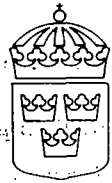


Lagutskottets betänkande

1988/89:LU5



Vissa försäkringsfrågor

1988/89
LU5

Sammanfattning

I betänkandet behandlar utskottet dels en motion (s) om slopande av preskriptionstider inom patientförsäkringen, dels en motion (fp) om slopande av självriskan vid patientförsäkring.

Vidare behandlas en motion (c) om försäkringsinformation till diabetiker och en motion (m) om rätten för diabetiker att teckna försäkring. Över den sistnämnda motionen har remissyttranden avgivits av försäkringsinspektionen och Svenska försäkringsbolags riksförbund. Därutöver har Svenska Diabetesförbundet inkommit med en skrivelse. En sammanställning av remissvaren finns i bilaga till betänkandet.

Utskottet konstaterar att de båda motionerna som rör patientförsäkringen redan är tillgodosedda och motionerna avstyrks följaktligen. Beträffande de två övriga motionerna hänvisar utskottet till de överväganden som förestår med anledning av försäkringsrättskommitténs förslag och avstyrker även dessa motioner.

Motioner

1987/88:L611 av Birger Rosqvist m.fl. (s) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om avskaffande av preskriptionstider inom patientförsäkringen.

1987/88:L618 av Sten Andersson i Malmö (m) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om rätt för diabetiker att teckna försäkring.

1987/88:L622 av Bengt Harding Olson (fp) vari yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om slopande av självriskan vid patientförsäkring.

1987/88:L624 av Görel Thurdin m.fl. (c) vari – med hänvisning till vad som anförts i motion 1987/88:Sf338 – yrkas att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om nödvändig information till kroniskt sjuka om det sociala trygghetssystemet.

Patientförsäkringen

Sedan den 1 januari 1975 finns en särskild typ av kollektiv ansvarsförsäkring för sjukvården, kallad *Patientförsäkring vid behandlingsskada*. Försäkringen meddelas av ett konsortium av försäkringsbolag. Staten, samtliga kommuner och landstingskommuner har avtal om sådan försäkring. Försäkringar med i allt väsentligt samma villkor har tecknats av de privatpraktiserande läkarna och tandläkarna.

Patientförsäkringen gäller endast skador som inträffar efter den 1 januari 1975. Ersättning utgår utan att den skadelidande behöver bevisa att förutsättningar för skadeståndsansvar föreligger, dvs. att skadan har vållats genom fel eller försummelse. Försäkringen har en viktig begränsning. Den gäller bara skada som är en följd av beslut eller åtgärd från sjukvårdens sida. Normala och ofrånkomliga sjukdoms- och skaderisker måste fortfarande bäras av patienten.

Ersättning på grund av försäkringen utgår för behandlingsskada. Med behandlingsskada förstås skada eller annan komplikation av kroppslig art som uppkommit som en direkt följd av undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd och inte utgör en oundviklig komplikation till en från medicinsk synpunkt motiverad åtgärd. Med behandlingsskada avses också skada eller komplikation som utgör en direkt följd av en diagnostisk undersökning, såvida inte komplikationen skäligen måste godtas såsom en följd av ett sådant risktagande som är motiverat med hänsyn till arten och svårighetsgraden av den komplikation eller skada som förelåg och den skadades hälsotillstånd i övrigt. Vidare föreligger behandlingsskada när skada eller komplikation uppkommit eller inte kunnat förhindras till följd av att med teknisk apparatur framtagna undersökningsresultat varit oriktiga eller faktiskt iakttagna sjukdomssymptom i samband med diagnostik inte tolkats på sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen praxis. Slutligen ersätts också skada eller komplikation till följd av olycksfall som har samband med behandlingen samt med vissa begränsningar skada eller komplikation som orsakats av infektion. Vissa undantag görs dock. Bl.a. utgår inte ersättning för skada eller komplikation som orsakats av läkemedel som omfattas av läkemedelsförordningens (1962:701) bestämmelser och som med beaktande av de anvisningar som gällt för användningen inte kunnat undvikas.

Ersättning vid behandlingsskada utgår från försäkringen om patienten på grund av skadan sjukskrivits med minst halv arbetsoförmåga under längre tid än 30 dagar eller tillfogats motsvarande nedsättning av kroppsfunktionerna under längre tid än 30 dagar. Vidare ersätts behandlingsskada om den skadade till följd av skadan fått sjukhusvistelsen förlängd under mer än 10 dagar. Ersättning utgår vidare om patienten tillfogats stadigvarande men som inte är utan betydelse eller avlidit. Även om de angivna förutsättningarna inte föreligger utgår alltid skäligen ersättning för behandlingsskador och inkomstförlust.

Ersättning vid behandlingsskada bestäms enligt 5 kap. skadeståndslagen (1972:207) i den mån inte annat anges i villkoren. Särskilda regler gäller

enligt dessa villkor i fråga om ersättning för sveda och värk, lyte eller annat stadigvarande men, olägenheter i övrigt samt i viss mån beträffande framtida inkomstförlust. Försäkringen är samordnad med andra ersättningsanordningar vid personskada på så sätt att ersättning på grund av försäkringen är sekundär till sådana förmåner som kan utgå enligt socialförsäkringen eller på grund av försäkringsavtal m.m. Efter hänsynstagande till sådan eventuell samordning gäller enligt villkoren att skälig ersättning lämnas om kostnaderna och inkomstförlusten sammanlagt överstiger 700 kr. Före den 1 april i år gällde enligt dåvarande villkor en självrisk som innebar att ersättning lämnades med avdrag för ett belopp motsvarande 5 % av basbeloppet för det år då skadan orsakades.

Ansvar för försäkringen är för varje skadehändelse begränsat till ett belopp av sammanlagt högst 20 milj. kr., dock högst 3 milj. kr. för varje skadad person. Samtliga huvudmäns sammanlagda ansvar är begränsat till 125 milj. kr. per år.

Den som under återopande av försäkringen vill kräva ersättning för behandlingsskada skall framställa sitt krav inom tre år från den tidpunkt då skadan först visade sig, dock inte senare än tio år efter det att den skadegörande åtgärden vidtogs. Före den 1 juli 1982 gällde en preskriptionstid av tre år räknat från den tidpunkt då skadan orsakades.

För att följa utvecklingen och föreslå justeringar av försäkringsbestämmelserna finns ett särskilt samarbetsorgan, Patientförsäkringens samrådsgrupp, vari ingår företrädare för sjukvårdshuvudmännen och försäkringskonsortiet.

För att pröva principiella eller tvistiga fall av behandlingsskador har inrättats en nämnd, patientskadenämnden, som består av sex ledamöter. Nämnden har att pröva de skadefall som hänskjuts dit. Skadelidande, försäkringstagare eller försäkringsgivare kan begära att ett ärende tas upp till prövning av nämnden.

