

Bedømmelsesforeningens vedtægter

Journal nr. 2:8032-40/Fødevarer/finans, che

Rådsmødet den 29. marts 2000

Resumé

1. Bedømmelsesforeningens medlemmer, der primært består af livs- og pensionsforsikringsselskaber, har tilsammen en andel på ca. 80-85\% af markedet for livs- og pensionsforsikringer.
2. Gennem samarbejdet i Bedømmelsesforeningen er der fastsat regler for helbredsmæssige risikovurderinger af personer med en forøget helbredsmæssig risiko, der ønsker at tegne livs- og pensionsforsikringer. Sådanne forsikringer udgør ca. 3-6\% af markedet for livs- og pensionsforsikringer.
3. Medlemmerne har pligt til at forelægge begæringer om livs- og pensionsforsikringer for foreningen, hvis de har en formodning om, at den pågældende person har en forringet helbredstilstand, og der er tale om lægeligt mere komplicerede tilfælde. Dog kan medlemmerne i mere almindeligt forekommende tilfælde selv foretage risikovurderingerne på baggrund af retningslinier fastlagt af foreningen.
4. Risikovurderingerne resulterer i en indplacering i risikoklasser, der danner baggrund for medlemmernes udarbejdelse af forsikringstilbud og beregning af præmie. Vurderingerne spiller en ikke uvæsentlig rolle for medlemmernes præmieberegninger og er efter styrelsens opfattelse egnede til at påvirke afsætningen af livs- og pensionsforsikringer for personer, der har en forøget helbredsmæssig risiko, jf. konkurrencelovens § 6, stk. 2, nr. 2.
5. Det er imidlertid styrelsens opfattelse, at Bedømmelsesforeningens virksomhed er omfattet af gruppefritagelsen på forsikringsområdet og dermed undtaget fra forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

Afgørelse

6. Det meddeles Bedømmelsesforeningen, at foreningens vedtægter med de ændringer, der er meddelt Konkurrencestyrelsen den 3. juni 1999, og som medfører, at foreningens bedømmelser er vejledende, er en vedtagelse inden for en sammenslutning af virksomheder, der er omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. stk. 3.
7. Vedtægterne er dog omfattet af bekendtgørelse nr. 1004 af 16. december 1997 om gruppefritagelse for kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet, jf. konkurrencelovens § 10, og dermed undtaget fra forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

Sagsfremstilling

Indledning

8. Foreningen har den 23. juni 1998 anmeldt sine vedtægter og ansøgt om en fritagelse efter konkurrencelovens § 8, hvis foreningens virksomhed ikke kan anses for omfattet af bekendtgørelse nr. 1004 af 16. december 1997 om gruppefritagelse for visse kategorier af aftaler m.v. på forsikringsområdet.

9. Foreningens vedtægter angiver rammerne for foreningens virksomhed. Med hjemmel heri foretages risikovurderinger af personer med en forøget helbredsmæssig risiko, der ønsker at tegne livs- og pensionsforsikringer. Hvis en risikovurdering indebærer, at en person ikke kan tegne livs- og pensionsforsikring på normale vilkår, registreres personen i foreningens register og samtlige medlemmer vil have mulighed for at trække på de registrerede oplysninger, hvis de modtager en forsikringsanmodning fra den pågældende person.

Parterne

10. Bedømmelsesforeningens medlemmer er inddelt i 3 kategorier:

Kategori 1: forsikringsselskaber, der har koncession til tegning af livsforsikring i Danmark,

Kategori 2: tværgående pensionskasser under tilsyn i henhold til lov om forsikringsvirksomhed og firmapensionskasser under tilsyn i henhold til pensionskasseloven,

Kategori 3: andre, der kan tiltræde foreningens formål og de nærmere betingelser, som foreningens bestyrelsen måtte stille for medlemskab.

11. I kategori 1 er 39 livsforsikringsselskaber medlemmer af foreningen. Mange af selskaberne er dog en del af samme koncern. Hvis selskaber i samme koncern regnes for ét medlem, er der 14 medlemmer i kategori 1.

12. I kategori 2 er 9 pensionskasser medlemmer af foreningen. Der er tale om pensionskasser, der sikrer en nærmere afgrænset række personer, der har en fælles uddannelsesmæssig baggrund, fx Lægernes Pensionskasse. I kategori 3 er der 2 medlemmer af foreningen. Der er her tale om selskaber/foreninger, der kan have en interesse i Bedømmelsesforeningens virksomhed. Medlemmerne er Sygeforsikringen Danmark og Patientforsikringsforeningen.

Bedømmelsesforeningens vedtægter

13. Foreningen har efter anmeldelsen af vedtægterne ændret disse på en ordinær generalforsamling, således at foreningens bedømmelser, der tidligere var bindende for medlemsselskaberne, nu er vejledende. Også foreningens retningslinier, som selskaberne benytter ved deres risikovurderinger i lægeligt mere almindeligt forekommende tilfælde, er nu vejledende. Ændringen har haft virkning fra den 1. januar 1998.

Formål & virksomhed:

14. Foreningen har til formål at sikre, at forsikringsøgende med forøget risiko så vidt muligt kan tilbydes personforsikring på et tilstrækkeligt statistisk og lægeligt grundlag, jf. § 1, stk. 1.

15. Foreningen medvirker til en objektiv og uvildig bedømmelse af risikoen og arbejder for, at så få forsikringer som muligt må afslås på grund af forringet helbredstilstand. Foreningen skal arbejde for en stadig ajourføring og videreudvikling af bedømmelsesgrundlaget i såvel medicinsk som forsikringsteknisk retning og tager initiativet til de nødvendige statistiske undersøgelser, jf. § 7, stk. 1. Foreningen udarbejder retningslinier for risikovurderinger, som er vejledende, jf. § 8, stk. 1.

