

Undersøgelse 2021/2022

Adgang til livs- og skadesforsikringer for personer med handicap

Indholdsfortegnelse

Indledning og baggrund.....	3
Konklusioner.....	6
Livsforsikringsområdet – individuelle invalide- og dødsfaldsforsikringer	6
Skadesforsikringsområdet – indbo- og rejseforsikringer	12
Bilag 1 – Retligt grundlag	16
Kontraheringsfrihed	16
Regler på det finansielle område.....	16
Forsikringsaftaleloven.....	20
Databeskyttelsesreglerne	20
Bilag 2 – Spørgsmål mv. til selskaberne.....	22
Bilag 3 – Videncenter for Helbred & Forsikring (HEFO)	24
Bilag 4 – Opsummering af anbefalinger i Finanstilsynets rapport fra 2015.....	25

Indledning og baggrund

Finanstilsynet har i 2021-2022 på anmodning fra erhvervsministeren undersøgt, hvordan forsikringsselskaber sikrer, at de ikke overtræder reglerne om diskrimination af personer med handicap. Undersøgelsen er gennemført som led i tilsynet med forsikringsselskabernes overholdelse af reglerne om god skik i lov om finansiel virksomhed¹ og bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører², som bl.a. bestemmer, at forsikringsselskaber skal handle redeligt og loyalt overfor sine kunder. Undersøgelsen er endvidere en indsats i udmøntningen af Finanstilsynets strategi frem mod 2025, hvor et af hovedfokusområderne er "ordentlighed i den finansielle sektor".

Ønsket fra erhvervsministeren kom på baggrund af de høringssvar, som bl.a. Institut for Menneskerettigheder og Danske Handicaporganisationer afgav i forbindelse med Danmarks af-rapportering til FN's Komité om Rettigheder for Personer med Handicap i 2020³. Høringssvarene henviste bl.a. til Vives rapport fra 2016 om levevilkår for personer med handicap⁴. Rapporten beskriver, hvordan personer med handicap kan blive mødt med udfordringer, når de ønsker at tegne forsikringer. Personer med handicap får oftest afslag på livs- eller ulykkesforsikringer samt forsikringer ved kritisk sygdom og mod tab af erhvervsevne, eller de bliver tilbudt en sådan forsikring på skærpede vilkår.

Undersøgelsen følger desuden op på Finanstilsynets rapport om Forsikringsselskabers håndtering af personer med psykiske lidelser fra 2015⁵. Af rapporten fremgår det, at Finanstilsynet ikke fandt anledning til at give påbud eller påtaler til de enkelte virksomheder. Finanstilsynet gav dog en række anbefalinger, bl.a. til ændringer og præciseringer af god skik-reglerne og vejledningen til disse.

Finanstilsynet har som led i undersøgelsen indhentet oplysninger fra tre livsforsikringsselskaber og tre skadesforsikringsselskaber for at kortlægge, hvordan selskaberne forholder sig til personer med handicap, når disse beder om forsikringstilbud (antagelsessituationen), og hvordan de forholder sig i dialogen med kunden, indtil forsikringen er tegnet, eller der er givet afslag på at tegne forsikringen.

Undersøgelsen vedrører to forskellige kategorier af livs- og skadesforsikringsprodukter, nemlig:

- dødsfalds- og invalideforsikring, der udbydes som individuelle forsikringer, og
- indbo- og rejseforsikring.

Finanstilsynet har ikke indhentet konkrete antagelsessager, men har set eksempler på konkrete klagesager over afslag eller skærpede vilkår begrundet i den forsikringssøgendes helbredsoplysninger. Det skyldes bl.a., at Finanstilsynets tilsyn med forsikringsselskabers efterlevelse

¹ Jf. lovbekendtgørelse nr. 1447 af 11. september 2020.

² Jf. bekendtgørelse nr. 1779 af 6. september 2021.

³ <https://www.ft.dk/samling/20191/almindel/reu/bilag/374/index.htm>

⁴ <https://www.vive.dk/da/udgivelser/personer-med-handicap-6831/> - Undersøgelsen er blevet gentaget i 2020, og resultatet heraf offentliggjort i 2021: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/mennesker-med-handicap-16726/>

⁵ <https://www.finanstilsynet.dk/Tal-og-Fakta/Rapporter/2021/PM-haantering-af-personer-psykisk-lidelse-181215>

af god skik-reglerne gælder selskabernes generelle adfærd. Finanstilsynet har ikke kompetence til at behandle eller træffe afgørelser i sager om eventuel diskrimination af personer med handicap, idet dette henhører under Ligebehandlingsnævnet.

Det er Ligebehandlingsnævnet, der fastslår, hvornår der i en konkret sag er tale om diskrimination af personer med handicap. En afgørelse fra Ligebehandlingsnævnet, der fastslår ulovlig forskelsbehandling vil ligeledes betyde, at forsikringsselskabet overtræder reglerne om god skik. Den praksis ligebehandlingsnævnet fastlægger om, hvornår der er tale om ulovlig forskelsbehandling, vil danne rammerne for, hvornår forsikringsselskaberne mere generelt kan komme til at diskriminere deres kunder. Da god skik-reglerne fortolkes dynamisk, dvs. i overensstemmelse med de til enhver tid gældende samfundsnormer, vil ny praksis fra Ligebehandlingsnævnet have betydning for, hvad der bliver anset som god skik for forsikringsdistributører.

Undersøgelsen af livsforsikringsprodukterne vedrører de produkter, som selskaberne udbyder som individuelle forsikringer. Årsagen til denne afgrænsning er dels, at selskaberne ved tegning af individuelle forsikringer typisk foretager en mere detaljeret helbreds-vurdering, dels at det kan være sværere for en forsikrings-søgende at komme ind i en individuel ordning end i en større firmaordning. Se **bilag 2** for de specifikke spørgsmål mv.

Derudover har Finanstilsynet bedt de forskellige selskaber uddybe nogle af deres svar eller procedurer yderligere, bl.a. vedrørende spørgsmål om den individuelle vurdering og brugen af automatiske afslag ved svar på spørgsmål om fleksjob og lignende.

For skadesforsikringsselskaberne er undersøgelsen desuden udvidet til også at gælde den måde, hvorpå selskaberne behandler skadesanmeldelser, hvis kunden (den skadelidte) har haft helbredsproblemer forud for skaden. Finanstilsynet har endvidere spurgt, om det har betydning for risikovurderingen af en forsikrings-søgende, at vedkommende er bosat på et bosted. Sidstnævnte spørgsmål er begrundet i, at Finanstilsynet i undersøgelsens indledende fase af Danske Handicaporganisationer blev gjort opmærksom på, at primært personer med psykiske handicap, der bor på et bosted, oplever, at de ikke kan tegne indboforsikringer til samme priser eller under samme vilkår, som personer, der ikke bor på et bosted. Da skadesforsikringsselskaberne ikke selv nævnte bosteders betydning for risikovurderingen ved tegning af en indboforsikring i besvarelsen af spørgsmålene i **bilag 2**, har Finanstilsynet fundet anledning til specifikt at spørge om betydningen af, at en forsikrings-søgende bor på et bosted.

Til brug for undersøgelsen har Finanstilsynet været i dialog med relevante organisationer og myndigheder: Danske Handicaporganisationer, Institut for Menneskerettigheder, Social- og Ældreministeriet, Forsikring & Pension og Ligebehandlingsnævnet. De input, som Finanstilsynet har fået i den forbindelse, indgår i undersøgelsen.

Finanstilsynet har i undersøgelsen ikke sondret mellem psykiske og fysiske lidelser.

Rapporten samler de væsentligste resultater fra undersøgelsen og blev primo 2022 sendt i høring hos de medvirkende selskaber samt brancheforeningen Forsikring & Pension, Social-

og Ældreministeriet og Institut for Menneskerettigheder. Dele af høringssvarene indgår i rapporten.