Twister mellan försäkringsgivaren och en skadelidande skall avgöras av skiljemän enligt lagen (1929:145) om skiljemän.

Personförsäkringar

Privat försäkringsverksamhet bygger på en organiserad samverkan av ett kollektiv som vill skydda sig mot likartade risker. I kollektivets intresse skall försäkringsgivaren se till att premien för varje försäkring täcker de väntade utgifterna för skador som kan drabba kollektivet. Avtal om privata liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar liksom om andra försäkringar som tecknas av enskilda regleras för närvarande huvudsakligen i lagen (1927:77) om försäkringsavtal (FAL). Reglerna i FAL är i stor utsträckning tvingande till förmån för försäkringstagarna. På vissa för försäkringstagarna viktiga områden råder dock avtalsfrihet. Bl.a. gäller avtalsfriheten i fråga om vad en försäkring skall täcka eller vilka risker försäkringen skall erbjuda skydd mot. Också beträffande premiens storlek råder avtalsfrihet. Någon skyldighet att i enskilda fall meddela försäkring finns inte enligt FAL. I praktiken innebär den nuvarande regleringen i FAL att försäkringsbolagen när det gäller exempelvis livförsäkringar och andra personförsäkringar har stora möjlighe-

1* *Riksdagen 1988/89. 8saml. Nr 5*

Rätelse: S. 5 rad 25, 26, 34 Står: Solidaritetsprincipen Rättat till: Soliditetsprincipen
S. 9 rad 4, 5, 11 och s. 11 rad 17 och s. 12 rad 36 och s. 17 rad 39 Står: soliditet(en) Rättat till: solidaritet(en)

ter att ensamma bestämma försäkringsvillkoren. Bolagen tillämpar emellertid i betydande omfattning gemensamma riktlinjer vid den individuella prövningen av, om och i vilken utsträckning försäkring skall tecknas. I fråga om personförsäkringar gäller detta bl.a. bedömningen av vilken inverkan den blivande försäkringstagarens hälsotillstånd skall ha på försäkringsvillkoren.

Försäkringsvillkoren påverkas också i betydande utsträckning av reglerna i försäkringsrörelselagen (1982:713) som innehåller bl.a. offentligrättsliga bestämmelser om hur försäkringsrörelse skall bedrivas och om försäkringsinspektionens tillsyn över försäkringsbolagen. Denna reglering avser att säkerställa att försäkringsbolagen kan infria sina förpliktelser enligt ingångna försäkringsavtal (soliditetsprincipen) samt att bolagen driver verksamheten under iakttagande av principen om skälighet, dvs. att försäkringar erbjuds till kostnader som är skäliga med hänsyn till den risk de skall täcka. Dessa principer innebär att premierna inom varje försäkringskollektiv måste vara tillräckliga för försäkringsbolagets riskåtagande, att kapitalförvaltningen måste ordnas så att försäkringstagarnas sparade medel inte äventyras samt att någon övervältring av kostnaderna inte får ske mellan olika försäkringskollektiv eller riskgrupper.

FAL ses för närvarande över av försäkringsrättskommittén (ju 1974:09). Kommittén avlämnade år 1986 betänkandet (SOU 1986:56) Personförsäkringslag. I betänkandet läggs fram förslag till nya bestämmelser om liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar som skall ersätta FAL:s regler om sådana försäkringar. En nyhet i förslaget är att en försäkringssökande skall ha en självständig rätt att teckna den försäkring som försäkringstekniken medger med hänsyn till hans hälsotillstånd m.m. Avsikten med den nya regeln är dock inte att påverka den bedömning försäkringsbolagen i dag gör på grundval av sökandens hälsotillstånd. Betänkandet har remissbehandlats och övervägs för närvarande inom justitiedepartementet.

Dåvarande justitieministern Anna-Greta Leijon besvarade den 28 januari i år en fråga från Sten Andersson i Malmö om diabetikers rätt att teckna visst slag av försäkring. Hon hänvisade därvid bl.a. till att frågan tagits upp av försäkringsrättskommittén i ovannämnda betänkande och framhöll att förslaget i denna del har fått ett blandat mottagande av remissinstanserna. Sålunda har handikapporganisationerna kritiserat det och ansett att man genom lagstiftning bör säkra en rätt för personer med handikapp eller sjukdom att teckna försäkring till samma kostnader som andra. Många andra remissinstanser har dock delat kommitténs uppfattning att lagen inte bör bestämma vilka risker försäkringsbolagen skall försäkra. Anna-Greta Leijon framhöll att frågan var viktig, men att hon i avvaktan på fortsatta överväganden inom departementet inte var beredd att ta ställning i frågan.

Motionsmotiveringar

Imotion L611 (s) anförs att den som vill kräva ersättning från patientförsäkringen skall framställa sitt krav inom tre år från den tidpunkt då skadan orsakades. Motionärerna ifrågasätter en sådan preskriptionstid och framhåller att det kan finnas fall då en skada visar sig betydligt senare än tre år efter

det att den skadegörande åtgärden vidtogs. Preskriptionstiden inom patientförsäkringen bör därför slopas.

I *motion L622* (fp) anförs att självriskan inom patientförsäkringen, 5 % av basbeloppet, medför att försäkringsskyddet blir urholkat i väsentlig mån. Riksdagen bör därför uppmana parterna att omedelbart avveckla självriskan inom patientförsäkringen.

I *motion L618* återger motionären en debattartikel som under rubriken "Är min dotter värdelös?" redogör för ett fall där en snart 30-årig kvinna av försäkringsbolag vägrats att teckna olycksfalls- och sjukförsäkring under åberopande av att hon var diabetiker. Motionären, som framhåller människors rätt att betraktas som likvärdiga, anser att angivna fall visar på brister i samhället som bör åtgärdas. Han begär därför ett tillkännagivande om att diabetiker skall ha rätt att teckna försäkringar.

Även motionärerna i *motion L624* (c) tar upp frågan om diabetikers försäkringsskydd. Enligt motionärerna är det viktigt att kroniskt sjuka människor får information om de möjligheter som finns att teckna försäkringar. Det är därför önskvärt att socialdepartementet tar initiativ till en utökad information i dessa frågor.

Remissyttranden

Utskottet har inhämtat remissyttranden över motion L618 om rätten för diabetiker att teckna försäkring från försäkringsinspektionen och Svenska försäkringsbolags riksförbund. Folksam har beretts tillfälle att yttra sig men har avstått från att avge yttrande.

