

NOTAT

Konkurrenceretlig beskrivelse af aftaler på forsikringsmarkedet

KONKURRENCERETLIG BESKRIVELSE AF AFTALER PÅ FORSIKRINGSMARKEDET	1
I BAGGRUND OG KONKLUSIONER.....	3
<i>Baggrund</i>	3
<i>Konklusioner</i>	3
II FORSIKRINGSMARKEDET	7
<i>Regulering</i>	7
National og EU-regulering	7
Andre love af betydning for forsikringserhvervet.....	9
Tilsynet med forsikringsselskaberne.....	10
<i>Markeder, produkter og aktører</i>	11
Markedet for skadesforsikringer	11
Markedet for livs- og pensionsforsikringer.....	14
<i>Salgskanaler og aftalerelationer</i>	16
III KONKURRENCELOVENS ANVENDELSESOMRÅDE	17
Erhvervsvirksomhedsbegrebet, jf. § 2, stk. 1.....	17
Offentlig regulering, jf. § 2, stk. 2	20
Løn- og arbejdsforhold, jf. § 3	21
IV KONKURRENCEBEGRÆNSENDE AFTALEVILKÅR	24
Kunde-/markedsdeling.....	25
Mestbegunstigelsesklausuler.....	26
Provision, overskudsdeling, administrationsbidrag mv.	27
Rabatter	28
Ret eller pligt til tegning.....	31
Eksklusivitet	33
<i>aftalen ikke kan antages at have en sådan markedspåvirkning, at der er tale om en konkurrencebegrænsning omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.....</i>	35
<i>Generelle opsigelsesbestemmelser</i>	35
V. STANDARDPOLICEBETINGELSER.....	42
Gennemsigtighed.....	42
Standardpolicebetingelser.....	43
Gruppefritagelsens bestemmelser om standardpolicebetingelser.....	44
Kommissionens praksis.....	45
Danske aftaler om standardpolicebetingelser	45
VI FORSIKRINGSFÆLLESSKABER.....	48
<i>Fælles dækning af visse typer af risici</i>	48
Gruppefritagelse for fælles dækning af visse typer risici.....	48
Kommissionens praksis vedrørende forsikringsfællesskaber.....	49
Danske forsikringsfællesskaber.....	50

20. december 2000

Sag 2:85-36
che/ld

VII FÆLLES VURDERINGER AF RISICI OG BEREKNING AF PRÆMIE.....	52
Vurdering af risici og beregning af præmie	52
<i>Gruppefritagelse for fælles præmieberegning</i>	53
<i>Kommissionens praksis vedrørende fælles præmieberegning</i>	53
<i>Dansk praksis vedr. fælles risikovurdering og præmieberegning</i>	54

I Baggrund og konklusioner

Baggrund

Konkurrenceloven, der trådte i kraft den 1. januar 1998, indebærer, at alle konkurrencebegrænsende aftaler mv. er forbudte, medmindre der er tale om bagatelaftaler, aftaler omfattet af en gruppefritagelse efter konkurrenceloven eller EF-traktaten, eller hvis aftalerne har fået en individuel fritagelse efter anmeldelse til Konkurrencestyrelsen.

Mange virksomheder valgte at anmelde deres aftaler til Konkurrencestyrelsen inden den 1. juli 1998, hvorved de efter lovens overgangsregler opnåede bødeimmunitet.

Konkurrencestyrelsen modtog alene på forsikringsområdet ca. 90 anmeldelser. Mange af anmeldelserne indeholdt hele aftalekomplekser eller flere uafhængige aftaler. Antallet af enkelte aftaler, som blev anmeldt inden den 1. juli 1998, var derfor op mod 200.

Konkurrencestyrelsen har i perioden fra 1. november 1999 til 15. december 2000 behandlet mere end 75 anmeldelser. Konkurrencerådet har truffet afgørelse i 11 af de mere principielle sager. De øvrige afgørelser er truffet administrativt af Konkurrencestyrelsen. Af de aftaler, der herefter resterer, afventer hovedparten Kommissionens afgørelser af samme eller tilsvarende sager.

Ud fra erfaringerne fra behandlingen af de anmeldte aftaler er der søgt trukket nogle retningslinjer, og det er fundet naturligt at orientere - herunder særligt forsikringsselskaber og andre virksomheder, der har relationer til forsikringsmarkedet - om resultatet. Gennemgangen dækker en væsentlig del af de konkurrenceretlige problemstillinger inden for forsikringshvervet.

Konklusioner

I dag er stort set alle danskere i større eller mindre grad dækket af en eller flere forsikringer. De fleste danskere har en familieforsikring, der dækker deres indbo, værdigenstande mv. Og langt de fleste danskere har flere forsikringer, fx en bilforsikring, ejendomsforsikring, ulykkesforsikring, pensions- eller livsforsikring. Også erhvervslivets behov for forsikringsdækning er stort.

I 1999 udgjorde de samlede bruttopræmieindtægter på forsikringsmarkedet over 80 mia. kr. I gennemsnit betalte hver dansker 16.000 kr. om året i præmie på forsikringer. Danskerne forsikrer sig for betydelige beløb.

Hertil kommer, at forsikringer har særlig betydning, fordi det skaber sikkerhed og tryghed i forhold til de problemer, der kan opstå ved uventede begivenheder i hverdagen. Dette burde i sig selv betyde, at danskerne generelt stiller store krav til kvaliteten af den enkelte forsikring og prisen for den. Langt de fleste danskere har imidlertid vanskeligt ved at gennemskue priserne på de enkelte produkter, og hvad de får for pengene. Dette er ikke udelukkende forsikringsselskabernes skyld. Mange forsikringsprodukter er i sagens natur teknisk komplicerede og kan derfor være vanskelige at gennemskue. Og forbrugerne har sjældent tid og forudsætninger for at sætte sig grundigt ind i forholdene.

Det er især på grund af produkternes mangfoldighed og sammensætning vanskeligt at angive præcise måder at løse dette problem på. Forenkling og standardisering af forsikringsprodukter kan i et vist omfang forbedre forsikringstagernes muligheder for at gennemskue produkterne og i højere grad stille krav hertil. På den anden side er der fare for, at en for høj grad af standardisering ensretter produkterne, så forbrugerne ikke længere har reelle valgmuligheder, og så forsikringsselskaberne ikke har incitament til at udvikle nye produkter. Konkurrencerådet har lagt til grund, at standardvilkår indebærer fordele, men at standardiseringen ikke må gå længere end nødvendigt for at skabe ensartede grundbetingelser. Fx er der ikke fordele ved, at standardvilkår fastlægger maksimale erstatningsbeløb eller bestemmer, hvor stor selvrisiko skal være. Standardvilkår er beskrevet i afsnit V.

Gennemskueligheden kan også fremmes ved at analysere og præsentere overskuelige sammenligninger af produkter, fx på Internettet. Konkurrencestyrelsen deltager i en arbejdsgruppe under Forsikring & Pension, der skal medvirke til, at der opbygges en sådan hjemmeside.

Forsikringsmarkedet er et koncentreret marked. Det betyder, at nogle få aktører på markedet kan være toneangivende og dermed påvirke eller neutralisere konkurrencen i større eller mindre omfang. I den forbindelse spiller produkternes kompleksitet, den offentlige regulering og markedets manglende gennemskuelighed en rolle. Forsikringsmarkedet i Danmark er beskrevet i afsnit II.

Forsikringsselskaberne har anmeldt en række aftaler med interesseorganisationer og fagforeninger om formidling af forsikring til disses medlemmer på særlige vilkår. Konkurrenceloven omfatter enhver form for erhvervsvirksomhed og altså også aftaler med sådanne virksomheder mv., men ikke aftaler, som er indgået som led i et løn- og ansættelsesforhold. Afsnit III redegør for betingelserne for, hvornår sådanne aftaler anses for omfattet af konkurrenceloven.

Behandlingen af aftalerne mv. har ikke vist, at der er tale om et marked, der generelt er kendetegnet ved pris aftaler mv. Men aftalerne indeholder en

række vilkår, som, hvis de anvendes i mere udbredt omfang af de enkelte selskaber, vil kunne påvirke markedet og dermed begrænse konkurrencen. Det drejer sig om vilkår i aftaler om fx eksklusivitet, kundedeling, mestbe- gunstivelse, rabatter og opsigelsesvarsler. Generelt gælder, at jo mere ud- bredte sådanne vilkår er, des mere begrænses konkurrencen på markedet. Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har i en række tilfælde grebet ind over for sådanne vilkår, der var konkurrencebegrænsende. Det er gen- nemgået nærmere i afsnit IV.

En række aftaler mellem forsikringsselskaberne har til formål at ensarte for- sikringsbetingelserne eller at skabe et fælles datagrundlag for forsikringerne. Den større ensartethed, der følger af sådanne standardpolicer, vil som ud- gangspunkt medføre, at konkurrencen mellem selskaberne svækkes. Om- vendt kan det lette forbrugernes muligheder for at sammenligne forsikrings- tilbud, og derved styrkes konkurrencen. Tilsvarende kan det være en fordel for forbrugerne og føre til lavere præmier, at forsikringer tegnes på grundlag af et stort og sikkert datagrundlag. Det er et gennemgående element i vurde- ringen af disse aftaler, at hensynet til de fælles elementer ikke også må for- pligte de deltagende selskaber til ens forsikringsbetingelser. Der skal være plads til konkurrencen, herunder til nye initiativer. Der er nærmere redegjort for disse synspunkter i afsnit V og VII.