16. Foruden risikovurderingerne gennemfører foreningen statistikundersøgelser af erfaringer om dødelighed og invaliditetshyppigheder for forøgede risici baseret på foreningens oplysninger, ligesom foreningen udarbejder dødelighedstabeller og tabeller over hyppigheden af sygdom og invaliditet baseret på erfaringer indvundet i livs- og pensionsforsikringselskaberne. Foreningen gennemfører endvidere prognosestudier og projekter med henblik på ajourføring og videreudvikling af den videnbase, der ligger til grund for foreningens udtalelser.

Forelæggelse for Bedømmelsesforeningen:

17. Af vedtægternes § 8, stk. 2 fremgår det, at "Medlemmerne i kategori 1 forelægger begæringer om personforsikring, herunder reguleringer, ændringer og revurderinger, for enkeltpersoner for Bedømmelsesforeningen, når der er tale om

1. *Privattegnede forsikringer*
2. *Firmaforsikringer*
3. *Obligatoriske forsikringsordninger med 1-4 forsikrede*
4. *Obligatoriske forsikringsordninger med 5-199 forsikrede, når ordningen er stærkt risikopræget*

Og der for disse forsikringer i henhold til de til enhver tid gældende regler, der anmeldes til Finanstilsynet, skal afgives helbredsoplysninger, og helbredsoplysningerne skaber formodning om, at der er tale om forøget risiko på grund af forringet helbredstilstand, eller den pågældende person i forvejen er registreret i Bedømmelsesforeningens register."

18. Af bestemmelsens stk. 3, fremgår det endvidere, at "*Medlemmerne kan selv foretage helbredsbedømmelser efter nærmere regler herom."*

19. Der er for medlemmerne i kategori 1 - det vil sige livsforsikringselskaber - tale om en pligt til forelæggelse for foreningen efter § 8, stk. 2. Risikovurderingerne foretages af foreningen på baggrund af fastsatte retningslinier i den såkaldte "Blå Bog". Blå Bog omhandler de lægeligt mere komplicerede tilfælde, jf. nærmere pkt. 38-47.

20. De risikovurderinger, som medlemmerne selv kan foretage efter § 8, stk. 3, foretages på baggrund af fastsatte retningslinier i den såkaldte "Gul Bog". Gul Bog omhandler de lægeligt mere almindeligt forekommende tilfælde, jf. nærmere pkt. 48-56.

Register og indberetning:

21. Foreningen fører et register over de personer, der ikke kan tilbydes forsikring på normale vilkår. Registeret føres i overensstemmelse med Registertilsynets regler, jf. § 9, stk. 1. Medlemmerne har pligt til at indrapportere til foreningens register, jf. § 9, stk. 3.

22. De oplysninger, der registreres i registeret, kan personidentificeres (personnummer, navn mv.). Registeret, som betegnes som advarselsregisteret, har ifølge foreningen til formål at sikre, at forsikrings søgende ikke fortier oplysninger over for medlemsselskaber. Registeret begrænser endvidere ifølge foreningen muligheden for svig, men hindrer også den forsikrings søgende, som mere eller mindre uagtsomt har givet urigtige oplysninger, i at betale forsikringspræmier i forventning om, at der er forsikringsdækning, hvis det måtte vise sig, at der ikke er den forventede dækning, fordi der er givet urigtige oplysninger.

23. Registeret har ifølge foreningen endvidere det formål, at foreningens medlemmer mod fremvisning af en fuldmagt kan rette henvendelser til registeret vedrørende enkelte personer. Derved kan det hurtigt konstateres, om der foreligger en forøget risiko og i bekræftende fald risikoens art og den tilhørende risikovurdering, som er vejledende.

24. Foruden oplysninger om forsikringer, der ikke kan tegnes på normale vilkår, og som registreres i advarselsregisteret, skal selskaberne indberette oplysninger om deres samlede bestand af livs- og pensionsforsikringer, der tegnes på normale vilkår. Disse oplysninger indgår ikke i noget register, og oplysningerne kan ikke personidentificeres. Oplysningerne bruges til udarbejdelse af statistikker om normalbestanden.

Udmeldelse:

25. Et medlem kan udmelde sig af foreningen med 9 måneders varsel til en 1. januar. For så vidt angår medlemmer i kategori 1, skal udmeldelsen samtidig med fremsendelsen til foreningen sendes til samtlige øvrige medlemmer i kategori 1, der i så fald kan udmelde sig af foreningen med 6 måneders varsel til den samme 1. januar, jf. § 13, stk. 1.

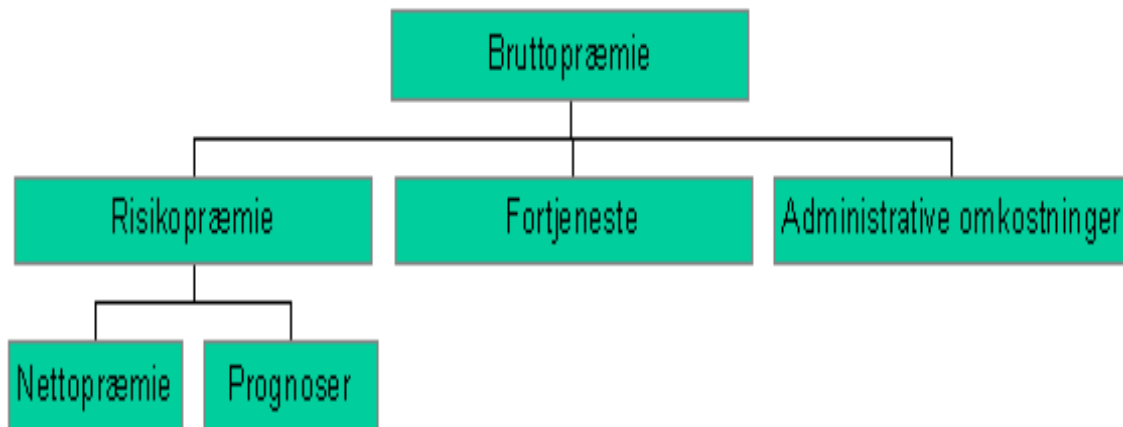
26. Det enkelte selskab ophører med at indberette oplysninger til og forelægge begæringer for foreningen på udmeldelsesdatoen, medmindre der er tale om tilfælde, der allerede har været til bedømmelse, jf. § 13, stk. 2. Der sker således som udgangspunkt ikke indberetninger af oplysninger og forelæggelser i opsigelsesperioden.