Försäkringsinspektionen understryker att försäkringsbolagens verksamhet bygger på två grundprinciper, nämligen soliditetsprincipen och skälighetsprincipen. Soliditetsprincipen innebär att ett försäkringsbolag skall kunna infria sina försäkringsförpliktelser enligt ingångna avtal och skälighetsprincipen innebär att kostnaden för en försäkringstagare skall motsvara den risk som försäkringen täcker, dvs. subventionering mellan olika riskgrupper skall undvikas. Dessa grundprinciper bör enligt inspektionen upprätthållas och en förbättring av villkoren för personer som inte är fullt friska kan endast ske genom subventionering av allmänna medel, dvs. en form av socialförsäkring.

Även *Svenska försäkringsbolags riksförbund* framhåller vikten av soliditetsprincipen och skälighetsprincipen för bolagens verksamhet. Riksförbundet framhåller vidare att en individuellt tecknad privat personförsäkring inte kan jämföras med socialförsäkring när det gäller anslutning till försäkringen. Förbundet redovisar också olika försäkringsmöjligheter för personer med sjukdomar och handikapp och framhåller att rätten att teckna försäkring inte är så liten som motionen kan ge intryck av.

En utförligare redovisning av remissvaren finns i bilaga till betänkandet.

Utskottet

I betänkandet behandlas dels en motion om slopande av preskriptionstider inom patientförsäkringen, dels en motion om slopande av självriskan vid patientförsäkring. Vidare behandlas en motion om försäkringsinformation till diabetiker och en motion om rätten för diabetiker att teckna försäkring.

I *motion L611* av Birger Rosqvist m.fl. (s) riktas kritik mot att den som vill kräva ersättning från patientförsäkringen skall framställa sitt krav inom tre år från den tidpunkt då skadan orsakades. I motionen begärs därför ett tillkännagivande om att preskriptionstiden inom patientförsäkringen bör slopas.

I *motion L622* av Bengt Harding Olson (fp) anføres att självriskan inom patientförsäkringen, 5 % av basbeloppet, medför att försäkringsskyddet blir urholkat i väsentlig mån. Motionären begär därför ett tillkännagivande om att självriskan inom patientförsäkringen omedelbart bör avvecklas.

Som framgår av den inledningsvis lämnade redogörelsen har de nuvarande ersättningsanordningarna vid behandlingsskador tillkommit på frivillig väg. Ersättning utgår enligt fastställda försäkringsvillkor och beräknas enligt skadeståndsrättsliga principer. Försäkringsvillkoren har under senare år förändrats i flera avseenden. Sälunda ändrades år 1982 försäkringsvillkorens bestämmelse om preskriptionstid. Ändringen innebar att regeln om en treårig preskriptionstid, räknad från den tidpunkt då skadan orsakades, ersattes med den nuvarande bestämmelsen om att ersättningskrav skall framställas inom tre år från det skadan först visade sig, dock senast inom tio år från den tidpunkt då den skadegörande handlingen vidtogs. Vidare slopades fr.o.m. den 1 april i år bestämmelsen om självrisk inom försäkringen. Före nämnda datum gällde att ersättning lämnades med avdrag för ett belopp motsvarande 5 % av basbeloppet för det år då skadan orsakades. Numera gäller i stället en beloppsgräns om 700 kr. och skälighetsersättning lämnas utan avdrag om kostnaderna och inkomstförlusten sammanlagt överstiger detta belopp.

Utskottet kan således konstatera att villkoren inom patientförsäkringen numera i allt väsentligt får anses tillgodose motionärernas krav. Utskottet anser sig kunna utgå från att Patientförsäkringens samrådsgrupp även i fortsättningen följer tillämpningen av försäkringsvillkoren och tar de initiativ till förbättringar som kan visa sig erforderliga. Några åtgärder från riksdagens sida med anledning av motionerna L611 och L622 är således inte påkallade.

Personförsäkringar

Privat försäkringsverksamhet bygger på en organiserad samverkan av ett kollektiv som vill skydda sig mot likartade risker. Avtal om privata liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar liksom om andra försäkringar som tecknas av enskilda regleras för närvarande huvudsakligen i lagen (1927:77) om försäkringsavtal (FAL). Reglerna i FAL är i stor utsträckning tvingande till förmån för försäkringstagarna. På vissa för försäkringstagarna viktiga områden råder dock avtalsfrihet. Bl.a. gäller avtalsfriheten i fråga om premiens storlek. Någon skyldighet att i enskilda fall meddela försäkring finns inte enligt FAL. Den nuvarande regleringen i FAL innebär att försäkringsbolagen i fråga om personförsäkringar har stora möjligheter att ensamma bestämma försäkringsvillkoren. Bolagen tillämpar emellertid i

betydande omfattning gemensamma riktlinjer vid den individuella prövningen, såsom i fråga om bedömningen av vilken inverkan den blivande försäkringstagarens hälsotillstånd skall ha på försäkringsvillkoren.

Försäkringsvillkoren påverkas också i betydande utsträckning av reglerna i försäkringsrörelselagen (1982:713). Denna reglering avser att säkerställa att försäkringsbolagen kan infria sina förpliktelser enligt ingångna försäkringsavtal (soliditetsprincipen) samt att bolagen driver verksamheten under iakttagande av principen om skälighet, dvs. att försäkringar erbjuds till kostnader som är skäligen med hänsyn till den risk de skall täcka.

I *motion L618* av Sten Andersson i Malmö (m) påpekas att diabetiker har svårigheter att få teckna personförsäkringar och motionären begär ett tillkännagivande om att diabetiker skall ha samma rätt som andra att teckna försäkringar.

I *motion L624* av Görel Thurdin m.fl.(c) berörs också frågan om diabetikers försäkringsskydd. Enligt motionärerna är det viktigt att kroniskt sjuka människor får information om de möjligheter som finns att teckna försäkringar. I motionen begärs därför ett tillkännagivande om en utökad information i dessa frågor.

Utskottet vill för sin del understryka vikten av att diabetiker inte utestängs från möjligheten att teckna personförsäkringar. Av de remissyttranden som inhämtats över motion L618 framgår emellertid att diabetikernas möjligheter att skaffa sig ett tillfredsställande försäkringsskydd inte är så små som antyds i motionen. Yttrandena ger emellertid också vid handen att det, i likhet med vad som allmänt gäller i fråga om personer med högre skadefrekvens än genomsnittet, inom ramen för de nuvarande principerna om soliditet och skälighet i försäkringsverksamhet inte är möjligt att låta diabetiker – så länge som de bedöms som en särskild riskgrupp – teckna försäkringar på samma villkor som andra grupper i samhället. I varje enskilt fall måste därför försäkringsvillkoren utformas med utgångspunkt i den risk som försäkringens skall täcka. Utskottet vill framhålla det angelägna i att försäkringsbolagen vid sin riskbedömning tar hänsyn till de framsteg som görs inom läkarvetenskapen.