Konklusioner

Finanstilsynet har i denne undersøgelse foretaget en vurdering af, om forsikringsselskabernes praksis i forhold til adgang til forsikringer for personer med et handicap er i overensstemmelse med reglerne om god skik. Finanstilsynet har i den forbindelse inddraget reglerne i lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap (handicapdiskriminationsloven)⁶. Definitionen på personer med handicap fremgår af handicapkonventionen og er nærmere beskrevet i rapportens bilag 1, side 18.

Loven forbyder såvel direkte som indirekte diskrimination af personer med handicap, og den gælder for både offentlige myndigheder og private aktører, herunder forsikringsselskaber. Diskriminationsforbuddet vil blandt andet kunne påberåbes af forsikringsøgende, som oplever at blive forskelsbehandlet på grund af handicap i forbindelse med en ansøgning om eller fastsættelse af vilkår for en forsikring. Forsikringsselskaberne vil imidlertid ikke have foretaget ulovlig forskelsbehandling, hvis forskelsbehandlingen er objektivt begrundet i et sagligt formål, er nødvendig for at opnå formålet og der er et rimeligt forhold mellem det ønskede mål og hvor indgribende forskelsbehandlingen er for den forsikringsøgende.

Det er Ligebehandlingsnævnet, som har kompetence til at træffe afgørelse i konkrete klager om overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling efter handicapdiskriminationsloven. Nævnet fastlægger i den forbindelse praksis for, hvornår der er tale om ulovlig forskelsbehandling på grund af handicap. Der har endnu ikke været nogen afgørelser om forbuddet mod forskelsbehandling i forhold til forsikringer. Ny praksis fra nævnet vil derfor kunne medføre, at den praksis, som er nævnt nedenfor, vil skulle revideres.

Finanstilsynet vil derfor løbende vurdere, om afgørelser fra Ligebehandlingsnævnet om overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling, giver anledning til at tage problemstillingen op på ny i forhold til reglerne om god skik. Desuden skal god skik-reglerne fortolkes dynamisk, dvs. i overensstemmelse med de til enhver tid gældende samfundsnormer.

Da undersøgelsen vedrører to produktgrupper indenfor henholdsvis livsforsikringsområdet og skadesforsikringsområdet, er konklusionerne i rapporten opdelt i forhold til disse produktgrupper.

Den overordnede konklusion er, at forsikringsselskabernes behandling af forsikringsøgende med et handicap som udgangspunkt er i overensstemmelse med god skik.

Livsforsikringsområdet – individuelle invalide- og dødsfaldsforsikringer

Vurdering af helbred og mulighed for at tegne forsikringer

Livsforsikringsselskaberne har ikke særlige politikker for behandling af personer med handicap, idet de behandler alle ens. Selskaberne spørger alle, der ønsker en individuel livs- eller invalideforsikring, om helbredsoplysninger, uanset om de har et handicap eller ej.

Generelt oplyser selskaberne, at de i antagelsesprocessen ikke afdækker, om den forsikringsøgende har et handicap, men alene om der er forsikringsmæssige risici ved den forsikringsøgendes helbred, som skal tages i betragtning.

⁶ [Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap \(retsinformation.dk\)](http://retsinformation.dk)

Indførelsen af handicapdiskriminationsloven i juli 2018 førte derfor ikke til ændringer i selskabernes allerede etablerede procedurer for forsikringstegning. Det skyldes ifølge selskabene, at de allerede var opmærksomme på, at afgørelser skal træffes på et sagligt og rimeligt grundlag.

Livforsikringselskaberne har oplyst, at de foretager en individuel vurdering af den forsikringssøgendes forsikringsmæssige risici. Spørgsmålene vedrørende den forsikringssøgendes helbred er fælles for alle med helbredsmæssige problemer, uanset om de er personer med handicap eller ej. Det betyder også, at personer med samme diagnose eller sygdom kan have forskellige muligheder for forsikringstegning alt efter den forsikringsmæssige risiko, som sygdommen eller diagnosen konkret medfører. Et selskab har anført, at det ikke tillægger subjektive angivelser som "sund kost og god form" særlig vægt, men at disse elementer typisk kan aflæses i den forsikringssøgendes blodprøver og BMI.

Alle potentielle nye kunder bliver bedt om at udfylde en helbredserklæring. Afhængigt af svarene kan den forsikringssøgende blive bedt om at afgive yderligere oplysninger fra læger eller behandlere med henblik på at vurdere, om forsikringen kan tegnes på normale vilkår eller med klausul eller højere præmie, eller om der skal gives et afslag. Selskaberne beder om samtykke, hvis de selv ønsker at indhente yderligere oplysninger hos f.eks. den forsikringssøgendes læge.

I helbredserklæringen bliver den forsikringssøgende bedt om at give oplysninger om sit helbred og om, hvorvidt den pågældende er eller har været i fleksjob, herunder evt. har påbegyndt en sag om eller været i jobafklarings- eller ressourceforløb⁷. Selskaberne har ikke oplyst, hvorvidt de beder om oplysninger om sociale forhold som økonomi, uddannelse, samlivsstatus eller lignende.

Selskaberne stiller generelt flere spørgsmål til en forsikringssøgendes helbred, når der er tale om individuelle forsikringer, end når der er tale om optagelse via kollektive firmaordninger. Et selskab anfører, at store firmaordninger kræver lempelige helbredsoplysninger på grund af risikoudligning, mens små firmaordninger kræver mere omfattende helbredsoplysninger. Et andet selskab har oplyst, at det kun tegner en mindre del af sine forsikringer som individuelle forsikringer.

Når selskabet har indhentet helbredsoplysninger fra eller om en kunde, er det almindelig praksis, at selskabet sammenholder helbredsoplysningerne med sine interne antagelsesregler og på den baggrund vurderer, om forsikringen skal tegnes, og i givet fald til hvilken præmie og med hvilke klausuler.

⁷ I 2013 skete en større ændring af sociallovgivningen i Danmark, bl.a. blev der indført nye indsatser for sygemeldte borgere med henblik på udvikling af arbejdsevnen og mulighed for at vende tilbage til job og uddannelse, de såkaldte ressource- og jobafklaringsforløb. Disse forløb blev også en umiddelbar forudsætning for at få fleksjob eller førtidspension. Reglerne om fleksjob blev også ændret, bl.a. er lønsammensætningen mellem kommune og arbejdsgiver ændret væsentligt. Dertil blev førtidspensionsbevillingen ændret, så borgere under 40 år, som udgangspunkt ikke kan bevilges en førtidspension. De arbejdstagere, der i dag er i fleksjob, kan have fået bevilget fleksjob efter reglerne enten før eller efter 2013.

Det er medarbejdere hos selskaberne, som på baggrund af de indsamlede helbredsoplysninger i de konkrete sager foretager de individuelle vurderinger af, om en forsikringsøgendes helbredsprofil giver anledning til andet end tegning af forsikring på almindelige vilkår og til almindelig præmie.

De tre livsforsikringselskaber, som indgår i undersøgelsen, er alle tre medlemmer af HEFO (Videncenter for Helbred & Forsikring) og har dermed mulighed for at støtte sig til de vejledende evidensbaserede retningslinjer fra HEFO. Se en mere uddybende beskrivelse af HEFO i **bilag 3**. I tvivlstilfælde sender forsikringselskaberne sagen til HEFO med henblik på en vejledende helbredsmæssig risikovurdering. HEFO's vurderinger er vejledende for selskaberne, på den måde, at selskaberne forholder sig til HEFO's rådgivning for herefter at træffe deres egen afgørelse.

Et selskab oplyser, at dets antagelsesregler for tegning af individuelle forsikringer sikrer, at afgørelserne bygger på individuelle helbreds-vurderinger, der tager højde for konkrete forsikringsrisici, som kan være forskellige for forskellige personer med samme handicap eller diagnose. Selskabet undersøger, om forsikringsøgernes konkrete helbredsforhold afviger fra de generelle forsikringsmæssige risici, som kendetegner gennemsnitsgruppen med det pågældende handicap eller diagnose.