27. Ved udmeldelse skal selskabet dog fortsat i opsigelsesperioden bidrage til udgifterne til foreningens administration. Selskaberne i kategori 1 betaler sædvanligvis et grundbidrag og et tillægsbidrag, som baseres på antallet af sager, selskabet forelægger for foreningen. I opsigelsesperioden betales alene grundbidrag. I 1998 udgjorde det maksimale årlige grundbidrag for et medlem (koncern) 250.000 kr. og det mindste 85.000 kr., jf. regnskabsoplysninger for 1998.

Beregning af forsikringspræmie og beregningsgrundlag

28. Den samlede præmie, som en forsikringstager betaler for dækning mod en nærmere bestemt risiko, kaldes bruttopræmien. Denne præmie er sammensat af en risikopræmie, administrative omkostninger samt selskabets fortjeneste. Ved fastsættelse af risikopræmien beregnes først den rene nettopræmie på grundlag af statistiske data om risikoens historiske gennemsnitlige hyppighed og intensitet. Herefter tages der højde for prognoser om risikoens fremtidige udvikling.

29. Premiesammensætningen kan illustreres således:



Livsforsikringselskaber og tværgående pensionskasser skal ved deres beregning af livsforsikringer anvende et matematisk og statistisk beregningsgrundlag, som det enkelte selskab skal anmelde til Finanstilsynet. Beregningsgrundlaget fastsætter sammenhængen mellem præmier og forsikringsydelse. I danske livsforsikringselskabers beregningsgrundlag indgår i vidt omfang et fælles beregningsgrundlag. Det nuværende fælles beregningsgrundlag er G82¹.

30. Beregningsgrundlaget er udarbejdet af selskaberne i forening og har siden 1982 dannet baggrund for selskabernes beregninger af præmier på livsforsikringer. Selskaberne har dog gennem årene foretaget individuelle justeringer af og afvigelser fra det fælles beregningsgrundlag, således at det enkelte selskab i dag anvender en tilpasset udgave af beregningsgrundlaget G82.

31. Særligt for så vidt angår risikogrundlaget er der i G82 opstillet forskellige risikoklasser, som kaldes tavler. Hver tavle angiver risikoen for henholdsvis død (D) og invaliditet (I). Inden for både D- og I-tavlerne er der 8 niveauer, som hver især angiver en grad af risiko.

32. Graden af risici angives i tal. For død og invaliditet benyttes risikotavlerne D0-D8 og I0-I8. Betegnelserne D0 og I0 angiver tavlerne for normale forsikringsvilkår - det vil sige tilfælde hvor en lidelse ikke har nogen betydning for præmiens beregning. D1 og I1 er udtryk for, at risikoen er større end normalt, men dog så beskeden at forsikringen kan tegnes til normal præmie.

33. Risikotavlerne D2-D8 og I2-I8 er udtryk for skærpede risici og angiver risikoen for overdødelighed og overinvaliditet i procent i forhold til D0 og I0. For hvert trin stiger risikoen for død og invaliditet. Som eksempel kan nævnes, at bedømmelsen D4 og I2 for en 30-årig mand er udtryk for, at en person med en given lidelse har en overdødelighed på ca. 100% og en overinvaliditet på ca. 100%. G82 angiver afhængig af alder og køn forskellige procentsatser af overdødelighed og overinvaliditet i de enkelte risikotavler.

34. Hvis risikoen for overdødelighed og overinvaliditet overstiger risikoen i tavlerne, er resultatet et afslag på forsikringsbegæringen. Risikoen er i sådanne tilfælde for høj. Et afslag betegnes som DA eller IA afhængig af, om der er tale om afslag på dødsfalds- eller invaliditetsdækning.

35. Det er op til de enkelte selskaber på baggrund af en lægelig vurdering i hvert enkelt tilfælde at indplacere de konkrete sygdomstilfælde, som de får forelagt i forbindelse med en anmodning om

personforsikring, i de forskellige risikotavler. Beregningsgrundlaget G82 angiver alene rammerne for de forskellige risikoklasser/tavler, som selskaberne anvender.

36. Bedømmelsesforeningens vurderinger, herunder selskabernes vurderinger i henhold til retningslinierne, foretages på baggrund af beregningsgrundlaget G82.

37. I Bedømmelsesforeningen foretager komiteen i de lægeligt mere komplicerede tilfælde indplaceringerne på selskabernes vegne. Indplaceringerne foretages på baggrund af retningslinierne i Blå Bog. I de lægeligt mere almindeligt forekommende tilfælde hvor selskaberne selv foretager indplaceringerne, sker dette på baggrund af retningslinierne i Gul Bog, hvorfor resultatet må antages at være det samme, som hvis foreningens komité havde foretaget indplaceringen.

Risikovurderingerne

Bedømmelsesforeningens vurderinger - Blå Bog

38. Bedømmelsesforeningen foretager risikovurderingerne i lægeligt mere komplicerede tilfælde og i tilfælde, hvor den forsikringssøgende i forvejen er registreret i foreningens register, jf. vedtægternes § 8, stk. 2.

39. Vurderingen af om der er tale om et lægeligt mere kompliceret tilfælde foretages af medlemmerne på baggrund af retningslinierne i Gul Bog. Foreningens Blå Bog dækker således de sygdomstilfælde, som Gul Bog ikke dækker. Blå Bog tager så at sige over, hvor Gul Bog slutter.

40. Resultatet af risikovurderingen meddeles selskabet skriftligt. Vurderingen udmønter sig i en fastsættelse af gennemsnitsrisikoforøgelsen. Denne gennemsnitlige risikoforøgelse angives ved brug af de særlige risikotavler, som er angivet i beregningsgrundlaget G82, og som angiver risikoen for henholdsvis død og invaliditet, jf. pkt. 31-34.