Som närmare framgår av den inledningsvis lämnade redogörelsen har den mera övergripande frågan om försäkringssökandens rätt att teckna försäkring övervägts av försäkringsrättskommittén i betänkandet (SOU 1986:56) Personförsäkringslag. I betänkandet har lagts fram förslag till nya bestämmelser om liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkringar som skall ersätta FAL:s regler om sådana försäkringar. Därvid föreslås bl.a. att en försäkringssökande skall ha en självständig rätt att teckna den försäkring som försäkringstekniken medger med hänsyn till hans hälsotillstånd m.m. Avsikten är dock inte att påverka den bedömning försäkringsbolagen i dag gör på grundval av sökandens hälsotillstånd.

Utskottet vill vidare crinra om att justitieministern den 28 januari i år besvarade en fråga om diabetikers rätt att teckna visst slag av försäkring och att hon därvid hänvisade till att spørsmålet tagits upp av försäkringsrättskommittén i ovannämnda betänkande. Hon framhöll att förslaget i denna del hade fått ett blandat mottagande av remissinstanserna. Sålunda kritiserades det av handikapporganisationerna som ansåg att man genom lagstiftning bör

säkra en rätt för personer med handikapp eller sjukdom att teckna försäkring till samma kostnader som andra. Många andra remissinstanser delade dock kommitténs uppfattning att lagen inte bör bestämma vilka risker försäkringsbolagen skall försäkra. Hon framhöll att frågan var viktig, men att hon i avvaktan på fortsatta överväganden inom departementet inte var beredd att ta ställning i frågan.

Enligt utskottets mening bör inte heller riksdagen föregripa de överväganden som förestår med anledning av försäkringsrättskommitténs förslag. Med hänsyn till den nu aktuella frågans vikt utgår utskottet från att spörsmålet ingående övervägs av regeringen. Någon riksdagens åtgärd i saken är därför i vart fall för närvarande inte påkallad.

Vad därefter gäller frågan om utökad information till kroniskt sjuka människor om deras möjligheter att teckna försäkringar förutsätter utskottet att även denna fråga beaktas vid den fortsatta beredningen av försäkringsrättskommitténs ovannämnda betänkande. Således påkallar inte heller motion L624 någon riksdagens åtgärd.

Hemställan

Utskottet hemställer

1. beträffande *patientförsäkringen*
att riksdagen avslår motionerna 1987/88:L611 och 1987/88:L622,
2. beträffande *rätt att teckna försäkring m.m.*
att riksdagen avslår motionerna 1987/88:L618 och 1987/88:L624.

Stockholm den 8 november 1988

På lagutskottets vägnar

Rolf Dahlberg

Närvarande: Rolf Dahlberg (m), Lennart Andersson (s), Owe Andréasson (s), Stig Gustafsson (s), Ulla Orring (fp), Martin Olsson (c), Inger Hestvik (s), Allan Ekström (m), Bengt Kronblad (s), Gunnar Thollander (s), Hans Rosengren (s), Ewy Möller (m), Bengt Harding Olson (fp), Elisabeth Persson (vpk), Elisabet Franzén (mp), Lena Boström (s) och Karin Starrin (c).

Försäkringsinspektionen

Inledningsvis vill inspektionen framhålla att försäkring över huvud taget inrymmer ett större eller mindre inslag av solidaritet.

Då det gäller socialförsäkring i statlig regi innebär solidariteten att på politisk nivå fattas beslut om försäkringsförmåner, vilka ansetts vara behövliga, och metoderna för deras finansiering. I socialförsäkring finns ofta inget närmare samband mellan dem som åtnjuter försäkringsförmånerna och källorna för förmånssystemets finansiering. (Jämför t ex det svenska ATP-systemets utformning.)

I privat försäkring har solidariteten en helt annan innebörd. Här har den enskilde konsumenten möjlighet att ta ställning till om och hur ett eventuellt försäkringsskydd skall vara utformat. Därför måste ett försäkringsbolag se till att det råder en balans mellan premieinkomster och försäkringsersättningar inom en och samma riskgrupp samtidigt som transaktioner mellan olika riskgrupper undviks. Detta medför att premien för en brandförsäkring av ett trähus är högre än motsvarande försäkringspremie för ett jämförbart stenhus på grund av den högre brandskaderisken, och att premien för en temporär livförsäkring med ettårig dödsrisk är högre för en 60-åring än för en 25-åring beroende på den högre sannolikheten att dö. Om inte kravet på balans mellan premieinkomster och försäkringsersättningar inom en och samma riskgrupp och samtidigt premiedifferentiering mellan olika riskgrupper upprätthålles kommer vissa riskgrupper att finansiera andra och ytterst kan försäkringsbolagets ekonomi urholkas med insolvens som följd.

I Sverige styrs försäkringsbolagens verksamhet av försäkringsrörelselagen, FRL, SFS 1982:713, enligt vilken i huvudsak två principer, *soliditetsprincipen* och *skälighetsprincipen*, är hörnpelare.

Soliditetsprincipen syftar till att ett försäkringsbolag skall kunna infria sina försäkringsförpliktelser enligt ingångna försäkringsavtal. Detta kräver tillräckliga premier för bolagets riskåtaganden och en kapitalförvaltning som inte äventyrar försäkringstagarnas uppsparade medel.

Skälighetsprincipen syftar till att kostnaden för en försäkringstagare motsvarar den risk försäkringen täcker, dvs den tidigare nämnda subventioneringen mellan försäkringstagare tillhörande olika riskgrupper skall undvikas.

Individuell personförsäkring (liv- samt sjuk- och olycksfallsförsäkring) i Sverige meddelas mot "normala" premier om försäkringsrisken inte är onormal, dvs hälsotillståndet inte avviker från det normala. Om däremot hälsotillståndet är onormalt följer av skälighetsprincipen att premien skall höjas utöver den normala så att den är tillräcklig för att balansera den förväntade försäkringskostnaden på grund av den högre risken. Om risken är mycket hög är den svår att närmare kvantifiera och skulle dessutom leda till en mycket hög försäkringspremie. I dessa fall föredrar därför försäkringsbolaget ofta att avböja en ansökan om försäkring.

Det praktiska handhavandet av och bedömningen av onormalt höga försäkringsrisker har behandlats i det yttrande i ärendet som avgivits av

Svenska Försäkringsbolags Riksförbund, till vilket inspektionen hänvisar.