Et andet selskab oplyser, at de foretager en individuel og konkret risikovurdering af den enkelte kunde. Det gælder bl.a. i forhold til den forsikringsdækning, kunden begærer (dækning for død, invaliditet m.v.). Risikovurderingen sker på baggrund af den forsikringsøgendes besvarelse af helbredserklæringen og eventuelt supplerende oplysninger, f.eks. fra lægejournaler. Vurderingen af det konkrete helbredsmæssige problems betydning for den forsikringsøgendes helbred tager, ud over oplysningerne om den forsikringsøgendes aktuelle tilstand, afsæt i statistik og almindelig lægelig empiri for, hvordan en person almindeligvis vil være – og/eller med tiden vil blive – påvirket af sine helbredsmæssige udfordringer.

Alle forsikringselskaberne har svaret, at den forsikringsmæssige risiko, der følger af de forsikringsøgendes helbredsmæssige problemer, kan medføre:

- a. afslag på at tegne forsikring
- b. tegning af forsikring på særlige vilkår ved brug af klausler
- c. tegning af forsikring på særlige vilkår med forhøjet præmie
- d. tegning af forsikring med normal præmie.

Det afgørende for udfaldet er den forsikringsmæssige risiko, uanset om den udgøres af et handicap eller andre helbredsmæssige problemer. Brug af klausuler eller forhøjet præmie forudsætter, at forsikringsøgende ikke har et sådant helbred, at selskabet vurderer, at vedkommende skal have afslag på forsikringstegning, fordi skærpede vilkår ikke kan eliminere den forhøjede risiko ved de helbredsmæssige problemer. Et selskab oplyser desuden, at muligheden for at få en klausul kun eksisterer i forhold til bestemte typer af individuelle forsikringer og er begrænset til bestemte lidelser.

Undersøgelsen tegner et billede af, at selskaberne så vidt muligt først forsøger at benytte klausuler, derefter forhøjet præmie og sidst afslag på tegning af forsikringen, hvis selskaberne ikke kan tilbyde en forsikring på normale vilkår på grund af den forsikringsmæssige risiko.

Finanstilsynet vurderer, at det er i overensstemmelse med god skik, at selskaberne foretager denne forsikringsmæssige risikovurdering af den forsikringssøgendes helbred ved anmodning om individuelle livs- og invalideforsikringer, når vurderingen er individuel for den forsikringssøgende og f.eks. tager udgangspunkt i HEFO's vejledende retningslinjer, eventuelt suppleret med en konkret vejledende rådgivning fra HEFO.

Konklusion 1:

Livsforsikringsselskaberne sonderer ikke mellem personer med handicap og andre personer, som har helbredsmæssige udfordringer, i forbindelse med anmodning om tegning af invalide- og dødsfaldsforsikringer. Alle forsikringssøgende gennemgår den samme antagelsesproces, og selskaberne vurderer den forsikringssøgendes helbred individuelt med henblik på at afdække den forsikringsmæssige risiko.

Finanstilsynet vurderer, at en praksis, hvor alle forsikringssøgende bliver vurderet individuelt er i overensstemmelse med god skik.

Automatiske afslag eller skærpede vilkår på baggrund af diagnoser eller svar på spørgsmål i helbredsskema

Der er som udgangspunkt aftalefrihed på forsikringsområdet. Potentielle kunder har typisk ikke *ret* til at tegne en forsikring, og selskaberne har ikke *pligt* til at sælge deres produkt til kunderne, dvs. tegne forsikring for de forsikringssøgende (se herom i **bilag 1**).

Der er i alle selskaberne eksempler på diagnoser, som dækker over alvorlige helbredsmæssige påvirkninger med så høj en forsikringsmæssig risiko, at de automatisk medfører afslag, fordi en individuel vurdering af de helbredsmæssige forhold ikke ville føre til et andet resultat. Selskaberne nævner som eksempler diagnoser som cystisk fibrose, amyotrofisk lateral sklerose (ALS) og visse former for kræft. Et selskab anfører desuden, at kronisk nyrebetændelse og muskeldystrofi er eksempler på diagnoser, der automatisk medfører krav om skærpede vilkår fra selskabet.

Finanstilsynet vurderer, at det er i overensstemmelse med god skik, at forsikringsselskaberne udpeger diagnoser, som automatisk fører til afslag eller skærpede vilkår, fordi den forsikringsmæssige risiko ved diagnoserne er så høj, at en individuel vurdering ikke ændrer på dette. I disse tilfælde kan afslaget eller skærpede vilkår være sagligt begrundet, nødvendigt og proportionelt. Såfremt et forsikringsselskab i disse situationer beder om yderligere oplysninger, vil konsekvensen være, at selskabet indhenter flere følsomme personoplysninger om den forsikringssøgende, som selskabet i realiteten ikke skal bruge til noget.

To selskaber spørger i helbredserklæringerne til brug for tegning af individuelle forsikringer, om den forsikringssøgende er "fuldstændig arbejdsdygtig" – altså om personen er i stand til

at udføre sit job på lige vilkår med andre personer i samme jobfunktion. En person er ikke fuldt arbejdsdygtig, hvis vedkommende f.eks. er helt eller delvist sygemeldt eller arbejder på nedsat tid af helbredsmæssige årsager. Det er ikke afgørende for vurderingen, om personen benytter hjælpemidler i sit arbejde.

Et af de to selskaber oplyser til dette, at hvis en forsikringssøgende, der ønsker at tegne en individuel forsikring mod tab af erhvervsevne, svarer "nej" til at være fuldstændig arbejdsdygtig i helbredsskemaet, starter selskabet en såkaldt antagelsessag. Her undersøger selskabet årsagen til, at den pågældende ikke er fuldt arbejdsdygtig. I processen foretager selskabet en individuel helbredsmæssig vurdering af, om forsikringssøgende kan tegne forsikringer mod invaliditet og/eller dødsfald.

Det andet selskab svarer, at det i forhold til individuel tegning af forsikring mod tab af erhvervsevne ikke tidligere foretog yderligere vurdering. Selskabet mente ikke, at yderligere svar ville ændre på beslutningen, fordi uarbejdsdygtighed var en objektiv afvisningsgrund.

Selskabet valgte dog undervejs i perioden for Finanstilsynets undersøgelse at igangsætte en ændring af sin fremgangsmåde. Det betyder, at selskabet efter indførelsen af den nye proces også spørger om, hvorvidt uarbejdsdygtigheden skyldes et handicap. Svarer den forsikringssøgende "ja" til dette, behandler selskabet henvendelsen nærmere, inden det træffer en endelig beslutning om antagelse eller afslag på forsikringsdækning. Samtidig har selskabet tilføjet en tekst i helbredserklæringen, der giver yderligere vejledning til, hvordan spørgsmålet om arbejdsdygtighed skal forstås, så det tydeligt fremgår, at et handicap ikke betyder, at en forsikringssøgende ikke kan udføre sit job på normale vilkår.

Finanstilsynet finder, at hvis et forsikringsselskab spørger den forsikringssøgende om vedkommende er fuldstændig arbejdsdygtig, uden i øvrigt at vejlede nærmere om forståelsen af spørgsmålet og afdække om den forsikringssøgende har et handicap, så er der nærliggende risiko for, at personer med et handicap vil være mere tilbøjelige til at svare "nej", selvom vedkommende efter en konkret vurdering ville kunne tegne den pågældende forsikring. Selskaberne bør derfor ikke benytte automatiske afslag i sådanne situationer, men foretage en individuel vurdering.

Alle tre selskaber stiller, i forbindelse med antagelsen, spørgsmål relateret til fleksjob, herunder revalidering, jobafklaringsforløb, ressourceforløb og lign.

To af tre selskaber svarer, at det ikke automatisk medfører et afslag, hvis en forsikringssøgende svarer "ja" til at være i eller have været i fleksjob eller lignende. Svarene vil indgå i den individuelle vurdering af den forsikringssøgendes helbred.

