

Försäkra

SAMMANFATTNING

Det förekommer att konsumenterna har ett felaktigt eller dåligt försäkringsskydd, antingen i form av för mycket eller för lite skydd. De flesta konsumenter uppger också att de tycker att det är svårt att veta vad försäkringen omfattar.

Risken att försäkringsbolaget inte skulle kunna fullgöra sitt finansiella åtagande mot konsumenten när en skada väl har inträffat är förhållandevis låg. En större risk ur den enskilda konsumentens perspektiv är att bolaget inte ser tillräckliga skäl för att betala ut ersättningen.

Även om det finns skadedrabbade som är missnöjda tycks försäkringsbolagen i stort sett kunna hantera skaderegleringen på ett bra sätt. Det tyder på att de regler och system som finns för att hantera tvistlösning mellan konsumenten och bolaget i de flesta fall fungerar.

Det finns många former av försäkringar för konsumenter. Konsumenten kan försäkra sin *egendom* mot skada eller förlust och öka de *efterlevandes* ekonomiska trygghet genom försäkringar om hon skulle avlida. Konsumenten kan också försäkra sig mot olika typer av *inkomstförlust* som kan uppkomma på grund av exempelvis arbetslöshet, olycksfall eller sjukdom.

Konsumenten kan också genom ansvarsförsäkring försäkra sig mot olika *skadeståndskrav* som kan riktas mot henne, och som kan gälla andras egendom, hälsa eller inkomst. Den konsument som skadas på något sätt av andra kan i sin tur få ersättning från ansvarsförsäkringar som dessa, både konsumenter och företag, har tecknat.

Knappt 4,5 miljoner hem, 575 000 fritidshus och 290 000 båtar är försäkrade i Sverige. Cirka 6 miljoner motorfordon har den obligatoriska trafikförsäkringen. De allra flesta anställda har en tjänstepensionsförsäkring, och därmed ofta ett visst skydd för efterlevande. Många har även en tjänstegrupplivförsäkring och en kompletterande arbetslöshetsförsäkring. Vidare kan låntagare omfattas av låneskyddsförsäkringar som kan gälla vid arbetslöshet, sjukdom och dödsfall.

Risken att försäkringsbolaget inte kan betala ut ersättningen

En fungerande försäkring kan vara av stor ekonomisk betydelse för en individ, och hon förväntar sig naturligtvis att få ersättning när en skada inträffar som försäkringen omfattar. Att försäkringsbolaget har en god ekonomi och förmågan att fullgöra sina åtaganden är alltså centralt för försäkringstagaren. Risken finns dock att försäkringsbolaget innan skadan är slutreglerad blir insolvent och alltså oförmöget att betala ut ersättningen. Inom försäkring finns ingen motsvarighet till insättningsgarantin, vilket innebär att det inte finns ett statligt skydd mot en insolvenssituation i ett försäkringsbolag. Ett

sådant skydd – en så kallad garantiordning – har diskuterats under en längre tid på EU-nivå. Ännu finns dock inga konkreta planer att införa ett sådant system, även om diskussionen aktualiserats med anledning av finanskrisen.

Skyddet för konsumenten

För att skydda kunderna finns regler om till exempel hur mycket kapital ett bolag måste hålla i relation till värdet på sina åtaganden och hur det får placera sina tillgångar. FI tar i sin tillsyn in och analyserar den typen av uppgifter.

Skulle ett bolag bli insolvent har kunderna förmånsrätt till vissa tillgångar, de så kallade skuldtäckningstillgångarna. FI utövar tillsyn över bolagens rutiner för skuldtäckning. Försäkringsbolag ska föra register över de tillgångar som vid varje tidpunkt motsvarar företagets åtaganden mot försäkringstagarna och andra förmånstagare. Att tillgångarna i registret omfattas av särskild förmånsrätt för kunderna vid en obeståndssituation innebär att det är av stor betydelse att registren förs korrekt och att registerföringen fungerar även i en krissituation

Det finns betydande skillnader i hur motståndskraftiga försäkringsbolagen är mot olika händelser, och kunderna ska inte helt bortse från bolagets finansiella styrka då de tecknar en försäkring. De senaste 80 åren har dock ingen svensk konsument blivit utan skadeersättning på grund av att ett svenskt skadeförsäkringsbolag har blivit insolvent.