I afsnit VI vurderes samarbejder om fælles deling af risici (co-assurance og reassurance). Ligesom det med samarbejde om datagrundlag kan være til fordel for forsikringstagerne, at selskaberne samarbejder om forretninger, der enten er særligt store eller særligt risikobetonede, eller at de samarbejder om nye områder, hvor risikoen er ukendt, som fx visse miljøforsikringer.

Efter Konkurrencestyrelsens opfattelse vil følgende forhold kunne bidrage til en mere effektiv konkurrence på forsikringsmarkedet, og dermed til billi- gere og bedre forsikringer for forbrugerne:

- ? god information og større gennemsigtighed
- ? Større mobilitet
- ? Større fokusering på konkurrencebegrænsende adfærd

Hvis forsikringstagernes muligheder for at gennemskue produkterne forbed- res, vil de have bedre forudsætninger for at vurdere de enkelte forsikrings- produkter, afgrænse deres behov og foretage sammenligninger mellem de forskellige forsikringsselskaber. Dette vil kunne skærpe konkurrencen mel- lem forsikringsselskaberne om at tilbyde rimelige præmier for et bredt ud- valg af produkter.

Større mobilitet betyder, at forbrugerne har mulighed for at komme rimeligt hurtigt og let ud af et bestående aftaleforhold. Det er en forudsætning for, at de effektivt skal kunne udnytte de chancer, som en større gennemsigtighed skaber. Hvis opsigelsesvarslerne i de fleste forsikringsselskaber derimod er

lange, vil det blive besværligt for forbrugerne at skifte selskab. Og derved kan forbrugerne gå glip af muligheden for at skifte og drage fordel af et nyt tilbud, der dukker op.

Endelig vil en større fokusering fra forsikringsselskabernes side på en mulig konkurrencebegrænsende adfærd være gavnlig for konkurrencen. Styrelsens gennemgang af anmeldelser viser, at forsikringsselskaber og deres aftalparter ved indgåelse af aftaler ikke altid har været opmærksomme på, at de vilkår, selskaberne aftaler sig frem til, kan have andre virkninger for forholdene på markedet, end det var tilsigtet. En større opmærksomhed herom vil fremme konkurrencen.

II Forsikringsmarkedet

Regulering

Forsikringserhvervet i Danmark er omfattet af en detaljeret regulering, som stiller krav bl.a. til selskabsform, ejerforhold, kapitalgrundlag, investeringsregler mv., og til den information, der skal gives til forsikringstagerne ved indgåelse af livsforsikringsaftaler. Det primære formål med reguleringen er at skabe sikkerhed og gennemsigtighed for forsikringstagerne. Forsikringstagerne skal kunne stole på, at præmieindbetalingerne, og dermed grundlaget for udbetaling af erstatninger og pensioner, er sikret mest muligt.

Forsikringsselskaber er virksomheder, der mod betaling (præmie), og aftaler at overtage en del af risikoen for, at en bestemt begivenhed indtræffer eller ikke indtræffer. Forsikringsselskaberne overtager folks økonomiske risici ved at vanskeligt forudsigelige ting sker. Den risiko, en enkelt person eller virksomhed bliver udsat for, fordeles mellem et større antal personer/virksomheder, der alle er udsat for den samme risiko, men som erfaringsmæssigt kun rammer en mindre del af dem. Man forsikrer sig imod at bære hele risikoen selv. I livsforsikrings- og pensionskassevirksomhed indgår udover risikoafdækning tillige et væsentligt opsparingselement.

Forsikringsers væsentligste samfundsmæssige funktion er at skabe tryghed, ikke kun for skadelidte, men for alle forsikringstagere. Forsikringslovgivningens vigtigste mål er at beskytte forbrugerne og skabe stabilitet.

For at skabe tillid til forsikringsselskaberne er deres virksomhed lovreguleret i detaljer. Et eksempel herpå er lov om forsikringsvirksomheds krav om koncession, jf. nedenfor. Formålet med dette krav er at sikre, at selskaber, der driver forsikringsvirksomhed har en tilstrækkelig økonomisk soliditet. Det er vigtigt, at befolkningen har tillid til selskaberne, og at det sikres, at forsikringstageren får erstatning, når der sker skader mv.

National og EU-regulering

Den nationale forsikringslovgivning bygger i høj grad på EF-skades- og livsforsikringsdirektiver, som løbende er implementeret i dansk lovgivning.

Forsikringserhvervet reguleres primært af Lov om forsikringsvirksomhed.¹ Loven forudsætter, at forsikringsselskaber skal have tilladelse (koncession) til at drive forsikringsvirksomhed fra Finanstilsynet. Koncessionen kan udstedes til at gælde alle områder for forsikringsvirksomhed eller være begrænset til et nærmere angivet produkt som fx brandforsikring. Loven inde-

¹ Lovbekendtgørelse nr. 684 af 23. august 1999, som ændret ved lov nr. 391 af 30. maj 2000.

holder både fælles og særlige regler for skadesforsikrings-, livsforsikrings- og pensionskassevirksomhed.

EF-direktiverne harmoniserer forsikringsområdet, således at der gælder ensartede regler for forsikringsvirksomhed i samtlige EU-medlemsstater.² Dette er bl.a. vigtigt i forbindelse med forsikringsselskabernes grænseoverskridende virksomhed. Selskaber, der har fået koncession i et andet land, der har gennemført det 3. skadesforsikringsdirektiv og 3. livsforsikringsdirektiv³, kan i Danmark udøve virksomhed som omfattet af koncessionen gennem en filial (permanent tilstedeværelse her i landet gennem en person eller virksomhed, der har bemyndigelse til at drive forsikringsvirksomhed på selskabets vegne) eller som grænseoverskridende tjenesteydelsesvirksomhed, når Finanstilsynet har modtaget nærmere bestemte oplysninger om selskabet fra hjemlandets tilsynsmyndighed. Tilsvarende gælder for danske forsikringsselskabers virksomhed uden for Danmarks grænser.

Livs- og skadesforsikringsvirksomhed må som udgangspunkt ikke drives i samme juridiske selskab, men gerne i koncerner i adskilte virksomheder. Formålet med dette krav er at sikre, at den langsigtede pensionsopsparring holdes adskilt fra skadesforsikring. Forsikringsvirksomhed kan drives i aktieselskabsform eller som et gensidigt selskab (selskabsform hvor flere personer, der ønsker at forsikre sig mod risici, aftaler, at alle skal bidrage til at dække den skade, som rammer den enkelte). De tværgående pensionskasser driver livsforsikringsvirksomhed. De er omfattet af EF-direktiverne. Virksomheden drives i pensionskasser, der sikrer en nærmere afgrænset række personer, der har en fælles uddannelsesmæssig baggrund. Firmapensionskasser er ikke omfattet af lov om forsikringsvirksomhed,⁴ men er omfattet af lov om tilsyn med firmapensionskasser.

I forhold til forsikringstagerne er der i en bekendtgørelse⁵ fastsat krav til den information, som forsikringsselskabet har pligt til at give forsikringstageren særligt ved indgåelsen af en livsforsikringsaftale. Bekendtgørelsen stiller krav om, at der gives generelle oplysninger om forsikringsselskabet, gældende lovgivning, skatteordninger, behandling af klager mv. Der stilles endvidere krav om, at der gives oplysninger om forsikringsaftalens primære indhold, løbetid, bonusregler, opsigelsesregler mv. Under aftalens forløb har

² Og i stater, der har gennemført direktiverne.

³ Rdir 92/49 og Rdir 92/96. Direktiverne indgår i et kompleks af gennemført fællesskabslovgivning på forsikringsområdet og indeholder bl.a. krav om administrativ tilladelse udstedt af de nationale myndigheder som en betingelse for udøvelse af forsikringsvirksomhed. Med en sådan tilladelse kan der udøves forsikringsvirksomhed overalt i Fællesskabet.

⁴ Firmapensionskasser er heller ikke omfattet af EF-direktiverne.

⁵ Bekendtgørelse nr. 609 af 14. juli 1995 om information fra forsikringsselskabet til forsikringstager ved indgåelse af en livsforsikringsaftale.

forsikringsselskabet endvidere pligt til årligt at give oplysninger om forsikringsydelse, bonussituationen og eventuel tilbagekøbs- og fripoliceværdi.

Andre love af betydning for forsikringserhvervet

Konkurrenceloven gælder også for forsikringserhvervet. I forbindelse med forsikringserhvervet er det især forbudt mod konkurrencebegrænsende aftaler mv. i konkurrencelovens § 6, der har interesse. Formålet med konkurrenceloven er gennem virksom konkurrence at fremme en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse. Forsikringsselskaberne er erhvervsvirksomheder, der drives med henblik på at opnå det bedst muligt resultat for forsikringstagere, ejere, medarbejdere m.fl. Derfor er en effektiv udnyttelse af midlerne vigtig også for at sikre en varetagelse af forsikringslovgivningens hensyn til sikkerhed og tryghed for forbrugerne/forsikringstagerne.