Det tredje selskab svarer, at for individuelle forsikringer ved død vil svaret altid blive brugt som udgangspunkt for en individuel vurdering. Udfaldet kan i disse tilfælde være det samme som for alle andre forsikringssøgende.

Det tredje selskab svarer videre, at hvis invalideforsikringen kan tegnes med en klausul, vurderer selskabet individuelt muligheden for at tilbyde dette. Det samme gælder, hvis den sociale ydelse er tilkendt af sociale og ikke helbredsmæssige årsager. Hvis invalideforsikringen

derimod ikke kan tegnes med en klausul, giver selskabet et automatisk afslag til den forsikringssøgende, der er i eller har søgt om fleksjob, jobafklaring, ressourceforløb eller førtidspension. Selskabet begrundes bl.a. dette med, at tilkendelse af de nævnte sociale ydelser bygger på en individuel vurdering hos det offentlige, hvor et af de centrale elementer er den pågældendes helbredstilstand og heraf følgende mulighed for at arbejde. Disse sociale ydelser er et udtryk for, at personens individuelle helbredsmæssige forhold har medført en væsentlig nedsættelse af evnen til at arbejde. Da det netop er arbejdsevnen, der bliver forsikret ved en invalideforsikring, er de helbredsmæssige forhold derfor ensbetydende med en væsentlig forhøjet forsikringsmæssig risiko. Selskabet begrundes desuden de automatiske afslag med, at invalideforsikringen, uden mulighed for en evt. klausul, giver ret til udbetaling allerede ved erhvervsevnenedsættelse med 50 pct., og fordi en ansøgning om eller tilkendelse af en af de relevante sociale ydelser forudsætter, at den forsikringssøgendes evne til at arbejde er væsentligt nedsat, hvilket hurtigere medfører en væsentlig risikoforhøjelse, end hvis forsikringen først kunne udbetales ved erhvervsnedsættelse med f.eks. to tredjedele. Desuden vil forsikringsrisikoen i mange tilfælde allerede være aktualiseret, dvs. forsikringsbegivenheden vil være indtrådt. En individuel vurdering af helbredstilstanden hos en person, der har ansøgt om eller som er tilkendt de nævnte sociale ydelser, vil derfor medføre samme resultat som det automatiske afslag. Desuden finder selskabet, at automatiske afslag er med til at mindske de omkostninger, der er forbundet med invalideforsikringen – og dermed også forsikringsprisen. Selskabet har i løbet af Finanstilsynets undersøgelse oplyst, at det igangsætter en ændring af antagelsespraksissen, således at alle, der ansøger om oprettelse af de pågældende forsikringer, vil blive underlagt en individuel helbredsvurdering.

Finanstilsynet finder at, hvis et forsikringsselskab afviser en forsikringssøgende alene fordi, at denne svarer "ja" til at være i eller have søgt om fleksjob eller lignende, så er der nærliggende risiko for, at personer med et handicap vil være mere tilbøjelige til at svare "ja", selvom vedkommende efter en konkret vurdering ville kunne tegne den pågældende forsikring. Selskaberne bør derfor ikke benytte automatiske afslag i sådanne situationer, men foretage en individuel vurdering. Dette skyldes særligt, at selskaberne ikke får belyst, i hvor høj grad den forsikringssøgende har mistet sin erhvervsevne, alene fordi den pågældende er i eller har søgt om fleksjob eller lignende. Der bliver ikke taget højde for disse individuelle forhold ved automatiske afslag. Selskaberne kan efter Finanstilsynets vurdering heller ikke begrunde automatiske afslag med, at de mindsker forsikringsomkostningerne, herunder forsikringsprisen.

Finanstilsynet finder, at en praksis med automatiske afslag og automatiske skærpede vilkår øger risikoen for, at selskaberne diskriminerer personer med handicap. I så fald vil det være i strid med § 5i handicapdiskriminationsloven og med reglerne om god skik.

Som tidligere nævnt er det dog op til Ligebehandlingsnævnet at tage stilling til, om der er sket en overtrædelse af reglerne i handicapdiskriminationsloven, herunder reglen om indirekte diskrimination.

Konklusion 2:

Nogle livsforsikringsselskaber benytter sig af automatiske afslag og automatiske skærpede vilkår ved anmodning om livs- og invalideforsikringer. Finanstilsynet vurderer, at denne praksis øger risikoen for diskrimination af personer med handicap. En sådan praksis kan derfor være i strid med god skik.

Der er dog særlige situationer, hvor den forsikringsmæssige risiko er så høj, at automatiske afslag eller automatiske skærpede vilkår på livs- og invalideforsikringer kan benyttes, idet en individuel vurdering ikke ville kunne ændre på udfaldet, og hvor afslaget dermed kan være sagligt begrundet, nødvendigt og proportionelt. Finanstilsynet vurderer, at sådanne tilfælde er i overensstemmelse med god skik.

Kommunikation med kunderne

Selskaberne har både indsendt skabeloner og konkrete eksempler på deres breve til forsikringssøgende med afslag eller tilbud om forsikringer på skærpede vilkår.

Fælles for selskaberne er, at de alle af egen drift begrundet deres afslag på at tegne de ansøgte forsikringer eller deres tilbud om at tegne de ansøgte forsikringer på skærpede vilkår.

Det er lidt forskelligt fra selskab til selskab, hvornår de oplyser forsikringssøgende om muligheden for at ansøge om forsikringen igen, hvis forsikringssøgendes helbredsmæssige forhold ændrer sig. Men for hovedparten af de indsendte sager gælder, at selskaberne oplyser om dette sammen med svaret på, om anmodningen om forsikring kan imødekommes. Det gælder både ved afslag og ved tilbud om forsikring på skærpede vilkår.

Et selskab kan typisk foretage en fornyet vurdering, hvis den forsikringssøgende har haft forbedret helbred i en vis periode. Periodens længde afhænger af en konkret vurdering i hver enkelt sag. I nogle sager vil der være tale om måneder, i andre sager vil der typisk være tale om et-to år. Men der kan efter det oplyste også være sager, hvor en fornyet vurdering først er relevant efter et forbedret helbred i en længere årrække, helt op til ti år. Denne praksis understøttes af de medsendte eksempler og brevskabeloner fra to af selskaberne.

Konklusion 3:

Livsforsikringsselskaberne begrundet af egen drift afslag på tegning af forsikringer og tilbud om forsikringer på skærpede vilkår. I de tilfælde, hvor de finder det relevant, oplyser selskaberne de forsikringssøgende om muligheden for at søge om forsikringen igen, hvis deres helbredsmæssige forhold ændrer sig.

Finanstilsynet vurderer, at denne praksis er i overensstemmelse med god skik.

Skadesforsikringsområdet – indbo- og rejseforsikringer

Undersøgelsen på skadesforsikringsområdet vedrørende rejseforsikring er udvidet i undersøgelsesfasen, så den ikke kun vedrører antagelsessituationer, men også skadeanmeldel-

ser. Selskaberne er bedt om at svare på en række supplerende spørgsmål om, hvornår kundernes helbredsoplysninger bliver inddraget i selskabernes skadevurdering. Selskaberne er i den forbindelse også blevet bedt om at indsende eventuelle klagesager, hvor kundens helbredsoplysninger var begrundelsen for afslag på dækning af en skade eller begrænsninger i dækningen på en rejseforsikring.

Vurdering af helbred ved antagelse af forsikringer og anmeldelse af skader

Undersøgelsen viser, at ingen af skadesforsikringsselskaberne har politikker eller retningslinjer, der vedrører kunder med et handicap. Selskaberne beder ikke om kundernes helbredsoplysninger ved tegning af en rejse- og indboforsikring. Forsikringerne bliver derved tegnet efter kundens generelle behov, og uden at oplysninger om et eventuelt handicap bliver inddraget.