1988/89:LU5

Bilaga

Det må särskilt framhållas – vilket framgår av Riksförbundets yttrande – att de extra riskpremier som erläggs vid onormala risker inte helt utan bara till 75 % täcker den extra kostnad som detta försäkringsbestånd förorsakar. Denna speciella soliditet som normalriskbeståndet visar genom att delvis subventionera de sämre riskerna har ansetts rymmas inom skälighetsprincipens ram. Inspektionen vill inte utesluta att denna soliditet kan tänjas ytterligare i framtiden.

Frågan om hur den medicinska bedömningen av ett onormalt hälsotillstånd i nuet och framtiden skall kvantifieras i termer av riskåtagande med hänsyn till aktuellt försäkringsbehov är mycket komplicerad.

Enligt svensk tradition behandlas de försäkringsrisker, som av de individuella bolagen bedöms vara onormala, i en gemensam riskprövningsnämnd vilken bedömer fallen enligt riktlinjer som nämnden utarbetat. Nämnden är sammansatt av kvalificerad medicinsk expertis som har tillgång till aktuell statistik över olika medicinska riskområden. Nämnden uppdaterar regelbundet område efter område i riktlinjerna med hänsyn till den statistiska erfarenhet som konstaterats. Det kan framhållas att den mellan bolagen överenskomna gemensamma behandlingen av de onormala riskerna är registrerad i inspektionens kartellregister (Nr F 54).

Under senare tid har kritik framförts mot den gemensamma behandlingen av de onormala riskerna. Kritikerna framhåller att genom denna behandling begränsas bl a möjligheterna att kunna teckna en individuell försäkring. Ett nej från den gemensamma riskprövningsnämnden är ett slutgiltigt och definitivt nej.

Denna ordning kan i och för sig te sig tveksam. Samtidigt bör emellertid framhållas att de svenska livförsäkringsbolagen inte har några egna vinstintressen eftersom FRL förbjuder vinstutdelning även för livförsäkringsaktiebolagen. Det finns således inga andra motiv vid hanteringen av de onormala riskerna än att iaktta efterlevnaden av soliditetsprincipen och skälighetsprincipen.

Vidare gäller att de onormala riskerna återförsäkras i Återförsäkringsaktiebolaget Sverige, som ägs av Skandia Liv, Trygg, Folksam-liv och Wasa-liv. Även detta bolag omfattas av vinstutdelningsförbudet i FRL.

Skulle den gemensamma riskprövningen överges och ersättas med en slutgiltig prövning i varje enskilt bolag skulle det bli fritt fram för en riskprövningskonkurrens. Frågan är emellertid om detta skulle vara till fördel för konsumenterna. Ett sådant alternativ skulle innebära att varje bolag behövde skaffa särskild expertis för att klara riskprövning och bestämning av erforderliga och skäliga extrapremier vid onormala risker. Vidare kan det inte uteslutas att det enskilda bolaget i sin bedömning skulle tendera att vara mera försiktigt om man själv skulle få en större andel av den onormala riskens merkostnad. En sådan utveckling vore till nackdel för konsumentkollektivet.

Inspektionen har full förståelse för den känsla av diskriminering som behandlingen av inte fullt friska personer kan ge upphov till. Inspektionen vill dock understryka att i ett privat försäkringsväsende måste grundprinciperna om soliditet och skälighet upprätthållas. Den försäkring som detta

innebär för de onormala riskerna är en följd som endast kan avhjälpas genom subventionering av allmänna medel, dvs en form av socialförsäkring.

1988/89:LU5
Bilaga

Svenska försäkringsbolags riksförbund

Den fråga som tas upp i motionen är inte en för diabetiker specifik fråga utan den gäller helt allmänt personer med allvarligare sjukdomar eller handikapp som kan inverka på möjligheterna att teckna privat försäkring.

Vi kommer därför väsentligen att ge synpunkter på den mer generella frågan och avslutningsvis ge några kommentarer till försäkringsfrågan för diabetiker och de i motionen återgivna synpunkterna.

A. Allmänna synpunkter

Vi vill först erinra om vad som karakteriserar privat personförsäkring till skillnad från allmän försäkring samt ge synpunkter på den viktiga frågan om soliditet mellan olika grupper av försäkringstagare.

Allmän försäkring ger alla medborgare ett grundläggande försäkringskydd. Genom att det är en obligatorisk försäkring är alla med, oberoende av hälsotillstånd. Ekonomin i den allmänna försäkringen garanteras av hela samhällskollektivet, varför full solidaritet gäller.

Privat personförsäkring, som utgör en komplettering av den allmänna försäkringens skydd, bygger på frivillig anslutning. Skillnaden mot allmän försäkring är särskilt påtaglig när det gäller individuellt tecknad försäkring. Vad som här sägs tar sikte på sådan försäkring.

Försäkringsbolagen har enligt skälighetsprincipen i försäkringsrörelselagen att tillse att kostnaderna för en försäkring är skäliga med hänsyn till försäkringens art. För att uppfylla lagens krav företar bolagen en riskprövning av varje ansökan om försäkring, om inte försäkringsvillkorens utformning gör sådan onödig. Genom riskprövningen avgör bolaget om försäkring kan beviljas och i så fall på vilka villkor. Försäkringar som beviljas indelas i riskgrupper, för vilka bolaget har att göra en skälig premiebestämning. Detta med indelning i riskgrupper är en allmän princip inom privat försäkring. Varje bilförare t ex vet att hans premie beror av vilken bil han har och hur långt han kör. Inom personförsäkring är det hälsotillståndet – i vid bemärkelse – som är grunden för premiedifferentieringen liksom för bedömningen av om en försäkring kan beviljas eller inte.

Skulle försäkringsbolaget inte företa någon riskprövning, måste man räkna med att det skulle bli en överrepresentation av personer som på grund av sjukdom eller handikapp statistiskt sett innebär förhöjda risker. Detta är i och för sig ett dilemma. Å ena sidan framstår just för dessa personer en försäkring som särskilt angelägen. Försäkringsbolaget måste å andra sidan tillse att försäkringen inte blir så dyr att den blir osäljbar för personer som, när försäkringen tecknas, inte har någon sjukdom eller något handikapp. Skulle detta inträffa rycks grunden för verksamheten undan. Häri ligger den avgörande skillnaden mellan försäkringar med obligatorisk respektive frivillig anslutning.

Försäkringsbolagen strävar efter att i sin riskbedömning ta hänsyn till de intressen som finns från å ena sidan försäkringssökande som utgör förhöjda

risker och å andra sidan övriga försäkringssökande. Det sker genom att bolagen med anlåtande av medicinsk och statistisk expertis gör en uppskattning och gradering av riskerna.

Försäkringsbolagens strävan är naturligtvis att inte vara onödigt stränga i sin bedömning. Bolagen ser det som sin uppgift att ge så många människor som möjligt ett bra försäkringsskydd. De riktlinjer som bolagen tillämpar i sin riskbedömning revideras också fortlöpande med beaktande av den medicinska utvecklingen och förutsättningarna i övrigt.