På det samlede forsikringsmarked (skades-, livs- og pensionsforsikring) er der i dag ingen selskaber, der har en markedsandel over 25-30 % og dermed en dominerende stilling. Hvis det relevante marked i et konkret tilfælde afgrænses snævrere - fx til specifikke forsikringsprodukter eller til specifikke markedssegmenter (fx brandforsikring, individuel livsforsikring eller arbejdsmarkedsrelaterede pensionsordninger) - vil det enkelte selskabs markedsandel kunne være væsentlig større, og konkurrencelovens bestemmelser om misbrug af dominerende stilling, jf. § 11, vil kunne bringes i anvendelse over for et misbrug. Det samme er tilfældet, hvis flere selskaber i forening har en kollektiv dominerende stilling, som misbruges i strid med § 11.

Visse aftaler mv. er fritaget fra konkurrencelovens § 6 i medfør af den eksisterende EU-gruppefritagelse på forsikringsområdet.⁶ Gruppefritagelsen finder direkte anvendelse, jf. konkurrencelovens § 4, hvis aftalen mv. kan påvirke samhandelen mellem medlemsstaterne. Hvis dette ikke er tilfældet, finder den danske gruppefritagelse⁷, der svarer til EU-gruppefritagelsen, anvendelse, jf. konkurrencelovens § 10.

Andre love kan have betydning for konkurrenceforholdene, hvis de er med til at påvirke forsikringsselskabernes adfærd. Særligt strenge regler om forbrugerbeskyttelse kan fx være med til at hindre udenlandske selskabers adgang til det danske marked, hvis disse regler er strengere end i hjemlandet.

Markedsføringsloven finder anvendelse på forsikringsselskabers adfærd på samme måde, som den finder anvendelse over for andre virksomheder.

⁶ Kommissionens forordning nr. 3932/92 af 21. december 1992 om anvendelse af traktatens artikel 85, stk. 3, på visse kategorier af aftaler, vedtagelser og samordnet praksis på forsikringsområdet.

⁷ Bekendtgørelse nr. 1004 af 16. december 1997 om gruppefritagelse for kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet.

Markedsføringslovens regler regulerer forsikringsselskabernes adfærd – både over for konkurrenter og over for forbrugerne. Markedsføringsloven forudsætter, at der konkurreres på rimelige og loyale vilkår.

Forsikringsaftaleloven regulerer forholdet mellem selskaberne og forsikringstagerne. Loven fastlægger regler for, hvordan forsikringsaftaler udformes, bl.a. ved at fastsætte de pligter, rettigheder og vilkår, som selskaberne kan gøre gældende over for forsikringstagerne. Flere af disse vilkår kan ikke fraviges til ugunst for forbrugerne. Derudover indeholder loven definitioner af en række forsikringstekniske udtryk og begreber, som fx skadesopgørelse, under- og overforsikring og dobbeltforsikring.

I modsætning til realkredit- og pengeinstitutter findes der ikke særlige etiske fælles regler for forsikringsbranchen. Der findes dog i lov om forsikringsvirksomhed krav om, at det enkelte forsikringsselskab skal drives i overensstemmelse med redelig forretningsskik og god forsikringspraksis.

Brancheorganisationen, Forsikring & Pension, udsender som led i en forbrugerpolitisk handlingsplan⁸ for forsikrings- og pensionserhvervet medlemshenstillinger bl.a. om god forsikringsskik for rådgivning, forbud mod egentligt dørsalg samt begrundelses- og klagevejledningspligt i forbindelse med skadebehandling. I handlingsplanen indgår bl.a. udarbejdelse af forbrugerguides, som kan indgå som et led ved køb af forsikringer og ved skade. Endvidere har Forbrugerombudsmanden og Finanstilsynet givet retningslinier for afgivelse af bonusprognoser, som ligger til grund bl.a. for en markedsføringshenstilling

Skattelovgivningen på forsikringsområdet er detaljeret og omfattende og har særlig betydning på livsforsikrings- og pensionsområdet. Begrænsninger i fradragsmuligheder mv. kan have betydning for på hvilken måde og i hvilke selskaber, forsikringstagerne vælger at placere deres forsikringer.

Tilsynet med forsikringsselskaberne

Finanstilsynet fører tilsyn med forsikringsselskabernes virksomhed i Danmark. Finanstilsynet administrerer lov om forsikringsvirksomhed.⁹

Som nævnt ovenfor er det muligt for selskaber hjemmehørende i lande, der har gennemført 3. skadesforsikringsdirektiv og 3. livsforsikringsdirektiv at drive forsikringsvirksomhed i Danmark. Tilsynet med disse selskaber sker fra hjemlandenes tilsyn. De danske forbrugerbeskyttelsesregler skal dog

⁸ Konkurrencestyrelsen har vurderet handlingsplanen og fundet, at den ikke er omfattet af konkurrencelovens § 6, stk. 1.

⁹ Det samme er tilfældet med firmapensionskasser, jf. lov om tilsyn med firmapensionskasser.

overholdes også af disse selskaber. Dette gælder på samme måde for danske forsikringsselskaber, der sælger forsikringer i udlandet.

Markeder, produkter og aktører

Det danske forsikringsmarked kan opdeles i 2 hovedmarkeder; henholdsvis markedet for skadesforsikringer og markedet for livs- og pensionsforsikringer. Denne opdeling tager udgangspunkt i lov om forsikringsvirksomhed.

Markedet for skadesforsikringer

Forsikringsselskaberne tilbyder såvel private kunder som erhvervskunder en række forskellige produkter. Produkterne kan traditionelt opdeles i følgende hovedgrupper af forsikringer, der tegnes af personer og virksomheder (direkte forretning): erhvervsforsikringer, privatforsikringer, personulykkesforsikringer og motorkøretøjsforsikringer. Foruden disse hovedgrupper findes der endvidere kredit- og kautionsforsikringer samt retshjælpsforsikringer. Endelig findes der gruppen af genforsikringer, som ikke tegnes af personer eller virksomheder, men af forsikringsselskaber (indirekte forretning).

Enkelte kategorier af forsikringer er lovpligtige.

Boks 2.1: Forskellige former for skadesforsikring

I. Erhvervsforsikringer

Der er tale om forsikringer, der har til formål at dække de risici, som særligt erhvervsvirksomheder udsættes for. Behovet for forsikring er forskelligt både fra branche til branche og fra virksomhed til virksomhed. Erhvervsforsikringer kan opdeles i følgende kategorier:

- ? Arbejdsskadeforsikringer
- ? Bygningsforsikringer
- ? Løsøreforsikringer mv.
- ? Sø- og transportforsikringer
- ? Luftfartsforsikringer
- ? Erhvervsansvarsforsikringer
- ? Andre erhvervsforsikringer

Kredit- og kautionsforsikringer

En kreditforsikring er en forsikring mod tab på udestående fordringer (tab på debitorer). En kautionsforsikring er typisk en forsikring, der har karakter af en kaution eller garanti fra forsikringsselskabets side.

II. Privatforsikringer

Der er tale om forsikringer, der har til formål at dække privatpersoners behov for at være forsikret mod fx indbrud i eget hjem eller fritidsbolig, skader på fast ejendom mv. Privatforsikringer kan opdeles i følgende kategorier:

- ? Familieforsikringer
- ? Grundejerforsikringer
- ? Fritidshusforsikringer
- ? Andre privatforsikringer

Personulykkesforsikringer

Der er tale om forsikringer, der har til formål at sikre enkeltpersoner i tilfælde af sygdom, invaliditet, uarbejdsdygtighed mv. Personulykkesforsikringer kan opdeles i følgende kategorier:

- ? Enkelt ulykkes- og sygeforsikringer
- ? Erhvervsudygtighedsforsikringer

Motorkøretøjsforsikringer

Der er tale om forsikringer, der skal dække det forsikringsmæssige behov, der er for at forsikre sig mod ansvarspådragelser og materielskader. Motorkøretøjsforsikringer kan opdeles i følgende kategorier:

- ? Ansvarsforsikringer
- ? kaskoforsikringer

Retshjælpsforsikringer

Der er tale om forsikringer, som skal dække de omkostninger, der måtte være forbundet med at være involveret i retstvist. Private personer har automatisk retshjælpsforsikring som en integreret del af en familie-, bygningskasko-, autoskade- eller lystfartøjskaskoforsikring. Virksomheder kan tegne selvstændige retshjælpsforsikringer.

Genforsikringer

Denne type forsikringer retter sig hverken mod personer eller virksomheder, men mod forsikringsselskaber, der ønsker at overdrage en del af forsikringsrisikoen til et andet forsikringsselskab. Genforsikring kaldes også for reinsurance.

