begrundelse for afslag

"Jeg har fået svar fra Videncenter for Helbred og Forsikring.

På grund af oplysning om, at du har haft psykiske symptomer igennem flere år, med vekslende sygemeldinger, og hvor der senest har været symptomer i 2009 kan vi desværre ikke tilbyde dig at oprette den ønskede forsikring. Derfor har jeg annulleret din begæring.

Vi vil gerne vurdere vilkårene med henblik på oprettelse af forsikring igen i marts 2013, hvor du så skal give os nye oplysninger om dit helbred. [...]"

Sammenfatning på borgerhenvendelserne

Af borgerhenvendelserne kan det konkluderes, at de fleste afslag er givet på tegningstidspunktet for forsikringen. Der er få henvendelser, der omhandler opsigelser af en eksisterende forsikring eller afvisninger af udbetaling af forsikringssummen. Afslag begrundet i psykiske lidelser er specielt blevet givet, når der har været ønske om at tegne en livsforsikring, ulykkesforsikring og forsikring mod tab af erhvervsevne.

Alle borgere har fået afslaget begrundet med deres sygdom eller helbredstilstand. Finanstilsynet har ikke kompetence til at søge nærmere redegørelser for selskabernes konkrete sagsbehandling i forbindelse med de enkelte risikovurderinger og forsikringsafslag, der er givet borgerne.

De seks afslagsbreve, som tilsynet har set fra borgerne, lever op til de gældende lovkrav, da disse alle indeholdt en konkret begrundelse eller oplyste, at en sådan begrundelse kunne modtages på anmodning herom. De viser dog også, at der er forskelle på, hvor uddybende en begrundelse selskaberne giver, og hvilken rådgivning selskaberne af egen drift giver kunder, som får afslag. I afslagsbrevene har nogle borgere fået suppleret oplysningen om, at afslaget skyldes vedkommendes sygdom med en oplysning om, at årsagen enten er øget forsikringsrisiko eller vanskelighed ved at risikofastsætte sygdommen. Samtidig er en enkelt borger i afslagsbrevene tillige blevet gjort opmærksom på, at selskabet tilbyder at få foretaget en ny vurdering efter x års symptomfrihed.

Finanstilsynet har ikke på baggrund af informationen indeholdt i de 42 borgerhenvendelser fundet, at forsikringssekskabernes generelle praksis overtræder lovgivningen.

Klagesager i Forsikringsankenævnet

Som led i undersøgelsen har tilsynet været i dialog med Ankenævnet for Forsikring med henblik på at belyse ankenævnets praksis og erfaringer på området.

Ankenævnet oplyser i den forbindelse, at det ikke har systemmæssigt mulighed for at danne statistikker, der belyser, præcis hvor mange sager de årligt behandler, som vedrører forsikringer for personer med gældende eller tidligere psykiske lidelser. Men Ankenævnet fortæller, at det kun har ganske få sager, der vedrører denne persongruppes adgang til at tegne forsikring.

Derimod har Ankenævnet flere sager, som drejer sig om, at denne persongruppe får afvist erstatningsudbetaling – enten med henvisning til, at forsikringstageren har afgivet urigtige helbredsoplysninger på tegningstidspunktet eller som følge af undtagelsesbestemmelser i forsikringsbetingelser, som undtager selskabet for erstatningsansvar i tilfælde af sygdomme, der bestod forud for forsikringstegningen.

I det følgende beskrives Ankenævnets oplysninger om dets erfaringer med de forskellige typer af sager, som det behandler, hvor borgerne har haft en forudgående psykisk lidelse inden forsikringstegning. Sagerne omhandler typisk følgende tre situationer:

Sager om afslag på at tegne forsikring

Ankenævnet oplyser, at det har afgjort enkelte sager, hvor selskaber med henvisning til en psykisk lidelse har afvist at tegne forsikring. Afgørelserne i disse sager afhænger af, om den pågældende forsikringstype er underlagt kontraheringspligt, eller om selskabet ud fra en risikovurdering af den enkelte forsikringsøgende selv kan bestemme, om det ønsker at indtegne denne.

Således fx AK **53. 646**, hvor selskabet afviste, at klageren kunne tegne en erhvervsevnetabsforsikring med henvisning til, at klageren i forbindelse med en sag om forældremyndighed havde været behandlet for depression. Nævnet udtalte i denne sag følgende: *”Selskabet har som udgangspunkt ikke nogen pligt til at antage en fremsat forsikringsbegæring, og nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at tegne den ønskede forsikring.”*

Sager om afgivelse af urigtige helbredsoplysninger

Ankenævnet har behandlet en række sager om selskabernes brug af forsikringsaftaleloven §§ 4-10, hvor forsikringstageren har undladt at oplyse om psykiske sygdomme og lidelser. Det afgørende for disse sagers udfald er i udgangspunktet, om der uagtsomt er afgivet urigtige oplysninger af forsikringstageren, og om selskabet ved fremlæggelse af tegningsregler eller lignende har godtgjort, at det ikke ville have indtegnet forsikringen, eller i givet fald ville have indtegnet denne på andre vilkår end sket.

