

vendelsen af § 6 i enkeltstående tilfælde fører til urimelige resultater.

Udvalget er opmærksom på, at en sådan regel vil indebære, at den pågældende forsikringstager bliver stillet bedre end den, der ved forsikringens tegning afgav korrekte oplysninger, men finder ikke, at dette taler afgørende imod indførelsen af en lempelsesregel med et begrænset anvendelsesområde.

Udvalget foreslår, at lempelsesreglen kun skal anvendes, hvis særlige omstændigheder taler for, at selskabet helt eller delvist skal hæfte, selv om der uagtensomt er afgivet urigtige oplysninger. Ved vurderingen heraf bør der navnlig lægges vægt på, om der er forbindelse (årsagssammenhæng) mellem det uoplyste forhold og den senere forsikringsbegivenhed, og på hvor lang tid der er gået fra forsikringens tegning (og dermed afgivelsen af de urigtige oplysninger) til forsikringsbegivenhedens indtræden. Der bør endvidere lægges vægt på graden af den uagtsomhed, som forsikringstageren har udvist i forbindelse med afgivelsen af de urigtige oplysninger. Det bør således i almindelighed være en forudsætning, at forsikringstageren ved afgivelsen af de urigtige oplysninger alene har udvist en ringe uagtsomhed. Anvendelsen af lempelsesreglen bør således navnlig komme på tale i tilfælde, hvor den manglende eller forkerte oplysning ikke har nogen sammenhæng med den konkrete forsikringsbegivenhed (skade), hvor der er gået lang tid efter afgivelsen af den urigtige oplysning, og hvor forsikringstageren kun har udvist en ringe uagtsomhed.

Udvalget nævner, at Forsikring & Pension i 1997 har udsendt en medlemshenstilling, hvor selskaberne anbefales at anvende en fælles kundevejledning om helbredsoplysninger, der understreger vigtigheden af, at helbredsoplysningen udfyldes med den fornødne omhu. Selskaberne opfordres samtidig til at overveje interne retningslinjer for, i hvilke tilfælde der rejses sager om afgivelse af urigtige oplysninger. Det anbefales, at selskaberne ved vurderingen af, om de vil påberåbe sig, at der er afgivet urigtige oplysninger, inddrager, om der er årsagssammenhæng mellem en fortiet lidelse og den lidelse, der nu søges erstatning for, ligesom tidsforløbet mellem den fortiede lidelse, forsikringens tegning og skadestidspunktet også bør indgå i vurderingen. Selskaberne opfordres også til at sikre sammenhæng mellem deres praksis ved indhentelse af oplysninger ved forsikringens tegning og ved anmeldelsen af en skade, og der peges på, at en relativt lempelig praksis ved tegningen er vanskelig at forene med en meget grundig gennemgang af oplysningerne ved skadesbehandlingen.

Udvalget anfører endvidere, at spørgsmålet om, hvilke oplysninger forsikringsselskabet kan indhente ved forsikringstegningen, og hvordan dette i givet fald skal ske (f.eks. hvordan erklæringerne mv. skal udformes), som udgangspunkt ikke er egnet til en nærmere lovregulering i forsikringsaftaleloven. Udvalget bemærker i den forbindelse, at forsikringsbranchen selv synes at være meget opmærksom på behovet for at følge udviklingen, således at der løbende kan foretages de fornødne ændringer, hvis brugen af erklæringerne giver problemer i praksis.

Udformningen af de erklæringer mv., der anvendes ved forsikringstegningen, vil i øvrigt kunne indgå i vurderingen af, om forsikringstageren, hvis der er afgivet urigtige oplysninger, har handlet uagtensomt eller har afgivet oplysningerne i god tro. Det taler således i højere grad for at statuere uagtsomhed, hvis forsikringstageren har svaret urigtigt eller ufyldstgørende på et enkelt og præcist formuleret spørgsmål, end hvis der er tale om et bredt og måske upræcist formuleret spørgsmål.

Udvalget finder heller ikke, at spørgsmålet om, i hvilket omfang forsikringsselskabet i højere grad end i dag bør kontrollere forsikringstagerens oplysninger på tidspunktet for forsikringens tegning, som udgangspunkt er egnet til lovregulering i forsikringsaftaleloven. Forsikringsselskaberne foretager allerede i dag inden forsikringstegningen en nærmere undersøgelse af forsikringstagerens forhold, hvis de modtagne oplysninger giver anledning hertil, f.eks. ved at stille supplerende spørgsmål til forsikringstageren om dennes helbred. Undlader selskabet at undersøge oplysningerne nærmere, selv om der var anledning hertil, vil selskabet kunne miste muligheden for senere at påberåbe sig, at der er afgivet urigtige oplysninger, jf. lovens § 9.

Udvalget anfører endvidere, at de sager, hvor selskabet påberåber sig, at der afgivet urigtige oplysninger, efter det oplyste normalt vedrører tilfælde, hvor selskabet ikke ud fra indholdet af forsikringsbegæringen mv. har haft anledning til at reagere og iværksætte en nærmere undersøgelse af de afgivne oplysninger. Det har med andre ord ikke umiddelbart været muligt at se af forsikringsbegæringen, at der har manglet oplysninger eller er givet urigtige oplysninger. Et lovkrav om, at selskaberne ved alle forsikringsbegæring skal foretage en nærmere kontrol af de afgivne oplysninger, må således antages at ville være ganske ressource- og omkostningskrævende for selskabet og vil dermed kunne føre til højere forsikringspræmier for alle forsikringstagere.

Der henvises til betænkningen side 66 ff.