Et selskab oplyser, at handicap ikke anses som en sygdom, der per automatik kræver en medicinsk forhåndsvurdering.

Handicapdiskriminationsloven har ikke i sig selv medført ændringer i selskabernes procedurer. Det skyldes enten, at handicap ikke indgår i risikovurderingen, eller at selskaberne løbende tilpasser deres produkter til den gældende lovgivning.

Selskaberne oplyser, at de i relation til rejseforsikringer først overvejer at indhente kundens helbredoplysninger, når en skade bliver anmeldt, en rejse bliver afbestilt, eller hvis kunden beder om at få foretaget en medicinsk forhåndsvurdering. En sådan forhåndsvurdering giver kunderne mulighed for at få afklaret, om en bestående skade eller sygdom er dækket på den pågældende rejse. Selskabernes behov for at indhente helbredsoplysninger bunder i, at de skal kunne vurdere, om en skade eller sygdom var til stede forud for afrejse eller allerede var kendt ved betalingen af en rejse, der senere afbestilles på grund af den pågældende skade eller sygdom. Selskaberne oplyser videre, at de dækker skader eller sygdomme, der var kendt forud for afrejsen eller betaling af rejsen under forudsætning af, at skaden eller sygdommen var i en stabil fase ud fra de nærmere kriterier, som selskaberne fastsætter i deres forsikringsbetingelser.

Selskaberne anser ikke forhåndsvurderingen som en forudsætning for dækning, idet kunden kan anmelde en skade på sin rejseforsikring uanset, at kunden ikke har anmodet om en forhåndsvurdering i forhold til en kendt sygdom. Skaden bliver vurderet retrospektivt, og derfor vil skaden blive dækket på samme måde, som hvis selskaberne havde givet en forhåndsgodkendelse i det pågældende tilfælde. Forhåndsvurderingen fungerer dermed som en afklaring af forsikringens dækning inden afrejse – uden dog at være en forudsætning for, at kunden kan få dækning.

Selskaberne har redegjort for, at de ved forhåndsvurderingen, afbestillingen eller skadeanmeldelsen foretager en individuel vurdering af kundens helbredsoplysninger. Vurderingen kan føre til, at kundens dækning af skader bliver afslået eller begrænset, eller at det pågældende selskab indfører klausler i forsikringen. Selskaberne oplyser, at en forhåndsvurdering kun gælder på den pågældende rejse. Dermed foretager selskaberne en konkret vurdering hver gang, en kunde beder om en forhåndsvurdering inden en rejse. Et selskab oplyser dog,

at særlige kritiske sygdomme kan medføre, at forsikringstagerne får oplyst, at fremtidige medicinske forhåndsvurderinger vil føre til samme resultat, hvis ikke forsikringstagerens helbred forbedres.

Selskaberne har indsendt klagesager, der er begrundet i kundernes helbredsmæssige forhold. Ud fra disse og selskabernes besvarelser er der ikke tegn på, at selskaberne bruger standardiserede tabeller eller parametre ved vurderingen af kundernes helbredsoplysninger.

Finanstilsynet vurderer, at det er i overensstemmelse med god skik, at forsikringselskaberne ikke indhenter helbredsoplysninger ved tegningen af rejse- og indboforsikringer. Konsekvensen af, at et forsikringselskab i antagelsessituationer indhenter helbredsoplysninger, vil være, at selskabet kommer i besiddelse af flere følsomme personoplysninger om den forsikringsøgende, end selskabet i realiteten har brug for. Selskabet vil alligevel ved en fremtidig anmeldelse af en skade være nødt til at indhente de nyeste helbredsoplysninger for at kunne vurdere denne.

Finanstilsynet vurderer også, at det er i overensstemmelse med reglerne om god skik, at et selskab indhenter helbredsoplysninger til individuel vurdering af en anmeldt skade eller sygdom, til vurdering en medicinsk forhåndsgodkendelse og til vurdering af en anmodning om dækning af en afbestilt rejse.

Konklusion 4:

Skadesforsikringselskaberne spørger ikke om de forsikringsøgendes helbred ved tegning af en rejse- eller indboforsikring, idet selskaberne ikke i den forbindelse sonder mellem personer med handicap og andre personer. Ved vurdering af skadeanmeldelser og anmodninger om medicinske forhåndsgodkendelser indhenter selskaberne kundens helbredsoplysninger med henblik på at kunne vurdere den konkrete skade eller sygdom.

Finanstilsynet vurderer, at denne praksis er i overensstemmelse med god skik.

Kommunikation med kunderne

De fremsendte klagesvar fra selskaberne viser, at selskaberne af egen drift begrundet deres afslag på dækning af skader og begrænsninger i dækningen af skader ud fra helbredsoplysningerne i den konkrete sag, og at kunder med diagnoser og sygdomme, der ligner hinanden, ikke får systematiske eller identiske svar.

De fremsendte klagesager fra de selskaber, der tilbyder medicinske forhåndsvurderinger, viser, at selskaberne som udgangspunkt kun lader den medicinske forhåndsgodkendelse gælde for den pågældende rejse. Kunderne skal dermed som udgangspunkt have en ny vurdering ved en senere rejse.

Konklusion 5:

Skadesforsikringsselskaberne begrundet af egen drift afslag på dækning af anmeldte skader eller begrænsninger i dækningen af anmeldte skader på baggrund af oplysningerne i den konkrete sag.

Finanstilsynet vurderer, at denne praksis er i overensstemmelse med god skik.

Indhentede oplysninger i forbindelse med risikovurdering af indboforsikring

Finanstilsynet blev i forbindelse med undersøgelsens indledende fase af Danske Handicaporganisationer gjort opmærksom på, at personer med handicap, der bor på et bosted, oplever, at de ikke kan tegne indboforsikringer på lige vilkår og til samme pris som personer, der ikke bor på et bosted. På den baggrund spurgte Finanstilsynet selskaberne, om det har betydning, at en forsikringstager er bosat på et bosted.

Undersøgelsen viser, at selskaberne inddrager en boligs beliggenhed ved vurderingen af kundens risiko ved antagelsen af en indboforsikring. Selskaberne inddrager oplysninger som postnummer, boligens størrelse, etage, gennemsnitsindkomst i området mv., hvorefter oplysningerne indgår samlet som en faktor i risikovurderingen. Det er derfor ikke den enkelte kundes adresse, der afgør risikofaktoren, men en samlet betragtning af flere oplysninger om boligen og området. Ingen af selskaberne tillægger det betydning, at en bolig er placeret på et bosted.

Konklusion 6:

Skadesforsikringsselskaberne inddrager en boligs beliggenhed i deres risikovurderinger i forbindelse med antagelsen af en indboforsikring. Selskaberne lægger derimod ikke vægt på, om adressen er placeret på et bosted.

Finanstilsynet vurderer, at denne praksis er i overensstemmelse med god skik.

Bilag 1 – Retligt grundlag

Den finansielle lovgivning indeholder ikke regler, der regulerer kunders adgang til finansielle produkter ud fra deres helbred. Der er som udgangspunkt aftalefrihed på forsikringsområdet. Potentielle kunder har ikke som udgangspunkt *ret* til at tegne en forsikring, ligesom selskaberne ikke har *pligt* til at sælge deres produkter, dvs. at tegne forsikringer for de forsikringsøgende.

Der gælder dog en del regler, som forsikringselskaber skal iagttage, når de udøver forsikringsvirksomhed. Udover regler i den finansielle regulering er der tale om regler i forsikringsaftaleloven, databeskyttelsesreguleringen og handicapdiskriminationsloven. De relevante regler i forhold til undersøgelsen bliver gennemgået i det følgende.

Kontraheringsfrihed

Aftalefrihed er udgangspunktet i dansk ret. Som borger eller virksomhed vælger man med andre ord selv, hvem man vil indgå aftale med, og hvad man ønsker at indgå aftale om. Det gælder også for forsikringselskaber og betyder som alt overvejende hovedregel, at selskaberne indenfor 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 f.eks. ansvarsforsikring for motorkøretøjer, hvor selskaberne har en kontraheringspligt. Der findes dog ikke mange lovpligtige forbrugerforsikringer i Danmark.