Set ud fra de samlede præmieindtægter udgør motorkøretøjsforsikringerne det største område på skadesforsikringsområdet. Præmieindtægterne (direkte forretning) på de forskellige forsikringsområder fordelte sig i 1999 således:

Tabel 2.1: Samlede præmieindtægter i 1999 for direkte forretning

	indtægt mio. kr.	pct.
Motorkøretøj	8.456	30,5
Sygdom og ulykke	4.610	16,6
Grundejer og fritidshus	3.073	11,1
Erhvervsbygninger	2.725	9,8
Familieforsikringer	2.365	8,5
Erhvervsløsøre	1.476	7,2
Arbejdsskade	2.004	5,3

Erhvervsansvar	747	3,2
Sø- og transport	899	2,7
Øvrige	1.381	5,0
I alt	27.736	100

Kilde: Forsikringsoplysningens statistik, side 7, 2000.

I 1999 havde 157 selskaber¹⁰ tilladelse til at drive skadesforsikringsvirksomhed i Danmark. Der var tale om 73 aktieselskaber, 82 gensidige selskaber og 2 filialer af udenlandske selskaber. Herudover var der 36 udenlandske EU/EØS-forsikringsselskaber, der gennem en filial drev skadesforsikringsvirksomhed i Danmark i henhold til en tilladelse meddelt i et andet EU-land eller et land, der har gennemført 3. skadesforsikringsdirektiv.

Langt de fleste skadesforsikringer tegnes i selskaber, der driver forsikringsvirksomhed i Danmark. Det er i dag ikke tradition for, at privatpersoner eller virksomheder henvender sig direkte til et forsikringsselskab i udlandet for at tegne forsikringer. Særligt for private forsikringstagere kan sprogbarrierer, usikkerhed om soliditetsforhold mv. betyde, at mange afholder sig fra at tegne forsikringer i udlandet.

Forsikringsmæglere kan rådgive og hjælpe forsikringstagere med at finde de forsikringer, det passer til forsikringstagernes behov, herunder i udlandet. De indhenter tilbud fra forsikringsselskaberne og forhandler evt. om tilpasninger af dem. Forsikringsmæglerne modtager provision af det forsikringsselskab, der kommer til at indtegne kunden, men mæglerne skal være uafhængige af forsikringsselskaberne.

Mange af selskaberne indgår i forsikringskoncerner, ligesom en del af selskaberne indgår i større finansielle koncerner. De rene forsikringskoncerner består af adskilte forsikringsselskaber inden for samme koncern, fx en koncern bestående af et skadesforsikringsselskab, et livs- og pensionsforsikringsselskab, et arbejdsskadeforsikringsselskab mv. Et forsikringsselskab kan også indgå i en større finansiell koncern, der foruden forsikringsselskaber omfatter pengeinstitutter, realkreditinstitutter, finansieringsinstitutter mv. Antallet af forsikringsselskaber, som det normalt forstås, er således væsentligt mindre end 157. Når der i det følgende anvendes tal for omsætning (bruttopræmier), er der tale om koncerntal.¹¹

I 1999 udgjorde de samlede bruttopræmieindtægter 34.185 mio. kr. (direkte og indirekte forretning). På trods af det relativt store antal skadesforsikringsselskaber modtager få selskaber tilsammen størstedelen af disse bruttopræmieindtægter. De 4 største selskaber på markedet modtager over 60 % af

¹⁰ Finanstilsynets virksomhedsregnskab og beretning 1999, bilag 6.

¹¹ Bekendtgørelse nr. 895 af 21. september 2000 om beregning af omsætning.

de samlede bruttopræmieindtægter. De 10 største selskaber modtager til sammen mere end 85 % af indtægterne.

Boks 2.2: Koncentrationsmål (CR4)

CR4 var i 1998 for skadesforsikringsmarkedet større end 60, hvilket beskriver de fire største virksomheders samlede markedsandel. Jo større del af en branches omsætning, der er koncentreret på få virksomheder, des svagere er konkurrencen. En CR4 på 60 tyder på et koncentreret marked.

Markedet for livs- og pensionsforsikringer

Livsforsikringsselskaberne og pensionskasserne tilbyder såvel privattegnede livs- og pensionsforsikringer som arbejdsmarkedsrelaterede livs- og pensionsforsikringer. Der kan både være tale om frivillige (privattegnede) og obligatoriske (arbejdsmarkedsrelaterede) forsikringer.

Inden for den private sektor modtager foruden livsforsikringsselskaberne og pensionskasserne også pengeinstitutterne pensionsopsparing. Hertil kommer, at der sker indbetaling af pensionsbidrag til ATP, der er en lovbaseret ordning.

Boks 2.3: Forskellige former for livs- og pensionsforsikring

Livsforsikringer

Livsforsikringer er forsikringer, hvor forsikringsbegivenheden indtræder fx ved den forsikredes død eller hvis den forsikrede er i live på en bestemt dato. Dækningen på forsikringen afhænger af den konkrete aftale.

En livsforsikring kan tegnes af en person enten som en individuel livsforsikring eller som en gruppelivsforsikring. Medlemskab af en gruppelivsforsikring forudsætter, at man tilhører en gruppe, der kan tegne en sådan forsikring. Gruppelivsordningerne er typisk arbejdsmarkedsrelaterede og tegnes ofte gennem arbejdsgiver-, forbunds- og foreningsordninger mv., og ordningerne kan være obligatoriske.

Pensionsforsikringer

Pensionsforsikringer sikrer den forsikrede en alderspension. Pensionsforsikringen kan være tegnet som fx en kapitalforsikring (éngangsudbetaling af hele det opsparede beløb) eller en rateforsikring (fx månedlige udbetalinger af det opsparede beløb i løbet af en fastlagt årrække). Livrenter er en løbende alderspensionsydelse, der udbetales fra et aftalt tidspunkt, hvis den forsikrede er i live. Ydelserne kan være livsvarige eller ophørende fx efter 10 års udbetaling. Dækningsomfanget af pensionsforsikringen afhænger af den konkrete pensionsaftale.

En pensionsordning kan tegnes individuelt og direkte hos det enkelte pensionsinstitut eller være led i et ansættelsesforhold.

Pensionsordninger som led i ansættelsesforhold er ofte opbygget som en arbejdsmarkedspensionsordning – det vil sige at de ansatte er omfattet af en overenskomst mellem arbejdsmarkedets parter om optagelse i en arbejdsmarkedspensionsordning (firmapensionsordninger er også arbejdsmarkedspensionsordninger). Der er tale om kollektive forsikringsordninger, som både kan være obligatoriske eller frivillige. Pensionsindbetalingerne foretages typisk af arbejdsgiveren i forbindelse med lønudbetalingen og udgør en fastsat procentdel af den pensionsgivende løn. Arbejdsgiveren betaler oftest en del heraf.

Tegning af individuelle pensionsordninger kan ligeledes være lønrelaterede, ligesom det kan aftales, at arbejdsgiveren kan bidrage til pensionsindbetalingerne.

I 1999 havde 156 selskaber og pensionskasser¹² tilladelse til at drive livs- og pensionskassevirksomhed i Danmark. Der var tale om 57 aktieselskaber, 1 gensidigt selskab, 1 filial af et udenlandsk selskab, 5 genforsikringsselskaber, 32 tværgående pensionskasser og 60 firmapensionskasser.

I dag tegnes langt de fleste livs- og pensionsforsikringer i selskaber, der driver forsikringsvirksomhed i Danmark. Pensionsbeskatningslovens regler sammenholdt med pensionsafkastbeskatningslovens regler gør det mindre attraktivt for danskere at tegne livs- og pensionsforsikringer i udenlandske selskaber, der ikke driver forsikringsvirksomhed i Danmark, bl.a. fordi der kun er en mulighed for skattefradrag for forsikringer, der er oprettet i et selskab, der har hjemsted, fast driftssted eller filial i Danmark. Sprogbarrierer og usikkerhed om soliditetsforhold kan også have betydning for danskernes placeringer af forsikringer i udlandet.

I 1999 udgjorde de samlede bruttopræmieindtægter for livsforsikringsselskaberne og pensionskasserne 47.613 mio. kr. Ligesom på markedet for skadesforsikringer er det alene et mindre antal selskaber, der modtager hovedparten af indtægterne på dette marked. De 4 største selskaber på markedet modtager over 50 % af de samlede bruttopræmieindtægter. De 10 største modtager tilsammen næsten 75 % af indtægterne.

Boks 2.4: Koncentrationsmål (CR4)

CR4 var i 1998 på markedet for livs- og pensionsforsikringer over 50. Ligesom på markedet for skadesforsikring tyder det på et koncentreret marked.

¹² Finanstilsynets virksomhedsregnskab og beretning 1999, bilag 6.

Salgskanaler og aftalerelationer

En stor del af de forsikringer, der tegnes i Danmark, tegnes direkte hos selskaberne gennem ansatte assurandører og lokale forsikringsbutikker. Mange af selskaberne benytter dog i stigende grad alternative salgskanaler. Der kan fx være tale om samarbejder med fagforeninger, virksomheder, organisationer, pengeinstitutter mv. om formidling af forsikringer.

