

valget generelt, at dette vil kunne medføre, at det bliver vanskeligere at forsikre sig mod sygdomme, der ikke giver klare symptomer før sent i forløbet, og at selskaberne vil tage forbehold over for enhver sygdom, som vage sygdomstegn kan være tegn på.

Udvalget anbefaler model 5). Udvalget anfører herom bl.a. følgende (redegørelsen side 21):

»Hvis forsikringstagerens forventning om, at forsikringen dækker skadelige følger af de omfattede sygdomme, er baseret på, at der er foretaget lægelige vurderinger af forsikringstagerens helbredstilstand i forhold til netop de af forsikringen omfattede sygdomme, kan forventningen siges at være særligt begrundet. Forsikringstageren har efter udvalgets opfattelse ikke samme begrundede forventning om forsikringsdækning i de tilfælde, hvor en foreliggende lægeerklæring ikke særligt forholder sig til, om forsikringstageren lider af de sygdomme, som er omfattet af forsikringen.

En ufravigelig bestemmelse om, at forsikrings-selskaberne hæfter for sygdomme, der viser skadelige følger eller diagnosticeres i forsikringstiden, men er indtrådt inden forsikringstiden, hvis der på tegningstidspunktet forelå lægeerklæringer eller andre sagkyndige erklæringer, som viser sig at være urigtige eller ufuldstændige, vil medføre, at forsikrings-selskaberne reelt kommer til at bære risikoen for, at de helbredsoplysninger fra sagkyndige, som selskaberne lægger til grund ved antagelse af en forsikring, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige, og vil således føre til samme resultat som Østre Landsrets dom af 22. december 1997... (landsrettens dom i sklerosesagen, jf. pkt. 2.1 ovenfor).

At helbredsoplysningerne viser sig at have været urigtige eller ufuldstændige, kan skyldes forkerte lægefaglige skøn, eller at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde den fornødne viden til at kunne konstatere sygdommens tilstedeværelse. Det forhold, at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde tilstrækkeligt kendskab til sygdommens udvikling eller årsager til at kunne konstatere sygdommen hos forsikringstageren, men siden har fået denne viden, bør efter udvalgets opfattelse ikke medføre, at risikoen for den urigtige lægeerklæring ikke længere påhviler selskabet.

Bestemmelsens anvendelse vil ikke være betinget af, at forsikringstageren har været bekendt med indholdet af de faktiske helbredsoplysninger, der ligger til grund for forsikrings-selskabets vurdering, men forudsætter, at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige. Bestemmelsen finder således kun anvendelse, hvis forsikringstageren opfylder de i forsikringsaftalelovens § 5 definerede krav til god tro.

Forsikringsaftalelovens § 10, stk. 2, indeholder en regel om det forhold, at oplysninger til brug ved

indgåelse af en forsikringsaftale gives af en anden end forsikringstageren, hvilket netop er tilfældet i de situationer, som den omhandlede bestemmelse ville skulle omfatte. § 10, stk. 2, forudsætter, at et forsikrings-selskab kan forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, som gives af en anden end forsikringstageren, viser sig at være urigtig, men begrænser virkningerne af et sådant forbehold. En eventuel regel om, at risikoen for, at en helbredsoplysning afgivet af en læge eller anden sagkyndig til brug for tegning af en forsikring viser sig at være urigtig eller ufuldstændig, skal påhvile forsikrings-selskabet, må derfor medføre en konsekvensændring af § 10, stk. 2, således at selskabet ikke kan tage forbehold om ansvarsfrihed ved urigtige helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige.

Det er udvalgets opfattelse, at følger af sygdommen skal vise sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden for at udløse selskabets hæftelse efter en sådan bestemmelse om hæftelse ved urigtige eller ufuldstændige lægeerklæringer.

Udvalget har overvejet konsekvenserne af ikke at betinge selskabets hæftelse af, at sygdommen har følger eller diagnosticeres i forsikringstiden. Dette vil medføre, at selskabet ville kunne komme til at hæfte for sygdomme, der er opstået inden forsikringstiden, men først viser skadelige følger måske flere år efter forsikringstidens udløb, selv ved meget korte forsikringsforløb. Selskabet ville dog i forsikringsaftalen kunne begrænse hæftelsen til de skadelige følger, der viser sig inden for en vis periode, for eksempel i forsikringstiden. Hvis selskabet lod en sådan tidsmæssig begrænsning af hæftelsen omfatte følgerne af de af forsikringen omfattede sygdomme, uanset tidspunktet for sygdommens indtræden, ville dette indebære en forringelse af forsikringstagerens stilling i forhold til de begrænsninger, som sygeforsikringer normalt indeholder i dag. I dag er det normalt, at selskaberne begrænser hæftelsen til de skadelige virkninger, der viser sig inden for en 5-årig periode efter sygdommens konstatering.

En bestemmelse om forsikrings-selskabers hæftelse for urigtige lægeerklæringer vil kunne betyde, at forsikrings-selskaberne betinger tegning af forsikringer af, at der er foretaget helbredsundersøgelser hos læger, der er anvist af dem. Efter udvalgets opfattelse rejser forsikrings-selskabernes brug af læger, der er anvist af selskabet, forud for antagelse af forsikringer ikke betænkeligheder. Udvalget har ikke derved forholdt sig til spørgsmålet om forsikrings-selskabernes praksis ved indhentelse af helbredsoplysninger efter anmeldelse af en forsikringsbegivenhed. Dette spørgsmål har givet anledning til en aftale mellem økonomiministeren og Forsikring & Pension om forsikrings-selskabernes brug af speciallæger.