Skadeförsäkringsbolagen och den finansiella turbulensen

Skadeförsäkringsbolag är generellt sett inte lika exponerade mot finansiella risker som många andra finansiella företag, vilket innebär att den finansiella turbulensen inte har slagit lika hårt mot dem. FI bedömer att de drygt 200 skadeförsäkringsbolagen är väl rustade för att fullgöra sina åtaganden på kort sikt. Bedömningen grundas bland annat på att i princip alla skadeförsäkringsbolag idag skulle klara åtminstone en situation där antalet skador, storleken på dem, eller tillgångsprisutvecklingen blev den värsta som idag kan förväntas inträffa ett år av 200. Det är viktigt att betona att den här typen av beräkningar endast är teoretiska antaganden om hur sådana situationer ser ut, verkligheten blir som regel alltid annorlunda – till det bättre eller sämre. Samtidigt visar FI:s stresstester att bolagen, trots den senaste tidens kraftiga fall på de finansiella marknaderna, har buffertar som är stora i förhållande till även extrema händelser på kort sikt.

Under sämre tider är vikten av att bolaget har god ordning på exempelvis skuldtäckningsregister av mycket stor betydelse för att kunden ska kunna känna sig trygga i att kunna få ut en skadeersättning även om försäkringsbolaget skulle hamna på obestånd. FI granskade under 2008 ett antal skadeförsäkrings- och livförsäkringsbolags skuldtäckningsregister samt deras interna bestämmelser för skuldtäckningen. FI:s bedömning är att ordningen är god.⁷⁶

Konsumenten utlämnad till försäkringsbolagets bedömning

En större risk för kunden än att försäkringsbolaget inte kan betala ut skadeersättningen, är att bolaget inte ser tillräckliga skäl för att betala ut den.

⁷⁶ Tillfredsställande rutiner för skuldtäckningsregister (FI 2008:22)

Det är kunden som har bevisbördan för att den händelse som inträffat täcks av försäkringen. Försäkringsbolaget fastställer därefter den ekonomiska skadan och gör utbetalningen.⁷⁷ Om bolaget kommer till bedömningen att ersättning inte ska betalas ut eller att ersättningen ska vara lägre än vad kunden anser vara korrekt, kan det innebära en förhållandevis krånglig och dyrbar process för kunden att få sin rätt prövad mot bolaget. Om kunden har en rättsskyddsförsäkring, till exempel via hemförsäkringen, kan kunden begära att få ta den i anspråk för sina egna ombudskostnader. Vid förlust i en stämningstalan mot bolaget riskerar kunden att få ersätta motpartens rättegångskostnader. Ett sådant krav kan täckas av en rättsskyddsförsäkring, men beroende av komplexiteten i försäkringsärendet och antalet instanser finns risken att ersättningen inte räcker till. Kunden är därför beroende av försäkringsbolagets bedömning av såväl vad som hänt och vilken ersättning hon ska få.

Eftersom bolaget och den skadedrabbade delvis har olika intressen, kan det uppstå en ömsesidig misstänksamhet. Försäkringsbolaget måste bevaka sina egna och andra kunders intressen av att ha kontroll över skadekostnaderna totalt och det kan också ha misstankar om att den skadedrabbade framställer det som inträffat på ett sådant sätt att hon gynnas när ersättningen ska bestämmas. Denna misstanke är inte ogrundad utan flera undersökningar visar på att försäkringsbranschen utnyttjas för att genomföra bedrägerier, såväl enskilda som mer omfattande.⁷⁸ Från den skadedrabbades sida kan misstanken finnas att bolaget medvetet försöker värdera omfattningen och följderna av skadan på ett sådant sätt att det gynnar företaget.

Skaderegleringen av ansvarsskador är ofta mer problematisk. Risken att den skadelidande och företaget kommer till olika slutsatser är i dessa fall större. I en sedvanlig ansvarsskada, exempelvis en trafikskada, åtar sig försäkringsbolaget att för den ansvariges räkning utreda och ersätta den skadelidande. Den stora skillnaden i hanteringen jämfört med egendomsskador och summaförsäkringar⁷⁹ är att det är en helt annat ersättningsrätt som gäller, varvid många bedömningar måste göras som också bygger på antaganden av mer subjektiv karaktär. En skada som leder till en inkomstförlust i framtiden är ett exempel på en bedömning som kan vara särskilt svår, inte minst om den skadade redan före olyckan inträffade hade skador som påverkade förmågan att arbeta. Även skador som uppkommer efter olyckan kan komma att påverka utbetalningarna till den skadelidande.