41. Der foretages ved vurderingen ikke nogen beregning af selve nettopræmien/risikopræmien. Denne beregning overlades til det enkelte selskab.

42. For nogle af de mest almindelige sygdomme - fx ryglidelser, ledsygdomme, erhvervsrelaterede hudlidelser mv. - er der endvidere i foreningen fastsat invaliditetsklausuler. De forskellige klausuler angives med bogstaver og fremgår af retningslinierne i Gul Bog.

43. Ordlyden af de enkelte klausuler er indarbejdet i retningslinierne i Gul Bog, således at det tydeligt fremgår, hvornår klausulerne kan erstatte en præmieforhøjelse. Der er i sådanne tilfælde mulighed for at udarbejde alternative forsikringstilbud - ét med præmieforhøjelse og ét med invaliditetsklausul. Et tilbud med invaliditetsklausul vil angive, at forsikringen ikke dækker tab af erhvervsevne fx som følge af en lidelse i ryggen.

44. Resultatet af foreningens risikovurdering kan være, at risikoen overstiger de risici, som der arbejdes ud fra i G82, hvorfor et afslag på forsikringsbegæringen vil blive angivet i vurderingen.

45. En mulighed er også, at bedømmelsen af personens helbred udsættes. Der vil her være tale om tilfælde, hvor sygdommen endnu ikke er fuldt afklaret, hvorfor der ikke kan foretages en egentlig

helbreds vurdering. I sådanne tilfælde udsættes helbreds vurderingen i en periode, der afhænger af sygdommens art.

46. Endelig er der mulighed for, at der kan gives et tilsagn om revurdering. Tilsagnet kan gives i forbindelse med et forsikringstilbud. Til forskel for en udsættelse, er der her tale om tilfælde, hvor der foreligger tilstrækkelige oplysninger til at foretage en helbreds vurdering, men hvor det må forventes, at helbreds vurderingen efter en given periode vil få et andet udfald, således at tilbudet til den tid formentlig vil kunne forbedres.

47. Bedømmelserne er efter ændringen af vedtægterne vejledende, jf. vedtægternes § 8, stk. 1. I 1998 blev i alt 10.402 sager bedømt af foreningens komité.

Medlemmernes vurderinger - Gul Bog

48. Medlemsselskaberne kan foretage decentrale vurderinger, hvis der er tale om enkeltstående sygdomme med en klar diagnose/beskrivelse.

49. Til brug herfor har foreningen udarbejdet "Retningslinier Risikovurdering Personforsikring" til brug for selskabernes behandling af helbredsoplysninger, når en person anmoder om tegning af livs- og pensionsforsikring.

50. Der er tale om en manual, som ifølge foreningen har til formål at sikre, at der indhentes tilstrækkelige helbredsoplysninger inden for de enkelte sygdomsområder.

51. Retningslinierne indeholder en medicinsk beskrivelse af en lang række sygdomstilfælde. Der angives for de enkelte sygdomme hvilke oplysninger, selskabet bør indhente til brug for risikovurderingen, herunder helbredsattest/erklæring, kiropraktorattest, speciallægeattest, blodtryksattest, epikrisemateriale (resumé af sygehistorie) mv.

52. For en stor del af sygdomstilfældene angives i retningslinierne endvidere en risikovurdering ved benyttelse af risikotavlerne, jf. pkt. 31-34.

53. Der kan også på samme måde som i bedømmelseskomiteens vurderinger være angivet benyttelse af klausuler, som erstatter den angivne overinvaliditet. Hvis selskabet ikke anvender klausulerne, kan disse erstattes af en præmieforhøjelse fastsat på baggrund af risikoens størrelse. Forsikringer, der tegnes med en invaliditetsklausul, skal registreres i Bedømmelsesforeningens register.

54. En risikobedømmelse kan også resultere dels i en udsættelse af helbreds vurderingen og dels i et tilsagn om senere revurdering. Et tilsagn skal registreres i foreningens register. Revurderingen kan foretages decentralt af selskaberne. Resultatet af en revurdering skal tillige registreres i foreningens register. Indebærer resultatet, at den omhandlede forsikring kan tegnes på normale vilkår, skal selskabet anmode om, at den pågældende person slettes af registeret.

55. Resultatet af vurderingen kan også være et afslag på forsikringsbegæringen. I så fald skal selskabet forelægge afslaget for foreningen, som foretager en ekstra vurdering, inden der eventuelt gives endeligt afslag.

56. Risikovurdering efter retningslinierne er vejledende for selskaberne, jf. vedtægternes § 8, stk. 1. I 1998 blev i alt 5.204 sager bedømt af selskaberne.

Det relevante Marked

Produktmarkedet

57. Det relevante produktmarked udgør livs- og pensionsforsikringer for personer, der har en forøget risiko for død eller invaliditet. Af de samlede livs- og pensionsforsikringer, der tegnes, udgør denne gruppe af forsikringer 3-6\%.

Det geografiske marked

58. Det fremgår af foreningens vedtægter, jf. § 2, stk. 1, at som medlemmer af foreningen kan i kategori 1 optages forsikringsselskaber, der har koncession til tegning af livsforsikring i Danmark. For medlemmerne i kategori 2 - tværgående pensionskasser og firmapensionskasser - forudsættes det, at de er under tilsyn i henhold til forsikringsvirksomhedsloven eller pensionskasseloven.

59. Der er ikke noget til hinder for, at et udenlandsk selskab kan tilbyde danskere livs- og pensionsforsikringer og optages som medlem af foreningen, forudsat at selskabet har tilladelse til at drive forsikringsvirksomhed i Danmark. Pensionsbeskatningslovens regler gør det imidlertid mindre attraktivt for danskere at tegne livs- og pensionsforsikringer i udenlandske forsikringsselskaber, der ikke driver forsikringsvirksomhed i Danmark, idet bl.a. fradragsmuligheder forudsætter, at forsikringen er oprettet i et selskab, der har hjemsted, fast driftssted eller filial i Danmark. Der er derfor næppe mange danskere, der tegner livs- og pensionsforsikringer i udenlandske selskaber, der ikke driver forsikringsvirksomhed i Danmark.