Princippet om aftalefrihed indebærer bl.a., at et forsikringselskab har mulighed for at tage kundernes forskellige forsikringsrisici i betragtning, når selskabet vurderer, om det vil tilbyde en forsikringsøgende at tegne forsikring.

Regler på det finansielle område

God skik-reglerne

Finansielle virksomheder skal drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god praksis indenfor virksomhedsområdet. Det fremgår af § 43, stk. 1, i lov om finansiell virksomhed⁸. Forsikringsdistributører, herunder forsikringselskaber, skal handle redeligt og loyalt overfor deres kunder. Det fremgår af § 4, stk. 1, i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører⁹. Der er tale om en retlig standard, som skal fortolkes i overensstemmelse med de til enhver tid gældende samfundsnormer.

I begrebet "redeligt og loyalt" ligger bl.a., at selskaberne ikke må forskelsbehandle kunder på et usagligt grundlag. Et selskab må dermed gerne fastsætte højere præmier eller skærpede vilkår for personer med handicap, hvis det 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 personer med handicap, alene fordi selskabet ikke ønsker at tegne forsikringer for disse. Det betyder blandt andet, at et eventuelt afslag på en anmodning om at tegne forsikring skal være sagligt begrundet. Hertil kommer, at det også

⁸ Lovbekendtgørelse nr. 1447 af 11. september 2020.

⁹ Bekendtgørelse nr. 1779 af 6. september 2021 om god skik for forsikringsdistributører.1

vil være i strid med god skik at overtræde reglerne i anden særregulering, herunder reglerne om forskelsbehandling.

Det følger videre af en fortolkning af den generelle god skik-bestemmelse, at selskaberne af egen drift skal yde rådgivning, hvor omstændighederne tilsiger, at der er behov for det. Det betyder f.eks., at hvis et forsikringsselskab begrundet et afslag på tegning af forsikring med ansøgerens helbredstilstand, skal selskabet af egen drift oplyse kunden om dennes muligheder for en senere revurdering.

Ændrede regler på god skik-området

Reglerne på god skik-området for forsikringsselskaber har undergået en del ændringer siden 2015, hvor Finanstilsynets rapport om Forsikringsselskabers håndtering af personer med psykiske lidelser blev offentliggjort. Ændringerne skyldes primært implementering af det nye direktiv om forsikringsdistribution. Den materielle forståelse af god skik på dette område har dog ikke ændret sig væsentligt.

Den 1. oktober 2018 blev direktivet om forsikringsdistribution (IDD-direktivet) implementeret i dansk ret¹⁰. Det betyder, at reglerne om god skik for forsikringsselskaber fra dette tidspunkt har været særskilt reguleret i bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører¹¹. I den forbindelse blev bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder ændret, og reglerne om forsikringsselskaber blev flyttet over i bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører. En del af de særbestemmelser, som forsikringsselskaberne havde været underlagt i bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder, herunder reglen om pligt til at rådgive, når omstændighederne tilsiger det samt reglerne om, at forsikringsselskaber skal anmode kunden om at give oplysninger, der er nødvendige for at tegne en forsikring, samt om udlevering af en kundevejledning om afgivelse af helbredsoplysninger, blev i den forbindelse ikke taget med over i den nye god skik bekendtgørelse for forsikringsdistributører. Dette skyldtes, at regeringen ikke ønskede overimplementering af EU-reguleringen i dansk ret.

Finanstilsynet vurderer dog, at principperne bag disse bestemmelser stadig gælder, dog blot som en del af den generelle god skik-regel i § 4 i bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører, jf. ovenfor. Der er ikke udarbejdet en særskilt vejledning til bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører. Da den generelle god skik-regel ikke materielt har ændret sig, findes der dog stadig relevant vejledning om god skik for forsikringsselskaber i vejledningen til bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder.

Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap

Den 1. juli 2018 trådte et forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap udenfor arbejdsmarkedet i kraft med lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap (handicapdiskriminationsloven)¹².

Det fremgår af lovens § 1, at lovens formål er at forhindre forskelsbehandling på grund af handicap og at fremme ligebehandling af personer med handicap.

¹⁰ Europa-Parlamentets og Rådets direktiv (EU) 2016/97 af 20. januar 2016 om forsikringsdistribution.

¹¹ Bekendtgørelse nr. 1779 af 6. september 2021.

¹² Lov nr. 688 af 8. juni 2018 om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap.

Princippet om ligebehandling og princippet om forbud mod forskelsbehandling er nært forbundet, og principperne kræver, at sammenlignelige situationer ikke må blive behandlet forskelligt og at forskellige situationer ikke må blive behandlet ens¹³.

Loven forbyder såvel direkte som indirekte forskelsbehandling på grund af handicap, jf. dog lovens §§ 7 og 8, og den gælder for al offentlig og privat virksomhed på alle områder af samfundet, jf. dog lovens § 2, stk. 2 og 3.

I henhold til handicapdiskriminationslovens § 5, stk. 1 er både direkte og indirekte forskelsbehandling af personer med handicap forbudt, medmindre den er objektivt begrundet i et sagligt formål, er nødvendig for at opnå formålet, og der er et rimeligt forhold mellem det ønskede mål, og hvor indgribende forskelsbehandlingen er for den eller de, som bliver stillet ringere.

Hvad der anses som ulovlig forskelsbehandling, og hvad der anses som lovlig forskelsbehandling, beror dermed på en konkret og individuel vurdering.

Det følger af handicapdiskriminationslovens § 5, stk. 2, at der er tale om direkte forskelsbehandling, når en person på grund af sit handicap behandles ringere, end en anden person bliver, er blevet eller ville blive behandlet i en tilsvarende situation.

Det følger endvidere af lovens § 5, stk. 3, at der er tale om indirekte forskelsbehandling, hvis en tilsyneladende neutral bestemmelse, betingelse eller praksis vil stille personer med handicap ringere end andre personer.

I henhold til lovens § 7 kan såvel direkte som indirekte forskelsbehandling på grund af handicap være lovlig, hvis den har et sagligt formål.

Det fremgår af forarbejderne til handicapdiskriminationsloven, at det afhænger af den konkrete sag, hvad der kan betragtes som et sagligt formål. En blind person kan f.eks. ikke erhverve kørekort og dermed ikke blive taxichauffør. Et formål om økonomisk vinding kan også være sagligt, idet både offentlige og private virksomheder har et berettiget behov for at sikre et økonomisk udbytte.

Det er desuden et krav, at forskelsbehandlingen skal være nødvendig for at opnå formålet. Nødvendigheden af forskelsbehandlingen må vurderes konkret i forhold til, hvilken situation der er tale om. En central overvejelse vil være, om det saglige formål kan sikres på anden måde.

Endelig er det et krav, at der skal være et rimeligt forhold mellem det ønskede saglige formål, og hvor indgribende forskelsbehandlingen er for den eller de, som bliver stillet dårligere. Det skal dermed vurderes i det enkelte tilfælde, om midlerne er proportionale med målet. Samlet set skal forskelsbehandlingen fremstå som en rimelig løsning.

I henhold til § 3 i handicapdiskriminationsloven indebærer loven ikke pligt til rimelig tilpasning, jf. dog § 9 a.

Det vil sige, at forsikringsselskaber ikke har pligt til at tilpasse tilbud og ydelser, så personer med handicap kan benytte tilbuddene eller have samme udbytte af ydelserne som andre personer.