Ett förhållande som det finns anledning att inledningsvis understryka är att det inom individuell personförsäkring oftast rör sig om mycket långa avtalstider. Det gör att man inte endast kan se på tillståndet vid försäkringens tecknande utan måste beakta den utveckling som den föreliggande sjukdomen kan komma att få under en lång tid framåt.

Efter denna inledning övergår vi till att kommentera de olika slagen av personförsäkring.

1. Livförsäkring

Riskbedömningen av en ansökan om livförsäkring går ut på att hänföra risken till en viss riskgrupp, för vilken den förväntade framtida dödligheten statistiskt sett uppgår till en given nivå (eller annorlunda uttryckt hur risken påverkar den återstående medellivslängden). Den helt dominerande delen av ansökningarna förs till den normala riskgruppen, för vilken den vanliga tariffpremien tillämpas. Knappt två procent av samtliga ansökningar (3 000–4 000 av totalt omkring 200 000) beviljas med olika grader av förhöjning och två å tre promille av ansökningarna avböjs (omkring 500).

Ett antagande om förhöjd dödlighet innebär för en försäkring med utbetalning vid dödsfall – förutsatt att inte försäkring avböjs – en förhöjd premie. Omvänt gäller att om en försäkring skall utbetalas under förutsättning av att en person lever, t ex egenpension i form av en livränta, kan en rabatt på premien komma ifråga.

När det gäller premieförhöjningarnas storlek inom livförsäkring vill vi nämna att det i början av 80-talet genomfördes en betydande nivå-sänkning. Då fattades ett principbeslut om att bestämma tilläggspremierna för förhöjningsrisker så att de inte fullt ut motsvarar den förväntade riskförhöjningen. Riktpunkten är enligt detta principbeslut att tilläggspremierna skall täcka 75 % av den förväntade överkostnaden. Beslutet är att se som ett ställningstagande för en utvidgad solidaritet inom livförsäkringskollektivet. Genom att nivån på premieförhöjningarna nu är lägre än tidigare är förhoppningen att allt fler försäkringstagare som erbjuds försäkring med förhöjd premie skall lösa sina försäkringar.

Eftersom inom livförsäkring allt överskott på rörelsen går till försäkringstagarna i form av återbäring, innebär beslutet om icke full kostnadstäckning för förhöjningsriskerna att en del av överkostnaden för dessa får bäras av normalriskerna. Detta har ansetts vara möjligt utan att man därigenom kommer i konflikt med försäkringsrörelselagens skälighetsprincip. Orsaken härtill är att den överförda kostnaden har beräknats höja riskkostnaden för de normalt beviljade försäkringarna endast obetydligt (ca 1 %). Det i sin tur beror på att andelen förhöjningsrisker är så pass liten och att även 75%-nivån

för tilläggspremierna kan antas vara tillräckligt hög för att inte andelen skall påverkas mer påtagligt.

Principen om 75 % kostnadstäckning för förhöjningsriskerna har godkänts av branschens tillsynsmyndighet försäkringsinspektionen även om denna till en början reste invändningar med hänvisning till skälighetsprincipen.

2. Olycksfallsförsäkring

Det finns i huvudsak två former av olycksfallsförsäkring. För att beskriva dessa behöver vi först klargöra begreppen medicinsk invaliditet och förvärvsmässig invaliditet.

Med *medicinsk invaliditet* förstås av olycksfallsskada orsakad, för framtiden bestående nedsättning av den försäkrades fysiska eller psykiska funktionsförmåga oberoende av i vilken grad arbetsförmågan nedsätts.

Med *förvärvsmässig invaliditet* förstås av olycksfallsskada orsakad, för framtiden bestående nedsättning med minst 50 % av den försäkrades före olycksfallet befintliga arbetsförmåga.

De två formerna av olycksfallsförsäkring karakteriseras på följande sätt.

a) I den idag vanligaste formen av olycksfallsförsäkring är den viktigaste ersättningsgrunden förvärvsmässig invaliditet. Försäkringen skall alltså – inom ramen för försäkringsbeloppet – ge ekonomisk kompensation för bestående inkomstbortfall till följd av olycksfallsskada. Den kan också ge ersättning vid medicinsk invaliditet till följd av en skada som inte berättigar till ersättning för förvärvsmässig invaliditet.

b) I den andra formen av olycksfallsförsäkring är grunden för bedömning av rätt till invaliditetsersättning uteslutande medicinsk invaliditet.

Vidare gäller för denna form att om sjukdom, sjuklig förändring, fysiskt eller psykiskt handikapp föreligger när en olycksfallsskada inträffar och åkomsten medfört att följderna av skadan förvärras, lämnas endast ersättning för de följder som uppkommer oberoende av den befintliga åkomsten.

Det finns alltså viktiga skillnader mellan de två formerna men vid en verkligt svår olycksfallsskada, som leder till 100 % medicinsk invaliditet – och skulle ha gjort det för en person med tidigare sjukdom eller handikapp även om sjukdomen eller handikapp inte förelagat – ger båda samma ersättning, dvs 100 % av försäkringsbeloppet utbetalas.

Försäkring enligt formen b) kan tecknas utan riskprövning av alla personer – med eller utan sjukdom eller handikapp – inom en beloppsram, som för vuxna uppgår till (för barn lägre dödsfallsbelopp):

För invaliditetsbelopp = 20 basbelopp (1988 516 000 kr)

För dödsfallsbelopp = 5 " (1988 129 000 kr).

Större belopp kan tecknas men då krävs riskbedömning. Denna kan med hänsyn till försäkringens konstruktion vara väsentligt liberalare än för försäkring enligt a).

För försäkring enligt form a) görs en individuell riskbedömning av varje ansökan.

Helt allmänt gäller att vid riskbedömningen av en ansökan om olycksfalls-

försäkring från en person som har en sjukdom eller ett handikapp är det två riskfaktorer man har att beakta:

1988/89:LU5
Bilaga

- Påverkar sjukdomen eller handikappet risken för att försäkringssökanden skall drabbas av olycksfall?
- Kan följderna av ett olycksfall bli mer allvarliga på grund av tidigare sjukdom eller handikapp?

Risken för att olycksfall skall inträffa är i regel inte förhöjd. Den kan tvärtom i vissa fall vara minskad på grund av det levnadssätt som personen med sjukdom eller handikapp måste iaktta.