60. Der er således tale om virksomhed udøvet i Danmark.

Parternes stilling på det relevante marked

61. Ifølge foreningen er den i konkurrenceretlig henseende relevante del af medlemmerne selskaber, som falder ind under kategori 1 - altså forsikringsselskaber, der har tilladelse til at tegne livsforsikringer. Det er medlemmer i denne kategori, der er underlagt pligter i relation til forelæggelser for og indberetninger af oplysninger til foreningen. Disse selskaber tegner sig for 80-85\% af markedet for livs- og pensionsforsikringer i Danmark, hvoraf forsikring af personer med en forøget helbredsmæssig risiko som anført i pkt. 57 udgør 3-6\% af markedet.

62. Medlemmernes andel af det relevante produktmarked må ud fra de foreliggende oplysninger antages at svare til deres andel på det samlede marked for livs- og pensionsforsikringer.

63. I 1998 udgjorde de samlede bruttopræmieindtægter på markedet for livs- og pensionsforsikringer 49.946 mio. kr.²

64. Der findes ifølge foreningen forsikringsselskaber, der ikke er medlemmer af foreningen, og som selv eller via genforsikringsselskaber foretager risikobedømmelser af forøgede risici og tilbyder livs- og pensionsforsikringer til personer i denne gruppe.

65. De livsforsikringselskaber, som ikke er medlemmer af foreningen, er ifølge foreningen primært nystartede selskaber ejet af pengeinstitutter. Flere af sådanne nystartede selskaber er de seneste år blevet opkøbt af eller sammenlagt med nogle af de store livsforsikringselskaber, der er medlemmer af foreningen.

66. Størstedelen af de tværgående pensionskasser og de selskaber, der administrerer arbejdsmarkedspensioner, foretager ikke en risikovurdering i det konkrete tilfælde baseret på helbredsmæssige oplysninger. I disse selskaber er der typisk solidaritet mellem de forsikrede. Ved død mv. foretages der dog en efterfølgende vurdering af, om den pågældende person var syg eller lign. ved tegningen. Nogle af selskaberne, svarende til ca. 15-20%, foretager dog egentlige risikovurderinger.

Bedømmelsesforeningens bemærkninger

67. Det er foreningens opfattelse, at det samarbejde, der er mellem foreningens medlemmer, er omfattet af bekendtgørelse nr. 1004 af 16. december 1997 om gruppefritagelse for visse kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet, idet der alene er tale om bekendtgørelse af dødelighedstabeller og tabeller over hyppigheden af sygdom, ulykkestilfælde og invaliditet samt en bedømmelse (og ikke en egentlig beregning af nettopræmie) på basis af disses udvisende.

68. Det er foreningens vurdering, at det historiske forløb viser, at intet livsforsikringselskab i Danmark har et tilstrækkeligt statistisk og erfaringsmæssigt grundlag til at foretage en forsvarlig bedømmelse af de 3-6% tilfælde af forsikringsbegæringer, hvor der er en forøget risiko. Hvis de enkelte selskaber selv skulle foretage denne bedømmelse, ville den ofte blive tilfældig og foretaget på basis af sagsbehandlerens personlige erfaringer og fornemmelser.

69. Det er foreningens opfattelse, at foreningens virksomhed ikke udelukker andre selskaber fra at tilbyde livs- og pensionsforsikringer for personer med en forøget helbredsmæssig risiko. Disse selskaber har mulighed for at henvende sig til danske eller udenlandske genforsikringselskaber, der vurderer risikoen på basis af udenlandske erfaringer uafhængigt af Bedømmelsesforeningen.

70. Hvis gruppefritagelsen ikke kan antages at finde anvendelse, er det foreningens opfattelse, at betingelserne for en fritagelse efter konkurrencelovens § 8 er til stede.

Vurdering

71. Samarbejdet mellem Bedømmelsesforeningens medlemmer er udøvelse af en økonomisk virksomhed omfattet af konkurrenceloven, jf. § 2, stk. 1. Såvel de vurderinger, der foretages af Bedømmelsesforeningen, som de retningslinier, der danner baggrund for medlemmernes egne vurderinger, påvirker vilkårene for tegning af personforsikringer, hvor der foreligger en forøget helbredsrisiko.

72. Mange af medlemmerne af Bedømmelsesforeningen er en del af samme koncern. Foreningen omfatter imidlertid adskillige selskaber, der er indbyrdes uafhængige af hinanden, og der er derfor ikke tale om et samarbejde inden for samme virksomhed eller koncern, jf. konkurrencelovens § 5. Samarbejdet er ikke omfattet af bagatelreglen i lovens § 7, stk. 1, allerede fordi medlemmernes samlede omsætning overstiger 1 mia. kr.³

73. Efter konkurrencelovens § 4 er en aftale, en vedtagelse eller samordnet praksis, som kan påvirke samhandlen mellem medlemsstaterne, ikke omfattet af lovens § 6 om forbud mod konkurrencebegrænsende aftaler, hvis den er omfattet af en EU-gruppefritagelsesforordning.

74. Bedømmelsesforeningens vedtægter indebærer efter styrelsens opfattelse ikke en mærkbar påvirkning af samhandlen, hvorfor § 4 ikke finder anvendelse.

Konkurrencelovens § 6

75. Medlemmerne af Bedømmelsesforeningen tegner sig ifølge foreningen for 80-85% af markedet for livs- og pensionsforsikringer i Danmark, hvoraf forsikring af personer med en forøget helbredsrisiko udgør ca. 3-6% af markedet.

76. Medlemmerne er indbyrdes konkurrenter. De risikovurderinger, der foretages af medlemmerne, har en ikke uvæsentlig betydning for fastsættelsen af bruttopræmien og dermed også betydning for, om den forsikringsøgende ønsker at tegne forsikring.