¹³ Se bl.a. Lovforslag nr. 221 fremsat den 18. april 2018, forslag til lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap, specielle bemærkninger til § 5; Retten for EU-personalesager dom af 12. december 2013 i sagen BV mod Europa-Kommissionen, sagsnr. F-133/11, præmis 4 og Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols dom af 22. marts 2018 i sagen Guberina mod Kroatien, sagsnr. 23682/13, præmis 70. Ingen af sagerne vedrører diskrimination af personer med handicap i forbindelse med tegning af forsikringer, men domstolene udtaler sig mere generelt om principperne om ligebehandling og diskrimination.

Forbuddet mod forskelsbehandling vil blandt andet kunne påberåbes af forsikrings søgende, som oplever at blive forskelsbehandlet på grund af handicap i forbindelse med en ansøgning om eller fastsættelse af vilkår for en forsikring.

Handicapdiskriminationsloven indeholder desuden et princip om delt bevisbyrde i § 10 og mulighed for godtgørelse i § 11.

Ligebehandlingsnævnet har kompetence til at behandle klager over overtrædelse af forbuddet mod forskelsbehandling på grund af handicap. Nævnet har endnu ikke truffet afgørelser i henhold til forbuddet i forbindelse med forsikringer. Hvis Ligebehandlingsnævnet på et senere tidspunkt træffer afgørelse i en sag om diskrimination af personer med handicap i forbindelse med forsikringer, vil det indgå i en fortolkning af god skik-reglerne på det finansielle område.

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 med dette.

Hvad der nærmere forstås ved "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."

Forsikringsaftaleloven

Et forsikringssselskab, som afslår at tegne en forsikring for en kunde, skal efter anmodning begrunde afslaget¹⁴. Det fremgår af § 3 b i forsikringsaftaleloven¹⁵.

Det følger videre af §§ 4-7 i forsikringsaftaleloven, at forsikringstageren skal afgive rigtige og fyldestgørende oplysninger til forsikringssselskabet i forbindelse med forsikringstegningen. Tilsidesættes denne pligt, kan forsikringstageren helt eller delvist miste sin forsikringsdækning.

Databeskyttelsesreglerne

Det følger af databeskyttelsesforordningens artikel 5, stk. 1, litra a-c, at:

”Personoplysninger skal:

- a) behandles lovligt, rimeligt og på en gennemsigtig måde i forhold til den registrerede (»lovlighed, rimelighed og gennemsigtighed«)*
- b) indsamles til udtrykkeligt angivne og legitime formål og må ikke viderebehandles på en måde, der er uforenelig med disse formål; viderebehandling til arkivformål i samfundets interesse, til videnskabelige eller historiske forskningsformål eller til statistiske formål i overensstemmelse med artikel 89, stk. 1, skal ikke anses for at være uforenelig med de oprindelige formål (»formålsbegrænsning«)*
- c) være tilstrækkelige, relevante og begrænset til, hvad der er nødvendigt i forhold til de formål, hvortil de behandles (»dataminimering«)*

[...]”.

Datatilsynet har sammen med andre myndigheder udgivet en vejledning til databeskyttelsesforordningen¹⁶. Vejledningen indeholder bl.a. information om, hvad virksomheder og myndigheder skal holde sig for øje i forhold til kravet om formålsbegrænsning, nemlig at når der indsamles oplysninger, skal den dataansvarlige gøre sig klart, hvilke formål oplysningerne indsamles til, og det skal være saglige formål. Dataansvarlige må f.eks. ikke indsamle oplysninger med den begrundelse, at det måske senere kan vise sig nyttigt at være i besiddelse af disse. Det er i første omgang den virksomhed eller myndighed mv., der indsamler oplysningerne, som skal vurdere, om formålet er sagligt. Et sagligt formål kan f.eks. være, at indsamlingen sker i forbindelse med løsningen af en opgave, som ligger naturligt hos virksomheden eller myndigheden.

Vejledningen indeholder også yderligere forklaring om kravet til dataminimering, nemlig at behandlingen af personoplysninger skal begrænses til det, der er nødvendigt for at opfylde formålet.

¹⁴ Forsikringssselskaberne er ikke lovgivningsmæssigt forpligtet til at begrunde afslag på tegning af forsikring af egen drift, men de skal på anmodning om dette give en skriftlig begrundelse. Forsikring & Pensions bestyrelse har dog henstillet til sine medlemmer, at de pr. 1. december 2015 uopfordret skal forklare alle afslag på tegning og ændring af en forsikring på grund af helbred.

¹⁵ Lovbekendtgørelse nr. 1237 af 9. november 2015.

¹⁶ <https://www.datatilsynet.dk/media/6559/generel-informationspjece-om-databeskyttelsesforordningen.pdf>

Databeskyttelsesforordningen bestemmer dermed, at når en dataansvarlig samler personoplysninger ind, skal det stå klart, hvilket formål oplysningerne skal bruges til, og at formålet skal være sagligt. Samtidig må virksomheder og myndigheder ikke indsamle og registrere flere oplysninger om den enkelte borger end nødvendigt for formålet.

Det er dermed ikke ulovligt at indhente helbredsoplysninger langt tilbage i tid, men det følger af databeskyttelsesreglerne, at forsikringsselskaber ikke må indsamle og registrere flere oplysninger om den enkelte borger, end hvad der er nødvendigt.

Bilag 2 – Spørgsmål mv. til selskaberne

Finanstilsynet har indhentet oplysninger fra tre livsforsikringselskaber og tre skadesforsikringselskaber for at undersøge, hvordan forsikringselskaber sikrer, at de ikke overtræder reglerne om diskrimination af personer med handicap.

Selskaber, som indgår i undersøgelsen på livsforsikringsområdet:

- Danica Pension (Danica)
- PFA Pension (PFA)
- Topdanmark Livsforsikring (Topdanmark).

Selskaber, som indgår i undersøgelsen på skadesforsikringsområdet:

- Tryg Forsikring
- If Skadeforsikring
- ETU Forsikring.

Finanstilsynet har bedt selskaberne svare på følgende:

1. Hvad er [selskabets] generelle politik i forhold til handicappedes mulighed for at tegne forsikringer?
2. Er der retningslinjer m.v. for, hvad der forstås ved at være handicappet?
3. Beskriv processen, der sættes i gang, når en kunde beder om at få tegnet en forsikring, og hvilke mekanismer I har lagt ind for at afdække om kunden har et handicap.
4. Hvad skriver I på jeres hjemmeside om handicappedes mulighed og/eller begrænsninger for at kunne tegne forsikringer?
5. Har I haft nogle overvejelser om hvad handicapdiskriminationsloven, der trådte i kraft den 1. juli 2018, vil have af betydning for jeres forretning?
6. Har I nogen retningslinjer for, hvornår et tidligere eller nuværende handicap vurderes at have betydning for den forsikringsmæssige risiko, kunden udgør?
7. Hvor langt tilbage i tid spørger I til om kunden har haft et handicap, f.eks. pga. stress, depression og lign.?
8. Har I nogen praksis for, at tegne forsikring for kunder, hvis handicap ligger mere end x antal år tilbage i tid? Hvis ja, beskriv denne praksis.
Hvis nej, beskriv hvorfor ikke.
9. Hvordan kommunikerer I med kunderne, når I finder ud af, at de har et handicap, går I f.eks. i yderligere dialog med kunden, hvad spørger I f.eks. typisk kunden om?
10. Har I vilkår i forsikringsbetingelserne, som begrænser handicappedes mulighed for at få dækning i særlige situationer? Hvis ja, beskriv hvilke og hvordan.

11. Hvad kan det have af betydning for kunden, at denne er eller har været handicappet?

- a. Afslag på at tegne forsikring.
- b. Tegning af forsikring på særlige vilkår ved brug af klausler.
- c. Tegning af forsikring på særlige vilkår med forhøjet præmie.
- d. Tegning af forsikring med normal præmie.

12. Ift. spm. 11 er der samme praksis i forhold til folk med andre helbredsrisici, som man ikke vil betegne som et handicap (f.eks. rygere, overvægt, stort alkoholforbrug og lign.)?