Beträffande den andra frågan gäller däremot att man i många fall måste räkna med att följderna av ett olycksfall med avseende på arbetsförmåga kan bli svårare på grund av kombinationen av olycksfallsskadan och föreliggande sjukdom eller handikapp. En person med t ex ett allvarligt handikapp är mer sårbar. För honom eller henne står ett begränsat område inom förvärvslivet till buds. Även ett olycksfall som i sig inte ter sig så allvarligt kan få allvarliga konsekvenser för arbetsförmågan och i svårare fall leda till förtidspensionering, medan ett liknande olycksfall för en frisk person utan handikapp inte alls skulle få sådana konsekvenser.

Det finns hos försäkringsbolagen många exempel på i sig relativt lindriga olycksfallsskador som varit den utlösande orsaken till att en försäkrad blivit förtidspensionerad med utbetalning av 100 % invaliditetsersättning som följd. Den rent medicinska invaliditeten på grund av olycksfallsskada kan i dessa fall ha uppgått till endast några tiotal procent eller t o m ännu mindre men effekten på arbetsförmågan har blivit stor på grund av redan före olycksfallet föreliggande tillstånd.

Det finns inte som för livförsäkring någon branschgemensam statistik över hur stor andel av samtliga ansökningar om olycksfallsförsäkring (enligt form a) som beviljas med förhöjd premie resp avböjs. Man måste emellertid räkna med att särskilt andelen avböjda försäkringar är större än för livförsäkring. Enligt en stickprovsundersökning som för några år sedan genomfördes hos de två största bolagen var andelen avböjda olycksfallsförsäkringar (enligt form a för vuxna) ca 2 % och andelen med premieförhöjning beviljade försäkringar 3 %. Därtill kom, likaledes 3 %, som beviljades med sk klausul, dvs inskränkning i ersättningsrätten för sådana besvär som redan förelåg vid tecknandet, t ex ryggbesvär.

3. Sjukförsäkring

Den vanliga formen av sjukförsäkring ger en periodisk ersättning vid arbetsoförmåga (till följd av sjukdom eller olycksfall) som varar utöver karenstiden. Denna kan t ex vara 3 mån. eller motsvara tiden fram till dess förtidspension eller sjukbidrag utgår enligt lag om allmän försäkring (sk ATP-karens). Försäkringstiden sträcker sig oftast fram till normal pensionsålder – i flertalet fall 65 år.

En speciell form av sjukförsäkring är den försäkring avseende premiefrielse vid arbetsoförmåga som ofta ingår som ett moment i en livförsäkring. För sådan försäkring tillämpas samma riskprövningsregler som för sjukförsäkring med kontanterersättning.

För riskbedömning av sjukförsäkring gäller i huvudsak vad som sagts ovan

om olycksfallsförsäkring enligt form a), vilken liksom en sjukförsäkring är avsedd att ge ersättning för inkomstbortfall. Utöver de två riskfaktorer som har angivits för olycksfallsförsäkring (där för den andra riskfaktorn följderna av ett olycksfall utbyggs till följderna av ett olycksfall eller en ny sjukdom) tillkommer för sjukförsäkring följande:

– Vilken är risken att befintlig sjukdom eller befintligt handikapp skall leda till ersättning från försäkringen?

Denna tredje riskfaktor framstår naturligtvis för en sjukförsäkring som den primära men i många fall kan den andra riskfaktorn om allvarliga följder vara väl så betydelsefull eller t o m viktigare. Den föreliggande åkomsten i form av sjukdom eller handikapp kan vara sådan att den inte i sig medför någon stor risk för långvarig sjukskrivning. Däremot kan den innebära att, om någonting nytt tillstöter, den kombinerade effekten av den tidigare åkomsten och en ny sjukdom eller ett olycksfall blir väsentligt allvarligare än vad som annars skulle ha blivit fallet.

Inte heller för sjukförsäkring finns någon branschgemensam statistik över hur stor andel sjukförsäkringar som avböjs resp beviljas på särskilda villkor. Den under olycksfallsförsäkring omnämnda stickprovsundersökningen omfattade även sjukförsäkring. Andelen avböjda försäkringar (för vuxna) var i denna undersökning ungefär lika stor som för olycksfallsförsäkring, dvs 2 %. Andelarna med premieförhöjning resp klausul beviljade försäkringar var något större, i båda fallen drygt 4 %.

4. Kollektiva försäkringar

Vad vi hittills har sagt har tagit sikte på individuellt tecknade försäkringar. Vi vill tillägga några ord om kollektiva försäkringar.

För kollektivt tecknad försäkring är det möjligt att ha enklare riskprövningsregler än för individuell försäkring. Kollektiv försäkring har idag mycket stor utbredning. Särskilt gäller detta livförsäkring. Nästan alla yrkesarbetande omfattas av tjänstegrupplivförsäkring, som tecknas av arbetsgivarna enligt kollektivavtal. Genom den praktiskt taget obligatoriska anslutningen till denna försäkring behövs i stort sett ingen riskprövning utan alla yrkesverksamma kommer med. Stora grupper omfattas även av en frivillig grupplivförsäkring – ofta även gruppolycksfalls- och gruppsjukförsäkring. Beroende på vilka regler för anslutning som gäller, hur stor den försäkrade gruppen är, hur pass enhetliga försäkringsbeloppen är etc tillämpas sådana riskprövningsregler som anses behövliga för att säkerställa en tillfredsställande risksammansättning, dvs förhindra en för stor överrepresentation av förhöjda risker som kan äventyra ekonomin. Gäller det en stor grupp med allmän anslutning och enhetliga försäkringsbelopp, kan reglerna vara mycket liberala. Gäller det en liten grupp med helt frivillig anslutning och varierande försäkringsbelopp närmar man sig reglerna vid individuell försäkring.

B. Personförsäkring för diabetiker och kommentarer till motionen

Möjligheten för diabetiker att teckna personförsäkring är inte så små som motionen kan ge intryck av.

När det gäller livförsäkring med utbetalning vid dödsfall oberoende av dödsorsak må först nämnas att en okomplicerad diabetes som debuterat efter 40 års ålder inte medför någon premieförhöjning, förutsatt att det gäller en person som inte är rökare. Har sjukdomen börjat tidigare beviljas livförsäkring som regel med förhöjd premie men i allvarliga fall av sendiabetiska komplikationer (se exemplifiering längre fram) kan det inträffa att livförsäkring inte beviljas. Antalet på grund av diabetes avböjda försäkringsansökningar är dock relativt litet. År 1986 avböjdes 17 ansökningar medan 568 beviljades med premieförhöjning. År 1987 var motsvarande antal 24 resp 654. Antalet avböjda försäkringar uppgår sålunda inte till mer än 3 à 4 % av antalet med premieförhöjning beviljade. Därtill skall då som nämnts beaktas att vid diabetes som börjat efter 40 års ålder hos en icke-rökare försäkring beviljas på normala villkor, såvida inte sendiabetiska komplikationer uppträtt redan före försäkringens tecknande.