77. De risikovurderinger, der foretages i medlemsselskaberne på baggrund af retningslinierne i Gul Bog, er i de konkrete sygdomstilfælde identiske. Risikovurderingerne i selskaberne foretages på samme baggrund som de vurderinger, der foretages af Bedømmelsesforeningens komité. Der sikres dermed en ensartet risikovurdering i langt størstedelen af de tilfælde, hvor der i Danmark anmodes om tegning af personforsikring, og hvor den forsikringsøgende har en forøget helbredsrisiko.

78. Selve beregningen af bruttopræmien, herunder risikopræmien, er i alle tilfælde overladt til det enkelte selskab. Forsikringsvilkårene må dog i alle tilfælde antages at afspejle den risikovurdering, der er foretaget. Bedømmelsesforeningens virksomhed betyder derfor en samordning af en ikke uvæsentlig del af selskabernes vilkår og beregning af bruttopræmier. Foreningens virksomhed er dermed egnet til at påvirke afsætningen af livs- og pensionsforsikringer for personer med en forøget helbredsmæssig risiko, jf. konkurrencelovens § 6, stk. 2, nr. 2.

79. En person med forøget helbredsrisiko, der er blevet risikovurderet enten af Bedømmelsesforeningen eller af det enkelte selskab, og som ikke har kunnet tilbydes forsikring på normale vilkår, er registreret i foreningens register. Er der i risikovurderingen angivet en invaliditetsklausul, afvisning af forsikringstegning, en særlig skærpet risikotavle mv., vil denne vurdering være den samme, uanset hvilket medlemsselskab, personen retter henvendelse til.

80. Samarbejdet mellem medlemmerne må efter styrelsens vurdering antages at begrænse konkurrencen selskaberne imellem for så vidt angår personforsikringer, hvor der er en forøget helbredsmæssig risiko.

81. Samarbejdet er dermed omfattet af konkurrencelovens § 6, hvorfor der skal tages stilling til, om gruppefritagelsen på forsikringsområdet finder anvendelse.

Gruppenfritagelsen på forsikringsområdet

Fritagelsens bestemmelser om fælles præmieberegning

82. En aftale, en vedtagelse eller en samordnet praksis, der er omfattet af bekendtgørelse nr. 1004 af 16. december 1997 om gruppefritagelse for visse kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet, er fritaget fra forbudet i konkurrencelovens § 6, jf. § 10. Fritagelsen omfatter bl.a. aftaler om opstilling af fælles risikopræmier baseret på kollektive statistikker mv. Nærmere fastsatte betingelser skal være opfyldt, for at fritagelsen kan finde anvendelse. Af fritagelsens afsnit II fremgår det, hvilke former for samarbejde om fælles præmieberegning, der er fritaget.

83. Det er efter gruppefritagelsen tilladt

- at samarbejde om beregningen af en ensartet nettopræmie svarende til gennemsnitsomkostningerne ved risikodækningen baseret på statistiske data om omfanget og hyppigheden af skader i fortiden, jf. art. 2, litra a + b). Samarbejdet bør dog begrænses til det nødvendige for at indsamle pålidelige statistiske data, jf. formuleringen "i tilstrækkeligt antal".
- at samarbejde om gennemførelse af undersøgelser med henblik på at forudse skadernes fremtidige hyppighed eller omfang (prognoser), jf. art. 2, litra b).

84. Fritagelsen gælder kun, hvis beregninger, tabeller eller undersøgelsesresultater udarbejdes og udsendes med angivelse af, at de kun har vejledende karakter, jf. art. 3, litra a). De enkelte deltagende selskaber skal således have mulighed for at fravige disse. Endvidere må samarbejdet ikke omfatte fælles beregning af administrationsomkostninger eller fortjeneste, jf. art. 3, litra b). Endelig må de tabeller og undersøgelsesresultatet mv., der udarbejdes som led i samarbejdet, ikke identificere de pågældende selskaber, jf. art. 3, litra c).

85. Der findes ingen dansk praksis vedrørende gruppefritagelsens anvendelse, og Kommissionen har kun i få sager taget stilling til gruppefritagelsens anvendelse - dog kun på skadesforsikringsområdet.

Foreningens argumenter for gruppefritagelsens anvendelse

86. For så vidt angår forøgede risici er der ifølge foreningen tale om en aktuarmæssig videnskabelig statistisk bearbejdning af en lang række identiske eller sammenlignelige risici, hvor de elementer, der bearbejdes, alene er dødelighed og hyppighed af invaliditet. Forinden den statistiske bearbejdning er der af de medvirkende læger foretaget en opdeling i forskellige kategorier/diagnoser, inden for hvilke de enkelte risici er identiske eller sammenlignelige.

87. De resultater, der udledes af statistikkerne, er gennemsnitsomkostningerne ved dækningen af risici (nettopræmier), jf. fritagelsens art. 2, men fremkommer ved foreningens virksomhed mere "ren" i form af en meget præcis angivelse af den gennemsnitlige risikoforøgelse.

88. Ingen af de i forordningens art. 3, litra b), nævnte beregningslementer (administrationsomkostninger, fortjeneste mv.) indgår i beregningen. Beregningerne er vejledende, jf. art. 3, litra a), og der sker ved beregningerne ikke nogen identificering af de medvirkende selskaber, jf. art. 3, litra c).

89. Foreningen foretager endvidere en faktiske bedømmelse af den enkelte forsikringsøgendes risiko på basis af gennemsnitsprognoser. Disse prognoser har ifølge foreningen et statistisk

grundlag og adskiller sig i princippet ikke fra den beregning af nettopræmier, der foretages, idet denne beregning egentlig også er en gennemsnitsprognose på et statistisk grundlag.

90. I de tilfælde, hvor der ikke alene sker en rubricering af risikoen, men hvor der som alternativ foreslås klausuler om, at visse risici undtages fra dækningen, sker dette ifølge foreningen på en statistisk baggrund. Dette giver det pågældende selskab mulighed for at vælge mellem at tilbyde forsikringsdækning til en forhøjet præmie eller forsikring med begrænset dækning til normal nettopræmie.