Etableringen af sådanne samarbejder er ofte forbundet med en mulighed for rabatter og andre fordele for de medlemmer/ansatte mv., der benytter sig af tilbudet om tegning af forsikringer.

En del af forsikringstagerne kan benytte forsikringsmæglere. Også etablering af forskellige portaler på Internettet, som kan formidle forsikringer, er begyndt at brede sig. Forsikringselskaberne er i stigende omfang begyndt at anvende Internettet som et sted, hvor der udbydes forsikringer.

Antallet og gennemgangen af anmeldte samarbejdsaftaler efter den nye konkurrencelov viser, at betydningen af alternative afsætningskanaler er stigende, og at disse samarbejder ofte tilfører selskaberne betydelige indtægter.

III Konkurrencelovens anvendelsesområde

Konkurrenceloven omfatter enhver form for erhvervsvirksomhed, jf. lovens § 2, stk. 1. Begrebet erhvervsvirksomhed skal forstås bredt, således at enhver økonomisk aktivitet, der foregår i et marked for varer og tjenester, er omfattet af loven. Det har ingen betydning, om den pågældende aktivitet finder sted i en enkeltmandsvirksomhed, et selskab eller en forening.

Visse aktiviteter er dog udtrykkeligt undtaget fra konkurrencelovens bestemmelser. Således er konkurrencebegrænsninger, der er en direkte eller nødvendig følge af offentlig regulering, jf. § 2, stk. 2, ikke omfattet af lovens forbud mod konkurrencebegrænsende aftaler og misbrug af dominerende stilling. Løn- og arbejdsforhold er heller ikke omfattet af loven, jf. § 3.

De aftaler og vedtagelser, der er anmeldt på forsikringsområdet, har i langt de fleste tilfælde ikke givet anledning til usikkerhed om, hvorvidt der er tale om en aktivitet, der falder inden for konkurrencelovens anvendelsesområde. Konkurrencestyrelsen og Konkurrencerådet har således alene i et fåtal af de sager på forsikringsområdet, som er vurderet efter konkurrenceloven, fundet anledning til særskilt at vurdere, om der kunne være tale om en aktivitet, der falder uden for loven.

Boks 3.1: Konkurrencelovens anvendelsesområde

HR:	Enhver form for erhvervsvirksomhed er omfattet af loven, jf. § 2, stk. 1.
U ₁ :	Direkte eller nødvendige begrænsninger som følge af offentlig regulering er ikke omfattet af forbudene i §§ 6 og 11, jf. § 2, stk. 2.
U ₂ :	Løn- og arbejdsforhold er ikke omfattet af forbudene i §§ 6 og 11, jf. § 3.

Erhvervsvirksomhedsbegrebet, jf. § 2, stk. 1.

Konkurrencelovens anvendelsesområde er som nævnt bredt og giver sjældent anledning til tvivl om, hvorvidt en aktivitet falder inden for anvendelsesområdet.

Konkurrencerådet har taget stilling til, om følgende aktiviteter er omfattet af konkurrenceloven

- ? En privat interesseforenings indgåelse af en aftale med et forsikringsselskab om formidling af forsikringer til medlemmerne
- ? En fagforenings indgåelse af en aftale med et forsikringsselskab om tegning af forsikringer for og til medlemmerne

Af Konkurrencerådets afgørelse¹³ vedrørende en samarbejdsaftale om formidling af forsikringer mellem Codan Forsikring og Ældre Sagen fremgår det, at der her er tale om en økonomisk aktivitet, der er omfattet af konkurrenceloven, jf. § 2. Aftalen giver medlemmerne af Ældre Sagen mulighed for at tegne fordelagtige forsikringer.

Ældre Sagen er en forening, der arbejder for at forbedre ældres vilkår. Foreningens primære formål med indgåelsen af aftalen er en varetagelse af de private medlemmers interesser og forsikringsbehov. Foreningen har som led i aftalen påtaget sig at markedsføre forsikringsselskabets produkter over for medlemmerne og modtager et markedsføringsbidrag herfor. På trods af foreningens primære formål med indgåelsen af aftalen er der ikke desto mindre tale om, at aftalen er udtryk for en økonomisk aktivitet. Aftaler bidrager til afsætningen af forsikringer. Forsikringsselskabet fik gennem aftalen tilført et ikke ubetydeligt beløb i præmieindtægter. Aftalen er derfor udtryk for en erhvervsvirksomhed omfattet af § 2, stk. 1.

Konkurrencerådet traf afgørelse i en sag vedrørende aftaler indgået mellem ALKA og Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund¹⁴ om tegning af obligatoriske gruppelivs- og gruppeulykkesforsikringer samt frivillige individuelle skadesforsikringer. Af rådets afgørelse fremgår det, at der er tale om en aktivitet, der er omfattet af konkurrenceloven, jf. § 2.

Udgangspunktet er, at en fagforening godt kan være en virksomhed, der er omfattet af konkurrenceloven, når der ikke er tale om arbejdsmarkedsforhold, jf. nedenfor om løn- og arbejdsforhold (§ 3). I denne sag var der tale om, at fagforeningen er forsikringstager og optræder som indkøber af kollektiv personsikring på medlemmernes vegne, ligesom fagforeningen administrerer ordningen. For så vidt angår de frivillige forsikringer optræder fagforeningen som formidler, men har samtidig - ligesom Ældre Sagen, jf. foran - påtaget sig en oplysnings- og markedsføringsopgave. På denne baggrund fandt rådet, at aftalerne omfatter sådanne aktiviteter, at fagforeningen optræder som en virksomhed, der udøver erhvervsvirksomhed omfattet af konkurrenceloven.

Konkurrencerådet traf endvidere afgørelse¹⁵ i en lignende sag indgået mellem ALKA og SID. Også i denne sag fandt rådet, at der var tale om aktiviteter, der var omfattet af konkurrenceloven, jf. § 2.

Konkurrencestyrelsen har efterfølgende i afgørelser¹⁶ vedrørende tilsvarende aftaler med en række fagforeninger lagt til grund, at der er tale om udøvelse af erhvervsvirksomhed.

¹³ Konkurrencerådets afgørelse af 26. januar 2000.

¹⁴ Konkurrencerådets afgørelse af 23. februar 2000.

¹⁵ Konkurrencerådets afgørelse af 29. marts 2000.

I afgørelserne vedrørende aftalerne mellem ALKA og fagforbundene blev det lagt til grund, at der ikke var tale om varetagelse af en rent social funktion, hvilket understøttes af EF-domstolens praksis.

Ifølge EF-domstolens praksis kan organer, der varetager opgaver af almen samfundsmæssig interesse, efter omstændighederne falde uden for anvendelsesområdet for artikel 81, stk. 1 (tidl. artikel 85, stk. 1). Domstolen har udtalt¹⁷, at et organ, der administrerede en national sikringsordning for selvstændige, og som omfattede en forsikring mod udgifterne ved sygdom og barsel samt en alderspension, havde en rent social funktion og derfor ikke var omfattet af virksomhedsbegrebet. Ordningen var obligatorisk, og bidragene var fastsat ved lov. Domstolen lagde vægt på, dels at organet varetog en social funktion, og dels at ordningen byggede på et solidaritetsprincip - det vil sige at størrelsen af ydelserne ikke afhang af de indbetalte bidrag.

Domstolen har endvidere udtalt¹⁸, at et organ, der uden vinding for øje administrerede en frivillig lovbestemt ordning, der supplerede en obligatorisk alderspension, var omfattet af virksomhedsbegrebet og dermed af konkurrencereglerne. Udbetalingerne var baseret på en kapitalisering af de indbetalte bidrag, som organet således forvaltede. Aktiviteten havde ifølge Domstolen en række fælles træk med de pensionsordninger, der udbydes af private selskaber, hvorfor forbindelsen til det sociale sikringssystem og dermed et rent socialt formål var svagere. Det var uden betydning, at der var tale om udøvelse af virksomhed uden vinding for øje.

Endelig har EF-domstolen som svar på et præjudicielt spørgsmål udtalt¹⁹, at en pensionsfond, der administrerede en obligatorisk tillægspensionsordning oprettet i henhold til en kollektiv overenskomst, var omfattet af virksomhedsbegrebet. Domstolen lagde bl.a. vægt på, at fonden udøvede en økonomisk virksomhed i konkurrence med forsikringsselskaberne, og at fonden byggede på et kapitaliseringsprincip (ydelse af økonomiske resultater af de foretagne investeringer). Fondens forvaltede således den kapital, som er blevet indbetalt. At der var tale om en fond, der handlede uden vinding for øje, og som var solidarisk opbygget var uden betydning.

¹⁶ Konkurrencestyrelsens afgørelser offentliggjort den 26. april 2000.

¹⁷ Jf. dom af 17.3.1993 i de forenede sager C-159/91 og C-160/91 (Poucet og Pistre).