FI har fått indikationer på att försäkringsbolagen under den senaste tiden har stramat upp skaderegleringen jämfört med tidigare. Bolagen följer så vitt FI kan bedöma fortfarande försäkringsvillkoren och förändringen ska därför ses som att bolagen i högre grad än tidigare håller fast vid de villkor som alltid gällt. Konsumenternas Försäkringsbyrå och till viss del även FI får klagomål från försäkringstagare som tycker att de fått för lite i ersättning för den skada de lidit.⁸⁰ Givet den inneboende motsättningen mellan försäkringstagare och försäkringsbolag, måste ändå antalet klagomål bedömas som begränsat.

⁷⁷ Det är viktigt att betona att försäkringsbolaget har ett utredningsansvar och måste betala korrekt ersättning även i ett läge där kunden begär för lite i ersättning.

⁷⁸ Se bland annat Organiserad brottslighet – lösa maskor eller fasta nätverk (BRÅ 2002:7) och faktablad på Försäkringsförbundets hemsida, www.forsakringsforbundet.com.

⁷⁹ En summaförsäkring innebär att den skadelidande får ut en ersättning med ett på förhand avtalat belopp. Ersättningen är således inte beroende av till skadans omfattning.

⁸⁰ Under 2008 avsåg cirka 15 procent av ärendena hos Konsumenternas Försäkringsbyrå frågor, problem och klagomål kring ersättningsnivåer. Det är dock viktigt att påpeka att frågor om

Skadeförsäkringsbolag är skyldiga att vid personskador göra individuella bedömningar av hur skadan påverkar den skadelidandes förmåga att arbeta. FI har tidigare konstaterat att medicinska rådgivare som bolagen anlitar för att bedöma invaliditetsgraden bland annat kan försena skaderegleringstiden genom att inte lämna sin bedömning inom rimlig tid till försäkringsbolaget.⁸¹ I sin kontakt med branschen har FI har pekat på försäkringsbolagens ansvar att uppfylla regelverkets krav på att skaderegleringen sker skyndsamt och tar hänsyn den försäkrades intressen. I övervakningen av detta område har FI också sett att vissa bolag vidtagit åtgärder för att minska tidsåtgången för medicinska rådgivares svar till försäkringsbolagen. FI kommer också att under hösten 2009 inleda en fördjupad granskning av att bolagens rutiner för skaderegleringen är i linje med god försäkringsstandard.

Även om det inte saknas skadedrabbade som är missnöjda tycks försäkringsbolagen överlag kunna hantera skaderegleringen på ett bra sätt, vilket tyder på att de regler och de system som finns för att hantera intressekonflikter mellan kunder och bolagen fungerar i de flesta fall. Men det finns utrymme för förbättringar, exempelvis avseende ärenden där det tar mycket lång tid innan skadan slutligen fastställs och den definitiva ersättningen betalas ut.

Som en allmän regel gäller att den som inte är nöjd med ersättningen eller tolkningen av villkoren ska få en besvärshänvisning i beslutet. På försäkringsområdet finns en flora av överprövningsinstanser och det är allmän domstol som är den sista instansen. Innan dess kan den skadelidande vända sig till många olika organ, men det kan vara svårt för en individ att veta vart. Risken finns att kunden prövar olika instanser utan att få framgång och att ärendet därför drar ut onödigt länge på tiden.

För mycket och för lite försäkringsskydd

Konsumenten har ett eget ansvar att ta reda på om hon är i behov av en försäkring. Samtidigt kan det vara svårt för henne att förstå hur en försäkring fungerar och vad den omfattar. För att konsumenten ska kunna göra en god utvärdering av produkten och jämföra den med andra är det därför viktigt att försäkringsbolagen lyfter fram avgörande information, att villkoren är tydliga och att tillämpningen av dem är rimliga. Lagstiftaren har ställt upp särskilda informationskrav som försäkringsbolagen ska följa. Trots detta säger drygt 70 procent av svenskarna i en undersökning att det är svårt att på förhand veta vilket skydd som deras försäkringar ger.⁸²

Erfarenheten visar att det förekommer att konsumenter saknar ett grundläggande försäkringsskydd, exempelvis i form av hemförsäkring och, för den som reser utomlands, försäkring som täcker sjukhusvistelse och hemtransport vid sjukdom. Detta kan resultera i stora kostnader för den drabbade, som själv tvingas betala reparationer eller kostnader för exempelvis sjukvård utomlands. Några kan vara villiga att ta risken att vara oförsäkrade, inte

ersättningsnivåer och omfattningsbestämmelser i viss mån går i varandra, och det är därför svårt att återge en exakt bild av detta.