Gruppefritagelsens anvendelse

91. Ved vurderingen af, om gruppefritagelsen finder anvendelse, skal der tages stilling til følgende forhold:

- 1) Om den virksomhed, der udøves i Bedømmelsesforeningens regi, er omfattet af gruppefritagelsen, jf. art. 2, litra a),
- 2) Om denne virksomhed i bekræftende fald er begrænset til det nødvendige, jf. art. 2, litra a),
- 3) Om kravet om "vejledende karakter" er opfyldt, jf. art. 3, litra a).
- 4) Om samarbejdet omfatter fælles beregninger af administrationsomkostninger og/eller fortjeneste, jf. art. 3, litra b).
- 5) Om de beregninger og tabeller mv., der udarbejdes som led i samarbejdet, identificerer de pågældende selskaber, jf. art. 3, litra c).

92. **Ad 1)** Den erfaring, som Bedømmelsesforeningen har opbygget gennem en statistisk og videnskabelig bearbejdning af sammenlignelige risici, udmønter sig konkret dels i nogle præcise risikovurderinger - foretaget enten af foreningens komité eller af de enkelte selskaber på baggrund af retningslinierne i Gul Bog - og dels i offentliggørelse af statistikundersøgelser af erfaringer om dødelighed og invaliditet samt prognosestudier.

93. Risikovurderingerne danner baggrund for det enkelte selskabs egne beregninger af nettopræmien. Gruppefritagelsen tillader en egentlig fælles beregning af nettopræmier. Så langt går risikovurderingerne ikke, men de giver de enkelte selskaber baggrund for at kunne foretage selve beregningen. Risikovurderinger resulterer således i en fastsættelse af en nettopræmie. Dette er formålet med vurderingerne.

94. På denne baggrund er det styrelsens opfattelse, at risikovurderingerne opfylder betingelserne i gruppefritagelsens art. 2, litra a).

95. For så vidt angår offentliggørelsen af statistikundersøgelserne mv., er disse efter styrelsens opfattelse omfattet af gruppefritagelsens art. 2, litra a + b). Der er her tale om offentliggørelse af dødelighedstabeller og tabeller over hyppigheden af sygdom, ulykkestilfælde og invaliditet samt undersøgelser, der har til formål at forudsige skadernes fremtidige hyppighed eller omfang. Disse undersøgelser, statistikker mv. indgår i selve risikovurderingerne.

96. **Ad 2)** En vurdering af, om den virksomhed, der udøves i Bedømmelsesforeningens regi, er begrænset til det nødvendige for at indsamle statistiske data om omfanget og hyppigheden af skaderne i fortiden, er efter styrelsens vurdering vanskelig.

97. At indsamlingen er begrænset til det nødvendige må efter styrelsens opfattelse forudsætte

- dels at Bedømmelsesforeningen kun indsamler de data, som set fra et statistisk synspunkt er nødvendige for at risikovurderingerne kan foretages og nettopræmierne beregnes, og
- dels at pligten for medlemmerne til at forelægge sager for foreningen og indberette oplysninger både om forsikringer, der ikke kan tegnes på normale vilkår (herunder forsikringer med klausuler), og forsikringer, der er tegnet på normale vilkår, er nødvendige for denne indsamling af data.

98. De data, der indsamles til foreningens register, er begrænset til den gruppe af personer, som har en forøget helbredsmæssig risiko. Ifølge foreningens oplysninger tegner disse personer sig for 3-6% af de samlede livs- og pensionsforsikringer i Danmark. I 1998 var der i Danmark tegnet 3.877.000 livs- og pensionsforsikringer (ekskl. gruppeliv)⁴, hvilket svarer til, at personer med en forøget helbredsmæssig risiko har tegnet mellem 116.310-232.620 livs- og pensionsforsikringer. Heraf er 80-85% af disse forsikringer tegnet hos medlemmerne af Bedømmelsesforeningen.

99. Foruden disse data indsamler foreningen endvidere statistiske data fra selskaberne om de livs- og pensionsforsikringer, der tegnes på normale vilkår. Baggrunden for denne indsamling er, at der opnås større sikkerhed for, at en risikobedømmelse er objektiv rigtig, og at risikoen fordeles retfærdigt og forsvarligt mellem normale risici og forøgede risici, hvis dette sker på baggrund af et statistisk materiale indsamlet fra hele befolkningen og ikke kun fra de personer, der har en forøget helbredsmæssig risiko.

100. Ud fra statistiske forudsætninger må det antages, at der skal en bestand af en vis størrelse til, for at der kan udledes brugbare statistiske oplysninger. Også udviklingen inden for enkelte sygdomme må forudsætte en vis konstant tilgang af statistiske data for derved at kunne skabe grundlag for mere præcise og opdaterede risikovurderinger og dermed grundlag for beregningerne af nettopræmierne. Mange af de data, som indsamles, må endvidere antages at vedrøre en lang række forskellige sygdomme/tilfælde, hvorfor de samlede data må forudsættes at være af en vis størrelse, for at de kan give et statistisk grundlag for de enkelte sygdomme/tilfælde.

101. Den pligt, der er for selskaberne til at forelægge visse forsikringsanmodninger for foreningen, vedrører de tilfælde, hvor risikovurderingen skal foretages efter Blå Bog. Resultatet af disse vurderinger optages i foreningens register og danner baggrund for foreningens fremtidige risikovurderinger, statistikker mv. Der er tale om lægeligt mere komplicerede tilfælde, hvor en central opsamling af statistiske data er nødvendig for at kunne følge udviklingen i de forskellige sygdomme og deres lægelige og medicinske behandling og prognoserne herfor. Dette skaber baggrund for at kunne tilpasse vurderingerne i takt med udviklingen.

102. Selskabernes pligtmæssige indberetninger til foreningen indeholder oplysninger om de forsikringer, der ikke er oprettet på normale vilkår på baggrund af en risikovurdering foretaget i henhold til retningslinierne i Gul Bog, ligesom selskaberne indberetter oplysninger om livs- og pensionsforsikringer, der er oprettet på normale vilkår. For de forsikringer, der er oprettet på normale vilkår, gives der ikke oplysninger om navne, personnumre mv. Oplysningerne er med til at

give foreningen statistiske oplysninger til brug for udarbejdelse af statistikker, opdateringer af retningslinierne i Gul Bog, risikovurderinger mv. Oplysningerne er med til at sikre, at der til stadighed er et opdateret kendskab til de tilfælde, der risikovurderes i selskaberne.