¹⁸ Jf. dom af 16.11.1995 i sagen C-244/94 (Fédération française des Sociétés d'Assurance)

¹⁹ Jf. Dom af 21.9.1999 i sagen C-67/96 (Albany)

Boks 3.2: Erhvervsvirksomhed, jf. konkurrencelovens § 2

Følgende forhold kan tale for, at en aftale er omfattet af § 2, stk. 1:

- ☒ forsikringsselskabets aftalepart optræder som indkøber af forsikringer på vegne af medlemmer, ansatte mv.
- ☒ forsikringsselskabets aftalepart har påtaget sig oplysnings- og markedsføringsforpligtelser over for medlemmer, ansatte mv.
- ☒ forsikringsselskabets aftalepart modtager betaling for det arbejde, der udføres for forsikringsselskabet, fx markedsføringsbidrag, provision mv.
- ☒ der er ikke tale om et organ mv., der alene varetager en rent social funktion
- ☒ der er tale om et organ mv., der forvalter den formue, som indbetales af forsikringstagerne

Offentlig regulering, jf. § 2, stk. 2

Konkurrencebegrænsninger, der er en direkte eller nødvendig følge af offentlig regulering, er som indledningsvist nævnt ikke omfattet af konkurrencelovens forbud, jf. § 2, stk. 2.

Det er ikke Konkurrencerådet, men den myndighed mv., der har fastsat reguleringen, der skal afgøre, om en konkurrencebegrænsning er omfattet af § 2, stk. 2. Hvis der er tale om en konkurrencebegrænsning omfattet af § 2, stk. 2, kan Konkurrencerådet alene rette henvendelse til den pågældende myndighed og påpege mulige skadelige virkninger for konkurrencen, jf. § 2, stk. 5.

Konkurrencerådet har ikke foretaget sådanne henvendelser på forsikringsområdet efter konkurrenceloven, der trådte i kraft den 1. januar 1998. Konkurrencestyrelsen har imidlertid i en enkelt sag vedrørende en klage over Arbejdsmarkedets Erhvervs sygdomssikrings (AES) bidragsfastsættelse vurderet, at der ikke for Konkurrencerådet var grundlag for at rette en henvendelse efter § 2, stk. 5.

Baggrunden for klagen var, at medlemmerne af organisationen Bager- og Konditormestre i Danmark betaler et årligt bidrag til AES, der er ca. 8 gange så stort som det bidrag, der betales for ansatte i supermarkeder med egne bagerier. Ifølge organisationen forringer dette medlemmernes konkurrenceevne i forhold til supermarkederne. Bidraget fastsættes af AES i medfør af lov om sikring mod følger af arbejdsskade bl.a. ud fra arbejdsgiverens tilhørsforhold til en branche. Ved fastsættelse af bidraget tages der således ikke hensyn til arbejdsfunktionerne, idet dette endnu ikke var statistisk muligt.

Socialministeriet meddelte, jf. § 2, stk. 2, at bidragsfastsættelsen var en direkte eller nødvendig følge af lov om sikring mod følger af arbejdsskade. Ved vedtagelsen af loven i 1998 var Folketinget opmærksom på, at der i en

periode kunne være problemer omkring kriterierne for opkrævning af bidrag, herunder arbejdsfunktionerne. På denne baggrund var der ikke grundlag for, at Konkurrencerådet rettede henvendelse efter § 2, stk. 5.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at begrænsninger, der udspringer af offentlig regulering, ikke uden videre kan betragtes som nødvendige eller direkte følger heraf.

Lovgivningen stiller således på flere områder krav om, at der skal tegnes en lovpligtig forsikring – fx ansvarsforsikring for skader forvoldt af motorkøretøjer, ansvarsforsikring for skader forvoldt af hunde, arbejdsskedeforsikring, advokatansvarsforsikring, revisoransvarsforsikring mv.

De aftaler, som forsikringsselskaber måtte indgå med virksomheder, organisationer, privatpersoner mv., og som fastlægger vilkårene for tegning af lovpligtige forsikringer, er ikke undtaget i medfør af konkurrencelovens § 2, stk. 2. Som eksempel kan nævnes Konkurrencerådets afgørelse af 15. december 1999 vedrørende oliebranchens forsikringsordning. Der var her tale om etablering af en forsikringsordning mellem et forsikringsselskab og olie-selskaberne i Danmark. Forsikringsordningen havde til formål at opfylde et lovkrav om forsikringsdækning for olietanke på villagrunde. Aftalen, der regulerede forsikringsordningen, var ikke undtaget fra konkurrenceloven i medfør af lovens § 2, stk. 2.

Løn- og arbejdsforhold, jf. § 3

Konkurrenceloven omfatter ikke løn- og arbejdsforhold, jf. lovens § 3. Udgangspunktet er, at løn- og arbejdsforhold alene er undtaget i det omfang, at de er omfattet af det indbyrdes forhold mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Både forhold der er reguleret ved kollektiv overenskomst og ved individuelle aftaler mellem arbejdsgivere og arbejdstagere kan være omfattet af § 3.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har taget stilling til, om følgende forhold var løn- og arbejdsforhold undtaget fra konkurrenceloven:

- ? En fagforenings indgåelse af aftaler med et forsikringsselskab om tegning af forsikringer for og til medlemmerne
- ? En virksomheds/forenings indgåelse af aftaler med et forsikringsselskab om tegning af pensionsforsikringer for ansatte/medlemmer

Konkurrencerådet har ved afgørelser²⁰ i 2 sager vedrørende samarbejdsaftaler om formidling af forsikringer mellem ALKA Forsikring og fagforeningerne Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund og SID lagt til grund, at der ikke var tale om løn- og arbejdsforhold omfattet af § 3. Aftalerne omfatter

²⁰ Konkurrencerådets afgørelser af 23. februar og 29. marts 2000.

tegning af en kollektiv personsikring samt medlemmernes tegning af frivillige skadesforsikringer.

Forsikringerne var ikke aftalt eller betalt med bidrag fra arbejdsgiver. Aftalerne var heller ikke et resultat af aftaler indgået mellem arbejdsmarkedets parter, ligesom aftalerne omfatter forhold, der sikrer medlemmerne forsikring for andet end egne arbejdsforhold, og som derfor ligger ud over, hvad man må betragte som løn- og arbejdsforhold.

Rådets afgørelser svarer til EF-domstolens praksis. Der findes i traktaten ikke en tilsvarende bestemmelse som konkurrencelovens § 3, der undtager løn- og arbejdsforhold. Domstolen har imidlertid udtalt²¹, at aftaler, der indgås i forbindelse med kollektive forhandlinger mellem arbejdsmarkedets parter med henblik på at forbedre beskæftigelses- og arbejdsvilkårene, falder uden for traktatens artikel 81, stk. 1 (tidl. artikel 85, stk. 1). Udtalelsen understøtter dermed rådets vurdering af, at det bør tillægges vægt, om aftalerne er indgået i forbindelse med kollektive forhandlinger. Dette var ikke tilfældet i de danske sager.

Derimod har Konkurrencestyrelsen i en afgørelse²² meddelt forsikrings-selskabet Danica, at selskabets aftaler med forskellige virksomheder samt en brancheforening om tegning af lønrelaterede pensionsforsikringer er undtaget fra konkurrenceloven, jf. § 3. Der er her tale om pensionsordninger, som etableres af arbejdstagerne gennem deres arbejdsgiver. Etableringerne forudsætter, at der foreligger et ansættelsesforhold samt en aftale om etablering af pensionsordninger mellem arbejdsgiver og arbejdstager.

Selve pensionsindbetalingerne blev foretaget af arbejdsgiveren til forsikringsselskabet i forbindelse med lønudbetalingerne, og størrelsen af indbetalingerne var i de fleste tilfælde lønrelaterede, det vil sige at indbetalingens størrelse afhang af arbejdstagerens løn. En enkelt aftale, som omhandlede en obligatorisk arbejdsmarkedspensionsordning, udsprang endvidere af en kollektiv overenskomst mellem arbejdsmarkedets parter.

Endelig har Konkurrencestyrelsen i en afgørelse²³ meddelt Tryg-Baltica, at de dele af en aftale, som selskabet har indgået med Danmarks Landboudom om medlemmernes tegning af firmapensionsordninger er undtaget fra konkurrenceloven, jf. § 3. Præmien, der er fastsat som en procentdel af arbejdstagerens løn, hvoraf arbejdsgiveren betaler 2/3, opkræves af forsikringsselskabet hos arbejdsgiveren. Derimod fandt styrelsen ikke, at aftaler om medlemmernes (og ægtefællers) tegning af private gruppepensionsordninger er omfattet af § 3, idet disse ikke er indgået som led i et løn- og ar-

²¹ Jf. dom af 21.9.1999 i sagen C-219/97 (Maatschappij).

²² Konkurrencestyrelsens afgørelse offentliggjort den 26. april 2000.

²³ Konkurrencestyrelsens afgørelse offentliggjort den 31. maj 2000.

bejdsforhold eller som led i en overenskomst. De private pensionsordninger er heller ikke arbejdsgiverbetalte eller afhængige af lønforhold.