⁸¹ Försäkringsbolagen handlägger vissa trafikskador för långsamt (FI 2007:18)

⁸² Public Opinion in Europe on Financial Services, Special Eurobarometer 230, European Commission (2005)

minst om de bedömer att risken för att drabbas av en skada är liten eller att de kommer att kunna täcka en eventuell skada eller förlust med egna medel. Men oftast är det sannolikt andra faktorer bakom bristen på grundläggande försäkringsskydd. Vissa kanske inte är medvetna om riskerna med att sakna ett skydd. Andra har inte tillräcklig kunskap om försäkring och riskerar att få ett minskat belopp vid skada till följd av att de inte har lämnat aktuella uppgifter om värdet av den försäkrade egendomen. Ytterligare andra kan tro att en försäkring innebär ett skydd som i realiteten inte är inkluderat i den. Det är av stor vikt att en konsument informerar sig om försäkringens villkor i samband inför tecknandet av en försäkring.

Att en konsument saknar vissa försäkringar kan även innebära att hon uteslås från viktiga skyddssystem. Ett exempel är det rättsskydd som oftast ingår i bland annat alla hemförsäkringar. Rättsskyddet innebär att försäkringsbolaget finansierar individens kostnader för ett ombud vid rättsliga tvister som rör händelser i privatlivet. Förlorar hon tvisten betalar rättsskyddet även motpartens kostnader. En individ som inte har någon försäkring med rättsskydd kan som regel inte få hjälp med kostnaderna av staten, även om staten tillhandahåller rättshjälp vid vissa situationer. Då en tvist i domstol ofta är förknippad med stora kostnader, kan det innebära att en individ väljer att inte gå till domstol av den anledningen.

Till skillnad från den obligatoriska trafikförsäkringen står det individen fritt att ha ett rättsskydd eller inte. Skillnaderna tydliggör den svåra gränsdragningen mellan individens respektive samhällets ansvar för att säkerställa att allmänheten har det skydd som behövs.

En effekt av att konsumenterna inte känner till vad en försäkring omfattar är att många betalar mer än en gång för att skydda samma egendom. Detta bekräftar av en undersökning utförd av Konsumentverket och FI.⁸³ Då grundregeln är att en försäkringstagare, oavsett antalet försäkringar, endast ersätts en gång för en och samma egendomsskada riskerar hon att betala för mycket för det skydd som hon får. I det sammanhanget diskuteras försäkringar som säljs i detaljhandeln, så kallade produktförsäkringar, allt mer. Klagomål och frågor om bland annat bristande information har kommit in till FI, Konsumentverket, Konsumenternas Försäkringsbyrå, kommunernas konsumentvägledare och Allmänna Reklamationsnämnden. För att konsumenten ska kunna fatta ett välgrundat beslut om behovet av en försäkring har detaljhandeln ett ansvar att informera om exempelvis villkoren för försäkringen. Det är primärt Konsumentverkets ansvar att granska att marknadsföringen och informationen om avtalsvillkor sker på ett lämpligt sätt.

Långa väntetider på utbetalningar vid komplicerade skador

Enligt försäkringsavtalslagen ska ett försäkringsbolag som har fått underrättelse om ett försäkringsfall utan uppskov vidta de åtgärder som behövs för att skadan ska kunna regleras. Skaderegleringen ska ske skyndsamt och ta hänsyn till den försäkrades intressen.

⁸³ Rätt försäkring för TV:n (FI 2008:21)

I sin övervakning har FI sedan flera år prioriterat området långa väntetider, vilket har lett till flera rapporter och en följd undersökningar. Det finns tecken på att utvecklingen börjar gå i rätt riktning och det finns exempel på bra lösningar i flera bolag. Men vid flera tillfällen har FI tvingats konstatera att tillståndet i flera bolag inte är tillfredsställande, åtminstone vad gäller de trafikskadade. På det området finns det fall där väntetiden uppgår till tio år.

Det är viktigt att skilja på ärenden där skaderegleringen sker alltför långsamt och ärenden som till sin natur kräver långa handläggningstider. En granskning av FI visar att de huvudsakliga orsakerna till långsamma skaderegleringar är byten av handläggare, långa svarstider från de medicinska rådgivarna eller långa svarstider mellan handläggaren och den skadade eller dennes ombud. Sådana skadeärenden som inte kan avslutas snabbt beror ofta på att konsekvenserna av skadan måste kunna överblickas medicinskt och ekonomiskt. Denna typ av lång handläggning gäller exempelvis konsekvenser av skador på barn och ungdomar.