103. I vurderingen af medlemmernes pligt til at forelægge begæringer for og indberette oplysninger til foreningen indgår også medlemmernes muligheder for at komme ud af samarbejdet og dermed ophøre med at bidrage til indsamlingen af data. Ifølge vedtægternes § 13, stk. 1, er det muligt for medlemmerne at melde sig ud af foreningen med 9 måneders varsel til en 1. januar. Af § 13, stk. 2, fremgår det dog, at medlemmet ikke har pligt til at bidrage til indsamlingen af data (ved forelæggelser og indberetninger) i opsigelsesperioden, medmindre der er tale om allerede bedømte forsikringer.

104. Medlemmet skal dog fortsat bidrage økonomisk til foreningens udgifter i opsigelsesperioden. Denne udgift - årligt mellem 85.000-250.000 kr., jf. pkt. 27 - vurderes dog set i forhold til selskabernes bruttopræmieindtægter ikke at have nogen indflydelse i relation til spørgsmålet om udmeldelse.

105. Når man tager dels den samlede bestand af livs- og pensionsforsikringer og dels det forholdsvist begrænsede antal forsikringer med en forøget helbredsmæssig risiko, der tegnes hos medlemsselskaberne, i betragtning, samt de enkelte selskabers begrænsede muligheder for selv at foretage statistiske undersøgelser på baggrund af selskabernes egne bestande af forsikringer, er det styrelsens opfattelse, at Bedømmelsesforeningens indsamling af data ikke går videre end nødvendigt. Det er tillige styrelsens vurdering, at pligten for selskaberne til at forelægge mere komplicerede tilfælde for foreningen samt selskabernes pligt til at indberette oplysninger til foreningen er nødvendige for denne indsamling af data.

106. Det er dermed styrelsens vurdering, at indsamlingen af data er begrænset til det nødvendige, jf. artikel 2, litra a).

107. **Ad 3)** En forudsætning for gruppefritagelsens anvendelse er, at de beregninger, tabeller og undersøgelser, der foretages, udsendes med angivelse af, at de kun har vejledende karakter, jf. artikel 3, litra a).

108. Bedømmelsesforeningen har ændret sine vedtægter, således at såvel foreningens som selskabernes vurderinger på baggrund af retningslinierne i Gul Bog siden konkurrencelovens ikrafttræden den 1. januar 1998 har været vejledende.

109. Der er formentlig næppe den store sandsynlighed for, at medlemmerne af foreningen vil vælge at se bort fra den risikovurdering, som foreningens komité har foretaget, eller den risikovurdering, som retningslinierne i Gul Bog foreskriver. De færreste medlemmer vil næppe, selvom de har egne læger tilknyttet, have det fornødne statistiske grundlag for at kunne se bort fra disse vurderinger.

110. Vedtægterne åbner dog mulighed for, at dette kan ske. De medlemmer, som ikke ønsker at følge en risikovurdering i et konkret tilfælde, har mulighed for at lægge en anden risikovurdering til grund. En alternativ risikovurdering kan foretages af det enkelte selskab på baggrund af fornyet lægeligt materiale eller på baggrund af en risikovurdering indhentet hos et af de genforsikringsselskaber (dansk eller udenlandsk), som foretager risikovurderinger på basis af udenlandske erfaringer. Et selskab har således mulighed for at vælge at se bort for foreningens

risikovurderinger i tilfælde, hvor den forsikringsøgende anfægter vurderingen på baggrund af nye lægelige oplysninger mv.

111. Det er styrelsens vurdering, at kravet i artikel 3, litra a) dermed er opfyldt.

112. **Ad 4)** Hvis samarbejdet omfatter fælles beregninger af administrationsomkostninger og/eller fortjeneste, finder gruppefritagelsen ikke anvendelse, jf. art. 3, litra b). Dette er ikke tilfældet, og kravet i art. 3, litra b), er dermed opfyldt.

113. **Ad 5)** Det er en forudsætning for gruppefritagelsens anvendelse, at de beregninger, tabeller eller undersøgelsesresultater, der udarbejdes som led i samarbejdet, ikke identificerer de pågældende selskaber.

114. Der sker som sagt i Bedømmelsesforeningen ikke egentlige beregninger af nettopræmier og dermed heller ikke nogen identificering af selskaber. De statistikker, tabeller, prognosestudier mv., som foreningen udarbejder til fælles brug, identificerer ikke medlemsselskaberne. Der er tale om generelle statistiske data, som ikke kan henføres til enkelte selskaber.

115. Kravet i art. 3, litra c), er dermed efter styrelsens opfattelse opfyldt.

Konklusion

116. Sammenfattende må Bedømmelsesforeningens vedtægter anses for omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. stk. 3, Vedtægterne er dog omfattet af bekendtgørelse nr. 1004 af 16. december 1997 om gruppefritagelse for visse kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet, jf. konkurrencelovens § 10, og dermed undtaget fra forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

1 Beregningsgrundlaget G82 med ændringer er tidligere anmeldt til Konkurrencerådet efter den gamle konkurrencelovs § 5. Der blev ikke foretaget en konkurrenceretlig vurdering af beregningsgrundlaget. G82 er ikke anmeldt efter den nye konkurrencelov, idet grundlaget ifølge Forsikring & Pension anses for omfattet af Kommissionens gruppefritagelse på forsikringsområdet.

2 Jf. Forsikringsoplysningens statistik 1999, s. 51.

3 Medlemmerne i kategori 1 tegner sig for ca. 80-85% af markedet for livs- og pensionsforsikringer, som i 1998 havde samlede bruttopræmieindtægter på 49.946 mio. kr.

4 Forsikringsoplysningens statistik 1999, s. 53.