Boks 3.3: Løn- og arbejdsforhold

Følgende forhold kan tale for, at en aftale er omfattet af § 3:

- ☒ tegningen af forsikringer er et resultat af en aftale indgået mellem arbejdsmarkedets parter – fx en aftale om arbejdsmarkedspension – eller en aftale mellem arbejdsgiver og arbejdstager om etablering af forsikringer
- ☒ præmieindbetalingerne til forsikringsselskabet foretages af arbejdsgiveren – eventuelt i forbindelse med lønudbetalinger
- ☒ arbejdsgiveren bidrager til præmieindbetalingen
- ☒ præmieindbetalingerne er lønrelaterede
- ☒ forsikringen dækker primært arbejdsforholdet - fx vil en aftale om ansattes tegning af familieforsikringer ikke være omfattet af § 3

IV Konkurrencebegrænsende aftalevilkår

Formålet med konkurrenceloven er gennem virksom konkurrence at fremme en effektiv samfundsmæssig ressourceanvendelse. For at forbedre afsætnin-gen af produkter til potentielle forsikringstagere, indgår mange forsikrings-selskaber aftaler med organisationer, foreninger, virksomheder mv. Dette kan i sig selv være med til at fremme konkurrencen mellem forsikrings-selskaberne og resultere i et bredere produktudbud, større produktudvikling, bredere distribution, konkurrencedygtige præmier mv.

Forsikrings-selskaberne indgår også aftaler med konkurrenter eller poten-tielle konkurrenter. Det kan fx være gensidige aftaler om, at parterne for-midler hinandens produkter, således at en langt større potentiel kundekreds får kendskab til selskabernes produkter. Nogle af disse aftaler indeholder enkelte eller flere bestemmelser, som er konkurrencebegrænsende, fx be-stemmelser om markedsdeling, faste priser og rabatter, uopsigelighed mv. Ofte har parterne ikke ved aftalens indgåelse været tilstrækkelig opmærk-somme på de mulige skadelige virkninger, som disse bestemmelser kan hæ-ve på konkurrencen.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har ved gennemgangen af de aftaler, der er anmeldt efter konkurrenceloven, der trådte i kraft den 1. janu-ar 1998, særligt hæftet sig ved følgende forekommende bestemmelser, der omhandler:

- ? kunde-/markedsdeling
- ? mestbegunstigelsesklausuler
- ? provisioner, overskudsdeling mv.
- ? rabatter
- ? ret eller pligt til tegning
- ? eksklusivitet
- ? opsigelse

Der er tale om bestemmelser, som kan have virkning enten over for selve aftaleparterne, trediemand eller de personer, virksomheder mv., der tegner de forsikringer, som aftalerne vedrører. De anførte bestemmelser behøver ikke nødvendigvis at være konkurrencebegrænsende.

Selvom der måtte være tale om et aftalevilkår, der kan begrænse konkurren-cen, er det ikke givet, at vilkåret falder ind under forbudet i konkurrencelo-vens § 6, stk. 1. Som det fremgår af de afgørelser, som der refereres til næ-denfor, er det tilfældet i nogle situationer, at aftalerne ikke har sådanne mar-kedspåvirkninger, at der er tale om konkurrencebegrænsninger omfattet af § 6, stk. 1, fx hvis aftalen kun vedrører en meget beskedent del af markedet.

Kunde-/markedsdeling

Både i dansk konkurrenceret og i EU-retten er bestemmelser om kundedeling *hard core* konkurrencebegrænsninger, som normalt antages at have markedspåvirkning og at være omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6 hhv. traktatens artikel 81, stk. 1. Sådanne begrænsninger kan som udgangspunkt ikke fritages. Kun i helt særlige tilfælde, hvor der er væsentlige rationaliseringsgevinster og begrænset risiko for prissamordning, kan betingelserne for en individuel fritagelse være opfyldt. Bestemmelser om kunde-/markedsdeling bidrager til opdeling og afskærmning af markeder og kan være med til at fastfryse priser, ligesom nogle kunder kan blive afskåret fra at købe bestemte produkter

Konkurrencerådet har taget stilling til bestemmelser om kudedeling (eller bestemmelser, der har karakter heraf) i følgende sager:

- ? Aftale mellem Tryg-Baltica og KaB²⁴
- ? Aftale mellem Zurich Forsikring og en række pengeinstitutter²⁵

Konkurrencerådet har kun behandlet en sag, hvori der direkte var tale om kudedeling. Rådet påbød hele aftalen ophævet. Det drejede sig om en aftale indgået mellem Tryg-Baltica og KaB (Købstædernes almindelige Brandforsikring). Aftalen gav KaB ret til at benytte Tryg-Balticas salgsgorganisation. Tryg-Baltica og KaB havde aftalt at dele kunderne mellem sig efter en aftalt fordelingsnøgle. Aftalen begrænsede således både Tryg-Balticas og KaB's muligheder for indbyrdes at konkurrere om de samme kunder, ligesom aftalen forhindrede parterne i at tilbyde egne produkter til potentielle kunder, der var forbeholdt den anden part. En sådan kudedeling afskærer parterne fra en del af markedet og er omfattet af forbudet mod opdeling af markeder i konkurrencelovens § 6, stk. 2, nr. 3.

I et aftalesæt indgået mellem Zurich Forsikring og en række pengeinstitutter er der indeholdt en bestemmelse om forbud mod akkvisition (salg af forsikringer) på den anden parts kunder. Parternes produktområder var forskellige. Dette er ikke en egentlig kudedeling, men har karakter af at kunne være det, da pengeinstitutter og forsikringssselskaber er eller kan være potentielle konkurrenter på pensionsområdet, og produkterne kan være (delvis) substituerbare.

Umiddelbart er der derfor tale om, at parterne inden for et område har aftalt at dele kunderne mellem sig. De må ikke konkurrere om de samme kunder. Konkurrencerådet vurderede, at aftalen i det konkrete tilfælde ikke kunne tillægges en sådan markedspåvirkning, at konkurrencen på markedet begrænses. Rådet lagde vægt på Zurich Forsikrings lille markedsandel, et kort

²⁴ Konkurrencerådets afgørelse af 31. maj 2000.

²⁵ Se bl.a. Konkurrencerådets afgørelse af 26. januar 2000.

opsigelsesvarsel, samt at aftalen ikke er eksklusiv. Der blev endvidere lagt vægt på, at produktområderne ikke var sammenfaldende.

Boks 4.1: Kundedeling

Bestemmelser om kundedeling er som udgangspunkt uforenelige med Konkurrenceloven. Meget "små" aftaler kan dog ikke antages at have en sådan markedspåvirkning, at der er tale om en konkurrencebegrænsning omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

Mestbegunstigelsesklausuler

En mestbegunstigelsesklausul i en vertikal aftale giver den part, der er begunstiget, ret til mindst lige så fordelagtige vilkår, som tilbydes tredjemand. Det betyder, at den begunstigede fx har ret til samme pris, som tilbydes tredjemand, hvis denne er lavere.²⁶ Herved får den begunstigede part kendskab til markedsmæssige oplysninger om konkurrenterne, som denne måske ikke under normale omstændigheder ville have fået. Samtidig kan en sådan bestemmelse også indebære, at det ikke er muligt for konkurrenter at få adgang til markedet på andre og bedre vilkår end dem, som tilbydes den begunstigede.

Der har ikke være egentlige mestbegunstigelsesklausuler i de aftaler, som er anmeldt efter konkurrenceloven, der trådte i kraft den 1. januar 1998, og som Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har vurderet.

Konkurrencerådet har alene i følgende sag vurderet en bestemmelse, der har karakter af en mestbegunstigelsesklausul:

? Aftale mellem Zurich Forsikring og Djurslands Bank²⁷

Aftalen, som omhandler pengeinstituttets formidling af forsikringsselskabets forsikringer, indeholder en bestemmelse, der har karakter af en mestbegunstigelsesklausul. Der er tale om en bestemmelse, som forpligter Zurich Forsikring til at foretage en høring af Djurslands Bank, hvis Zurich Forsikring vil indgå en tilsvarende aftale med en andet pengeinstitut i pengeinstituttets primære geografiske område.

Problemet i denne sammenhæng er de beføjelser og den viden, som pengeinstituttet har i forbindelse med en sådan høring. Hvis der er tale om en vøret, og pengeinstituttet kan modsætte sig, at Zurich Forsikring indgår en

²⁶ En klausul, der har en vis lighed med en mestbegunstigelsesklausul, er en såkaldt engelsk klausul, som er en bestemmelse om, at aftaleparterne informerer hinanden om konkurrenters tilbud mv. Herved får den part, der modtager oplysninger, mulighed for altid at kunne tilbyde den anden part priser, tilbud mv., som enten er bedre eller modsvarer konkurrenternes.

²⁷ Konkurrencerådets afgørelse af 26. januar 2000.

ny aftale, kan dette hindre konkurrenters adgang til markedet, ligesom pengeinstituttet vil få kendskab til konkurrenters forhold, som det ellers ikke ville have adgang til. Rådet vurderede imidlertid, at en sådan veto - markedet og Zurich Forsikrings markedsandel taget i betragtning - næppe kan hindre adgangen til markedet, men alene muligheden for at kunne formidle Zurich-forsikringer, hvilket ikke er en mærkbar begrænsning af konkurrencen.

