

ønsker at tegne den pågældende forsikring, f.eks. ved angivelse af de konkrete helbredsforhold, der gør, at forsikringen ikke kan tegnes eller kun kan tegnes på skærpede vilkår. En generel henvisning alene til »de afgivne helbredsoplysninger« vil normalt ikke være tilstrækkelig.

Selskabets afvisning af at tegne en forsikring eller opsigelse af en allerede indgået forsikringsaftale vil i nogle tilfælde skyldes en samlet vurdering af det pågældende kundeforhold. I disse tilfælde behøver begrundelsen ikke at angive samtlige de forhold, som selskabet har lagt vægt på, men skal blot angive de væsentligste elementer, som ligger til grund for selskabets beslutning.

Begrundelsen skal efter anmodning gives skriftligt, jf. *stk. 2, 2. pkt.*, hvilket også vil kunne ske f.eks. via e-mail.

Ved afslag på at tegne en forsikring, som er begrundet i alvorlig sygdom eller lignende, anmoder forsikrings-selskabet i dag i visse tilfælde f.eks. den forsikrings-søgendes egen læge om over for den pågældende at redegøre nærmere for indholdet af de lægeerklæringer mv., som selskabet har modtaget. Det er ikke hensigten med den foreslåede regel at ændre denne praksis. Selskabet vil således som hidtil kunne henvise den forsikrings-søgende til i første omgang at få gennemgået de lægelige oplysninger hos sin egen læge, men således at selskabet efterfølgende må give en skriftlig begrundelse, hvis den forsikrings-søgende ønsker det.

Det forudsættes, at forsikrings-selskabet i fornødent omfang orienterer den forsikrings-søgende/forsikringstageren om muligheden for at få en begrundelse, herunder at denne vil kunne fås skriftligt. Dette vil navnlig være relevant, hvis den pågældende giver udtryk for utilfredshed med selskabets beslutning, men af en eller anden grund ikke udtrykkeligt beder om en (skriftlig) begrundelse.

Reglen indeholder ikke et krav om, at selskabet på statistisk eller andet videnskabeligt grundlag skal kunne dokumentere sin risikovurdering, eller i øvrigt skal redegøre nærmere for indholdet af sin almindelige forretningspolitik eller for den risikovurdering, der ligger til grund for selskabets beslutning. Det vil f.eks. således normalt være tilstrækkeligt, at selskabet henviser til et eller flere konkrete elementer i de afgivne helbredsoplysninger og meddeler, at selskabet på denne baggrund ikke ønsker at tegne forsikringen eller kun at tegne den på skærpede vilkår.

Begrundelsen giver den forsikrings-søgende/forsikringstageren mulighed for at vurdere, om afvisningen/opsigelsen skyldes forhold, der kan ændres af den pågældende, således at forsikringen alligevel kan

teges eller opretholdes (eventuelt på andre vilkår), ligesom den pågældende kan undersøge mulighederne for at tegne forsikringen i et andet selskab. En nærmere begrundelse for selskabets beslutning giver endvidere den forsikrings-søgende/forsikringstageren mulighed for at rette eventuelle misforståelser hos selskabet.

Reglen indebærer, at den forsikrings-søgende/forsikringstageren skal gøres bekendt med grundlaget og baggrunden for selskabets beslutning, men giver ikke den pågældende mulighed for i den konkrete situation at anfægte selskabets risikovurdering, forretningspolitik mv. Der er på denne baggrund ikke knyttet særlige aftaleretlige retsvirkninger til selskabets tilsidesættelse af begrundelsespligten. Det betyder imidlertid ikke, at overtrædelse af begrundelsespligten er usanktioneret. Et selskabs tilsidesættelse af begrundelsespligten må således anses for at være i strid med redelig forretnings-skik og god praksis, jf. lov om finansiel virksomhed § 3. Dette indebærer bl.a., at Finanstilsynet kan påbyde selskabet at ændre adfærd, og overtrædelse af et sådant påbud kan straffes med bøde. Finanstilsynet vil dog i almindelighed ikke behandle konkrete tvister mellem et forsikrings-selskab og forsikringstageren, men alene gribe ind over for en generel adfærd hos selskabet.

Der henvises til de almindelige bemærkninger punkt 4.6.

Til nr. 3 (§ 6, stk. 3)

Det foreslås, at der i forsikringsaftaleloven indsættes en lempelsesregel, der giver mulighed for i særlige tilfælde at se helt eller delvis bort fra, at forsikringstageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige oplysninger, selv om betingelserne for bortfald eller nedsættelse af forsikringsydelsen efter § 6, stk. 1 og 2, er opfyldt. Den foreslåede regel gælder alene for forbrugerforsikringer, jf. herom forslaget til lovens § 2, stk. 4 (lovforslagets § 1, nr. 1, og bemærkningerne hertil), samt for livs-, syge- eller ulykkesforsikringer eller andre personforsikringer. Lempelsesreglen gælder således for alle forbrugerforsikringer (uanset forsikringstypen) samt for alle personforsikringer (uanset om der er tale om en forbrugerforsikring).

Den foreslåede regel er tænkt som en »sikkerheds-ventil«, der med henblik på helt særlige (enkelstående) tilfælde skal sikre, at anvendelsen af § 6, stk. 1-2, ikke fører til resultater for forsikringstageren/sikrede, som virker urimelige. Reglen giver ikke mulighed for at se bort fra, at der er udvist svig, jf. § 4.

Reglen giver mulighed for at fravige § 6, stk. 1 og 2, og lade selskabet hæfte helt eller delvist, selv om