13. Hvis handicap har betydning for en kundes mulighed for at tegne en forsikring, tillægges handicappet i så fald betydning på baggrund af en individuel vurdering af, hvordan handicappet påvirker den enkelte kunde, eller tillægges handicappet betydning på baggrund af en vurdering af, hvordan personer med det pågældende handicap som gruppe påvirkes af handicappet? Såfremt der bruges generelle statistikker, klausuler, fareklasser mv. f.eks. fra Videncenter for helbred og forsikring, redegøres for dette.

14. Ift. spm. 11, kan I give eksempler på, hvad I skriver til kunderne om forsikringselskabets vurdering i de tilfælde, hvor udfaldet af vurderingen er a, b eller c, herunder om I af egen drift begrundet et afslag?

15. Hvor mange klager har I modtaget om året de sidste fem år, fordi I har givet afslag eller anvendt skærpede vilkår i forsikringerne? Klagerne bedes vedlagt i anonymiseret form.

Finanstilsynet har bedt selskaberne vedlægge følgende:

- Relevant materiale, herunder forsikringsbetingelser (hvis der er vilkår som beskriver handicappedes dækningsmuligheder, jf. spørgsmål 10 ovenfor),
- Skærmdumps fra hjemmesider og forretningsgange, herunder forretningsgange for vurdering af kunders helbredsoplysninger og vurdering af forsikringsrisikoen ved bestemte kunder.
- Standardiserede brevskeletter og/eller konkrete eksempler på breve til kunder (anonymiseret) i dialogen mellem kunden og selskabet, f.eks. for anmodning om yderligere helbredsoplysninger, tegning af forsikring på skærpede vilkår samt afslagsbreve og/eller øvrigt relevant standardiseret informationsmateriale.
- Relevant statistik på området ift. afslag, klager og lign. i det omfang det er tilgængeligt.

Derudover har Finanstilsynet bedt de forskellige selskaber uddybe nogle af deres svar eller procedurer. Se rapportens indledning for en kort beskrivelse af dette.

Bilag 3 – Videncenter for Helbred & Forsikring (HEFO)

Det fremgår bl.a. af HEFO's hjemmeside, at HEFO er en faglig og uafhængig forening, der finansieres af dens medlemmer. Medlemmerne har ikke indflydelse på foreningens faglige rådgivning. HEFO rådgiver forsikringsselskaber med det formål, at så mange forsikringsøgende som muligt skal kunne få forsikring, og at alle kunder opnår optimale forsikringsvilkår, også dem med påvirket sundhedsprofil.

HEFO indsamler lægelig dokumentation og laver statistik. På baggrund af det indsamlede materiale og HEFO's samlede erfaring udarbejder foreningen en individuel vurdering. Det sikrer upartiske og troværdige afgørelser, hvor det enkelte menneskes helbred altid er i fokus. Som rådgivende center er HEFO's vurderinger vejledende for forsikringsselskaberne. Selskaberne forholder sig til foreningens rådgivning og træffer herefter deres egne afgørelser.

HEFO samler sin viden i et sæt vejledende retningslinjer, som forsikringsselskaberne anvender ved medicinsk risikovurdering af en kundes helbredsforhold. Retningslinjerne opdateres løbende i takt med den lægevidenskabelige udvikling, så de indeholder den seneste viden om sygdommenes forløb og konsekvenser for levetid og fremtidig sygelighed.

Bilag 4 – Opsummering af anbefalinger i Finanstilsynets rapport fra 2015

Finanstilsynet offentliggjorde i 2015 en rapport om forsikringssselskabers håndtering af personer med psykiske lidelser¹⁷. Det fremgår af rapporten, at Finanstilsynet ikke fandt anledning til at give påbud eller påtaler til de enkelte virksomheder. Undersøgelsen viste, at der med fordel kunne gennemføres en række initiativer på området, herunder enkelte præciseringer i den dagældende bekendtgørelse nr. 1094 af 14. september 2015 om god skik for finansielle virksomheder og vejledning nr. 10516 af 14. september 2015 til denne¹⁸.

Rapporten indeholder fem konkrete anbefalinger:

- 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.”

Anbefalingen blev fulgt, ved at der i september 2016 i vejledningen¹⁹ til § 22 i bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder blev indsat følgende passus:

”De helbredsoplysninger, som et forsikringssselskab anmoder en kunde om at afgive i forbindelse med forsikringstegning, og de helbredsoplysninger om kunden, som et forsikringssselskab indhenter fra tredjemand, må ikke omfatte mere, end hvad der er nødvendigt for selskabets vurdering af, om forsikringen kan antages og på hvilke vilkår. Dette indebærer, at de helbredsoplysninger, som selskabet indhenter om kunden, skal være saglige og relevante for at afdække den forsikringsrisiko, som selskabet kommer til at påtage sig ved at indtegne kunden.”

Reglen i § 22 i bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder blev ophævet pr. 1. oktober 2018. Princippet følger dog stadig af den generelle god skik-regel i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører og understøttes i øvrigt af databeskyttelsesforordningens krav til dataminimering, se i øvrigt det tidligere afsnit om lovgrundlag.

- Anbefaling 2

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

Anbefalingen blev ikke konkret udmøntet i den finansielle regulering, idet den nye databeskyttelsesforordning, som blev offentliggjort i april 2016, sikrer tilstrækkelige regler om den korrekte indhentning og udnyttelse af samtykker.

¹⁷ <https://www.finanstilsynet.dk/Tal-og-Fakta/Rapporter/2021/PM-haantering-af-personer-psykisk-lidelse-181215>

¹⁸ Reglerne om god skik for forsikringssselskaber har pr. 1. oktober 2018 været reguleret af bekendtgørelsen om god skik for forsikringsdistributører og ikke i bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder.

¹⁹ Vejledning nr. 9971 af 23. september 2016 til bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016 om god skik for finansielle virksomheder.

- Anbefaling 3

"Gennemførelse af krav om registrering af de klager, som forsikringselskaber modtager og krav om på anmodning at indberette disse til Finanstilsynet."

Finanstilsynet har ikke indsamlet specifikke data om klageårsager. Derimod har Finanstilsynet siden 2018 årligt bedt de finansielle virksomheder om at indberette klagedata på et overordnet niveau i et klageindberetningssystem.

- 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."

Anbefalingen blev fulgt, ved at der i september 2016 i vejledningen²⁰ til § 8 i bekendtgørelse om god skik for finansielle virksomheder blev indsat følgende passus:

"Når et forsikringselskab giver afslag begrundet i ansøgerens helbredstilstand, skal selskabet af egen drift oplyse kunden om dennes muligheder for fremtidig revurdering af en forsikringsanmodning."

Reglen i § 8 i bekendtgørelsen om god skik for finansielle virksomheder gælder pr. 1. oktober 2018 ikke længere for forsikringselskaber. Princippet følger dog stadig af den generelle god skik-regel i bekendtgørelse om god skik for forsikringsdistributører, se i øvrigt tidligere afsnit om lovgrundlag.

- Anbefaling 5

"Udarbejdelse af mere lettilgængelig information om handicappede og psykisk syges rettigheder på Penge- og Pensionspanelets hjemmeside."

Anbefalingen blev fulgt op med information på Penge- og Pensionspanelets hjemmeside www.raadtilpenge.dk.

Penge- og Pensionspanelet blev nedlagt pr. 1. juli 2020. Hjemmesiden drives nu i stedet af Finanstilsynet, som ved lov er pålagt at fremme den offentlige forbrugerinformation på det finansielle område, jf. § 333 a i lov om finansiell virksomhed. Teksten er stadig tilgængelig på hjemmesiden²¹.

²⁰ Vejledning nr. 9971 af 23. september 2016 til bekendtgørelse nr. 330 af 7. april 2016 om god skik for finansielle virksomheder.

²¹ [Kritisk sygdom forsikring - Gratis hjælp til din situation - Rådtilpenge.dk \(raadtilpenge.dk\)](http://www.raadtilpenge.dk)