Se fx Forsikringsankenævnets sag nr. **AK 84.697**, der er nærmere beskrevet i boksen nedenfor, hvor klageren i en helbredserklæring, som han selv udfyldte, undlod at oplyse, at han et par år forud og 4 gange umiddelbart før han tegnede en gruppeinvalidforsikring

havde konsulteret sin praktiserende læge med depressionssymptomer og havde fået udskrevet receptpligtig antidepressiva. Selskabet annullerede forsikringen med tilbagevirkende kraft i medfør af FAL § 6, da klageren i 2011 anmeldte et erhvervsevnetab.

Forsikringsankenævnet – Sag AK 84.697

Nævnet udtalte:

"Indledningsvis bemærker nævnet, at optagelse i den omhandlede gruppeforsikringsordning kræver, at forsikrede afgiver tilfredsstillende helbredsoplysninger på oprettelsestidspunktet

Klageren underskrev den 15/8 2007 en helbredserklæring i forbindelse med forsikringens oprettelse. I helbredserklæringen oplyste han kun om sin menisklæsion fra 2006, selvom det af egen læges journalnotater fremgår, at han siden juni 2007 havde konsulteret lægen fire gange på grund af søvnmangel, depressionssymptomer og angst. Lægen havde i den anledning udskrevet forskelligt receptpligtig medicin, men det er uklart, hvor længe klageren indtog denne medicin.

Efter at have gennemgået sagen finder nævnet, at selskabet har bevist, at klageren ved forsikringens oprettelse afgav urigtige oplysninger ved ikke i helbredserklæringen at oplyse om sine konsultationer hos egen læge vedrørende hans psykiske problemer. Afgivelsen af de urigtige oplysninger må efter nævnets opfattelse tilregnes klageren som i det mindste uagtsom.

Nævnet finder ikke anledning til at betvivle selskabets oplysning om, at forsikringen ikke ville være antaget, såfremt korrekte oplysninger havde foreligget på oprettelsestidspunktet. Det bemærkes, at det også er klagerens psykiske problemer, der har givet anledning til den nu foreliggende sag. Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har opsagt forsikringen med tilbagevirkende kraft fra oprettelsestidspunkt, jf. forsikringsaftalelovens § 6, og i konsekvens heraf har afvist klagerens forsikringsdækning for det nu anmeldte erhvervsevnetab.

Som følge heraf bestemmes: Klageren får ikke medhold."

Sager om tegning uden helbredsoplysninger

For mange af de personforsikringer, som i dag tegnes i forbindelse med optagelsen i kollektive pensionsordninger på arbejdsmarkedet, anmoder selskaberne ikke om helbredsoplysninger ved tegningen. Forsikringerne indeholder dog som oftest bestemmelser i forsikringsbetingelserne, der i større eller mindre grad friholder selskabet for ansvar, hvis forsikringsbegivenheden skyldes sygdomme/lidelser m.v., der bestod forud for forsikringstegningen. Denne type sager afgøres ud fra det konkrete aftaleretlige grundlag, kausalitetsvurderinger og det grundlæggende forsikringsprincip om, at forsikring dækker fremadrettet.

Se fx **AK 84.064**, hvor selskabet med afsæt i forsikringsbetingelsernes undtagelsesbestemmelser afviste at yde helbredsbetingsede ydelser til klageren med henvisning til, at klageren i årene forud for optagelsen i pensionsordningen havde haft en række sygdomsmeddelinger pga. stress og depression.

Forsikringsankenævnet – Sag AK 84.064

Nævnet udtalte:

Forsikringsbetingelserne indeholder følgende generelle undtagelse for forsikringsdækning: "Der er ikke ret til udbetaling/præmiefritagelse ved erhvervsevnetab, hvis medarbejderen ved optagelsen i pensionsordningen efter Selskabets vurdering har en erhvervsevne, der ud fra helbredsmæssige kriterier varigt er nedsat med halvdelen eller mere. Denne generelle begrænsning bortfalder 10 år efter medarbejderens optagelse i pensionsordningen."

Nævnet finder efter sin gennemgang af sagen, herunder de lægelige oplysninger, at selskabet har godtgjort, at klagerens erhvervsevne som følge af hendes psykiske lidelser var betydeligt nedsat ved optagelsen i pensionsordningen pr. 1/5 2010. På det foreliggende grundlag finder nævnet, at hun blev sygemeldt i maj 2011 på grund af en udvikling af de samme lidelser, som udgør hovedårsagen til hendes erhvervsevnetab.

På denne baggrund finder nævnet, at selskabet har været berettiget til at afslå dækning under henvisning til den ovenfor gengivne undtagelsesbestemmelse i forsikringsbetingelserne.