För att kunna följa problemet med långa handläggningstider och se till att de åtgärder som FI har rekommenderat fungerar, har FI infört krav på rapportering avseende handläggningstider för personskador. En databas med enhetlig statistik för trafikpersonskador har byggts upp och FI utvecklar för närvarande metodiken kring tillsynen av handläggningstiderna.

Kommande reform av trafikförsäkringen

2007 införde regeringen en premieskatt på 32 procent av trafikförsäkringspremien. Skatten tas ut av försäkringsbolagen och syftar till att tydligare koppla kostnaden för att färdas i trafiken till risken för skador. Erfarenheter från andra länder indikerar att högre trafikförsäkringspremier kan vara ett sätt att minska antalet olyckor i trafiken.

Premieskatten är ett första steg i en kommande reform av trafikförsäkringen. Målet är att trafikrelaterade kostnader för sjuk-, aktivitets- och rehabiliteringsersättning och sjukpenning helt ska betalas av trafikförsäkringssystemet och inte, som idag, av socialförsäkringssystemet. En utredning har tillsatts med uppgift att precisera försäkringsbolagens ansvar för rehabilitering av trafikskadade. Utredningen ska redovisas den 18 december 2009.

Genomförs den tänkta reformen kan trafikansvaret komma att helt läggas över på försäkringsbolagen, som då kommer att ta ansvar för alla trafikrelaterade skador. Det allmännas ansvar för sjukvårdskostnader ska dock inte förändras. Att försäkringsbolagens ansvar utsträcks kan innebära en snabbare hantering av skadorna. Samtidigt ställer det ökade krav på bolagen beträffande handläggningstider, rehabilitering av skadade och inte minst uppskattningar av skadekostnader.

Otydligt vem som är försäkringsgivare

Ur ett konsumentperspektiv är det av stor vikt att konsumenten vid köp av en försäkring får tillräcklig information om tjänstens ursprung, i enlighet med marknadsföringslagens regler om ursprung och ursprungsbezeichnung. Det är också viktigt att kontakterna med försäkringsgivaren, exempelvis vid skadereglering eller klagomål, inte försvåras.

När en konsument erbjuds en försäkring i samband med köp av en produkt, en resa eller en tjänst presenteras det många gånger som om det är det företag som individen köper produkten av som också står för försäkringen. I praktiken står ett försäkringsbolag som försäkringsgivare. Flera internationella försäkringsföretag erbjuder också en tjänst som har kommit att kallas "white label" som ett sätt att vidga sitt distributionsnät och nå nya kunder. Försäkringsföretagen erbjuder försäkringsförmedlare och andra organisationer att förmedla försäkringsprodukter som sina egna, trots att företaget är den egentliga försäkringsgivaren.

För en konsument kan detta innebära att det inte är tydligt vem som är försäkringsgivare. Konsumentens möjlighet att göra en bedömning av försäkringsgivarens finansiella styrka försvåras, och det blir inte heller tydligt vem hon ska kontakta vid en eventuell skada. "White label"-tjänsten kan även innebära att konsumenten kan få anmäla en skada till någon annan än försäkringsgivaren. Detta kan försvåra kommunikationen med försäkringsgivaren, exempelvis om konsumenten skulle ha frågor eller klagomål som gäller skaderegleringen.

Det är viktigt att såväl förmedlare som försäkringsgivare säkerställer att konsumenten får information om hur en skadeanmälan görs och att den inte förhindras av komplicerade rutiner. Försäkringsföretaget ska enligt regelverket också ha en fungerande klagomålsrutin dit kunden kan vända sig om hon är missnöjd. Företagens klagomålshantering granskas regelbundet av FI. Undersökningar visar att företagen har sådana rutiner.⁸⁴ Den övervägande delen av företagen har dock få eller inga klagomål registrerade. Det kan vara tecken på att kunderna inte har några klagomål eller att företagen misstolkat definitionen av vad som är ett klagomål. FI har därför inlett en dialog med branschen om betydelsen av reglerna och vilka åtgärder som kan vara lämpliga. Ansvaret för att ge konsumenten fullständig och korrekt information såväl om försäkringens utformning som om den egentliga försäkringsgivaren ligger på den som erbjuder konsumenten en försäkring. Här har Konsumentverket en roll i att granska att företagen följer kraven i marknadsföringslagen och försäkringsavtalslagen.

⁸⁴ Hantering av klagomål i finanssektorn II (FI 2008:14)