För olycksfallsförsäkring – av den mer omfattande formen som ger ersättning vid förvärvsmässig invaliditet – gäller liksom för livförsäkring att en okomplicerad diabetes som debuterat efter 40 års ålder hos en icke-rökare inte föranleder någon premieförhöjning.

För sjukförsäkring föranleder diabetes förhöjd premie oberoende av debutålder.

Det finns, som nämnts under allmänna synpunkter, inte någon branschstatistik över hur många sjuk- och olycksfallsförsäkringar som beviljas med förhöjd premie resp avböjs. Vid okomplicerad diabetes beviljas försäkring alltid. Om däremot sendiabetiska komplikationer har börjat uppträda är andelen avböjda försäkringar större än för livförsäkring. Förklaringen härtill ligger i vad som anförts ovan under allmänna synpunkter.

Det går inte att komma ifrån att barn- och ungdomsdiabetes är en allvarlig sjukdom. Med tiden uppträder i många fall sendiabetiska komplikationer. Dessa kan direkt inverka på förvärvsförmågan eller de kan utgöra en försvårande omständighet om ett olycksfall eller en ny sjukdom tillstöter så att följderna i avseende på förvärvsförmågan förvärras. De sendiabetiska komplikationer det kan vara fråga om är främst kärlförändringar i ögonbottenarna, som kan leda till synnedsättning och blindhet, kärlförändringar i njurarna, som kan leda till försämrad njurfunktion, i en del fall med behov av njurtransplantation eller dialysbehandling samt cirkulationsstörningar i benen, som i svåra fall kan leda till gangränbildning.

Dessa komplikationer drabbar långt ifrån alla barn- och ungdomsdiabetiker. Det är emellertid statistiska risker som inte är små och som försäkringsbolagen måste räkna med. Här är också viktigt att beakta vad som framhölls under allmänna synpunkter, nämligen att det vid personförsäkring oftast är fråga om långa försäkringstider. Det gör att man inte enbart kan se på förhållandena vid försäkringens tecknande. Om sendiabetiska komplikationer har börjat uppträda redan vid tecknandet har man att beakta tendensen i sjukdomsutvecklingen.

När det gäller försäkringsfrågan för den i motionen omnämnda diabetikern är det uppenbarligen så att den försäkring hon erbjudits är den ovan omnämnda olycksfallsförsäkring som kan tecknas av alla utan riskprovning

med försäkringsbelopp som uppgår till 20 basbelopp vid invaliditet och 5 basbelopp vid dödsfall. Som framhållits ovan kan denna försäkring som regel tecknas även för högre belopp av en diabetiker men då först efter riskprövning. Det ligger självfallet ingen värdering av olika personers försäkringsbehov när det belopp som kan tecknas utan riskprövning har begränsats till 20 resp 5 basbelopp. Denna försäkringsform infördes för endast några år sedan just med tanke på att det var angeläget att kunna ge alla – helt oberoende av hälsotillstånd – möjlighet till en olycksfallsförsäkring. Intill dess erfarenhet av försäkringen har vunnits har det bedömts vara rimligt att begränsa försäkringsbeloppen.

Att den i motionen återopade debattartikeln ger en överdriven bild av svårigheten för en diabetiker att teckna försäkring beror till en del på skrivtekniken och tolkningen att försäkringsbolagen skulle sätta olika "värde" på sina kunder. I det första stycket sägs att en diabetiker inte får teckna försäkring mot lyte och men eller ens mot sveda och värk. Bolagens utformning av den aktuella försäkringen kan vara något olika men det finns i varje fall flera bolag som har dessa moment med i försäkringen liksom även läkekostnadsersättning.

Detta stycke tillsammans med det andra stycket i artikeln ger intrycket att endast olycksfallsförsäkring som utfaller vid dödsfall (med fem basbelopp) kan tecknas. Först längre fram i artikeln nämns ersättning vid invaliditet intill tjugo basbelopp. Detta moment är det viktigaste i en olycksfallsförsäkring och tjugo basbelopp är trots allt inte någon obetydlig summa (f n drygt 500 000 kr). Till kommentaren om endast fem basbelopp vid dödsfall till följd av olycksfallsskada är att säga att det – av ovanstående redovisning beträffande andelen avböjda livförsäkringar att döma – inte alls är osannolikt att en sådan försäkring, som medför utbetalning oberoende av dödsorsak, hade kunnat tecknas och detta även för större belopp än femtio basbelopp. En livförsäkring kostar naturligtvis mer än en olycksfallsförsäkring men är betydligt värdefullare.

I övrigt finner vi inte anledning kommentera de påståenden och omdömen som debattartikeln innehåller utan hänvisar till vår sakredogörelse.

Sammanfattningsvis vill riksförbundet framhålla

att individuellt tecknad privat personförsäkring inte kan jämföras med socialförsäkring när det gäller anslutning till försäkringen.

att bolagens strävan är att erbjuda personförsäkring till så många som möjligt och att beakta olika gruppers intresse genom att differentiera premien på ett med hänsyn till risken skäligt sätt,

att solidariteten mellan försäkringstagare inom individuellt tecknad försäkring inte kan drivas hur långt som helst, då skälighetsprincipen i försäkringsrörelselagen i så fall skulle komma att åsidosättas och i slutändan verksamheten skulle äventyras.

att möjligheten för personer med sjukdomar och handikapp att teckna individuell personförsäkring inte är liten; inom livförsäkring beviljas ca 98 % av alla ansökningar med normal premie och knappt 2 % med förhöjd premie, medan 0,2 à 0,3 % avböjs,

att alla personer oberoende av sjukdom eller handikapp kan teckna en olycksfallsförsäkring som ger ersättning vid medicinsk invaliditet intill 20 basbelopp och vid dödsfall 5 basbelopp (för barn 1 basbelopp vid dödsfall), varvid den begränsningen gäller att, om sjukdom eller handikapp föreligger när en olycksfallsskada inträffar och åkomman medfört att följderna av skadan förvärras, ersättning lämnas endast för de följder som uppkommer oberoende av den befintliga åkomman; denna försäkring kan efter riskprövning i regel tecknas för större belopp,

att, när det gäller diabetes, liv- och olycksfallsförsäkring beviljas med normal premie vid okomplicerad diabetes som debuterat efter 40 års ålder, om den försäkrade inte är rökare, och livförsäkring vid tidigare debut som regel kan beviljas med förhöjd premie så att antalet på grund av diabetes avböjda livförsäkringar de senaste åren endast uppgått till 3 à 4 % av antalet med förhöjd premie beviljade försäkringar; även sjuk- och olycksfallsförsäkring kan som regel beviljas om inte sendiabetiska komplikationer uppträtt.