Boks 4.2: Mestbegunstigelsesklausuler

En bestemmelse, der har karakter af en mestbegunstigelsesklausul, og som begrænser konkurrencen på markedet – fx ved at begrænse konkurrenters adgang til markedet - er uacceptabel, medmindre den ikke har en sådan markedspåvirkning, at der er tale om en konkurrencebegrænsning omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

Provision, overskudsdeling, administrationsbidrag mv.

Særligt i de aftaler, som forsikringsselskaberne indgår med fx virksomheder, organisationer og foreninger om at formidle eller markedsføre forsikringsselskabets produkter over for ansatte og medlemmer, er der ofte indsat bestemmelser, som indebærer, at forsikringsselskabets aftalepart "belønnes" økonomisk. Bestemmelserne kan have vidt forskellige udformninger.

Bestemmelserne kan være udformet som en fast provision for hver forsikring, der tegnes gennem aftalen. Nogle aftaler omfatter en overskudsordning, hvor organisationen, virksomheden mv. får en vis andel af overskuddet, hvis skadeprocenten på de tegnede forsikringer er under et fastsat niveau.

I de tilfælde hvor forsikringsselskabets aftalepart fx har påtaget sig at administrere en forsikringsordning, modtager aftaleparten ofte et administrationsbidrag herfor. Det forekommer også, at forsikringsselskabets aftalepart har påtaget sig en forpligtelse til at markedsføre selskabets produkter. Dette modsvarer i nogle tilfælde af et bidrag til dækning af udgifterne til markedsføring.

Bestemmelser som disse kan have den virkning, at forsikringsselskabets aftalepart har en klar interesse i at fremme, at et så stort antal ansatte, medlemmer mv. tegner de forsikringer, som den pågældende aftale giver mulighed for. Sådanne bestemmelser behøver ikke at være konkurrencebegrænsende. Oftest er de medlemmer, ansatte mv., som aftalerne retter sig mod, frit stillet med hensyn til, om de ønsker at benytte sig af de tilbud, som aftalerne giver adgang til, ligesom det oftest er muligt for organisationen, virksomheden mv. enten at indgå lignende aftaler med andre forsikringsselskaber eller forholdsvist hurtigt at opsige aftalen.

Hvis der er tale om en loyalitetsskabende bonus, kan denne dog være med til at begrænse konkurrencen på markedet og kan dermed være omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6. En loyalitetsskabende bonus kan fx være en væsentlig bonus, der udløses, når en aftalepart har solgt/formidlet et vist antal forsikringer. En sådan form for bonus kan bl.a. skabe adgangsbarrierer til markedet og forskubbe den naturlige konkurrence væk fra de egentlige konkurrenceparametre (pris og kvalitet).²⁸

Konkurrencestyrelsen har ikke i forbindelse med behandlingen af de forsikringsaftaler mv., der er anmeldt efter konkurrenceloven, der trådte i kraft den 1. januar 1998, vurderet nogen aftaler med loyalitetsskabende bonus.

Boks 4.3: Provisioner, overskudsdelinger mv. i aftaler med foreninger mv.

Bestemmelser af denne karakter har sjældent konkurrencebegrænsende virkninger på markedet, enten fordi bestemmelserne ikke har nogen selvstændig indflydelse på konkurrencen, eller fordi aftalens øvrige bestemmelser begrænser virkningerne heraf.

Der må dog i hvert enkelt tilfælde foretages en vurdering af den pågældende bestemmelse, herunder sammenholdt med aftalens øvrige bestemmelser, ligesom det må vurderes, om bestemmelsen har en sådan markedspåvirkning, at der er tale om en konkurrencebegrænsning omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

Rabatter

Rabatter er en velkendt metode for virksomheder til at skabe præferencer for netop deres produkter. Rabatter kan tilskynde kunderne til at tegne "rabatforsikringer" i de rabatgivende selskaber, hvilket kan bevirke, at andre selskaber begrænses i deres muligheder for at tilbyde disse kunder forsikringer

☞ Individuel rabat

Forsikringsselskaberne anvender forskellige rabatformer, fx totalkunde- eller kernekunderrabatter, som går ud på, at jo flere forsikringer, man samler i ét selskab, jo større rabat kan man opnå. Disse kaldes også for samlerrabatter og minder om mængderabatter (uden dog at være det), hvor mængden er den porteføljestørrelse og det antal forsikringer, forsikringstageren/gruppen tilfører selskabet.

²⁸ I Konkurrencerådets afgørelse af 24. marts 1999 vedrørende Realkredit Danmarks aftale med en række pengeinstitutter påbød Konkurrencerådet en bestemmelse om bonusmål i aftalen ophævet, da den var loyalitetsskabende, idet den skabte barrierer for andres adgang til markedet, hvorved den var konkurrencebegrænsende.

Set ud fra et konkurrenceretligt synspunkt kan der være betænkeligheder ved, at forsikringsselskaber stiller som vilkår for tegning af forsikringer, at samtlige forsikringer tegnes i det samme selskab. Dette er med til at begrænse forsikringstagernes mobilitet på markedet og kan bidrage til en fastlåsning af konkurrencesituationen på markedet. At denne form for binding af forsikringstagerne til ét enkelt forsikringsselskab kan være betænkelig, er dog ikke ensbetydende med, at et sådant vilkår altid er i strid med konkurrenceloven.

☞ Grupperabat

Det forekommer ofte, jf. foranstående om provisioner mv., at potentielle forsikringstagere, der har en tilknytning til fx en forening, organisation eller virksomhed, kan opnå rabat, hvis de tegner forsikring i et bestemt forsikringsselskab, som foreningen mv. har indgået aftale med. Rabatten kan fx opnås på baggrund af, at gruppen udgør en homogen gruppe, som er nem at administrere og beregne risikoprofil på, eller på baggrund af gruppens volumen. Rabatten kan gives til den enkelte som en procentreduktion af præmien eller samlet til gruppen i form af nedsat præmie.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har bl.a. i følgende sager vurderet forskellige *rabatformer* :

- ? aftale mellem Codan Forsikring og Ældre Sagen²⁹ og aftaler mellem Codan Forsikring og en række private virksomheder, organisationer, foreninger mv.³⁰
- ? Aftaler mellem ALKA og Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund og SID³¹ samt aftaler mellem ALKA og andre fagforbund³²
- ? Aftale mellem Tryg-Baltica og Dansk Familielandbrug om Familielandbrugets Forsikringsprogram³³

Aftalen mellem Codan Forsikring og Ældre Sagen indebærer, at medlemmerne ud over at kunne tegne særlige forsikringer udviklet til medlemmerne også kan tegne skadesforsikringer med fastsatte rabatter. Rabatbestemmelserne fandtes ikke at være konkurrencebegrænsende. Tilbudet om tegning af forsikringer med rabat er åbent for alle medlemmer, ligesom det er frivilligt for medlemmerne, om de ønsker at benytte sig af tilbudet. Andre forsikringsselskaber kan således frit tilbyde medlemmerne forsikringer. Samme vurdering blev lagt til grund for Konkurrencestyrelsens afgørelser i de øvrige aftaler, som Codan Forsikring har indgået med diverse organisationer mv.

²⁹ Konkurrencerådets afgørelse af 26. januar 2000.

³⁰ Konkurrencestyrelsens afgørelser offentliggjort den 26. januar og 23. februar 2000.

³¹ Konkurrencerådets afgørelser af henholdsvis 23. februar og 29. marts 2000.

³² Konkurrencestyrelsens afgørelser offentliggjort den 26. april 2000.

³³ Konkurrencestyrelsens afgørelse offentliggjort den 26. april 2000.

Aftalerne mellem ALKA og de forskellige fagforbund giver medlemmerne mulighed for at tegne individuelle forbundsforsikringer (forsikringer specielt til medlemmer af det pågældende forbund) med rabat m.m. Konkurrencerådet vurderede i sine afgørelser, at dette ikke er konkurrencebegrænsende, da tegningen af forsikringerne er frivillig for medlemmerne, og andre selskaber ikke hindres i at tilbyde medlemmerne de samme vilkår. Samme betragtninger blev lagt til grund i Konkurrencestyrelsens efterfølgende afgørelser i en række lignende sager.

Tryg-Balticas aftale med Dansk Familielandbrug om Familielandbrugets Forsikringsprogram giver medlemmerne ret til at tegne forsikringer med rabat. Konkurrencestyrelsen vurderede, at dette ikke er konkurrencebegrænsende og lagde vægt på, at det er frivilligt for medlemmerne, om de vil benytte sig af ordningen, og at ikke-medlemmer kan tegne de samme forsikringer (dog uden rabat).

✎ Aftalte rabatter mellem konkurrenter

Aftaler mellem konkurrenter om rabatter er direkte omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1, jf. stk. 2, nr. 1 – også selvom de kun måtte være vejledende. Det kan fx være aftaler om, at man ikke yder rabatter, eller at man fastsætter ensartede eller maksimale rabatter mv. Aftaler af denne karakter begrænser konkurrencen mellem konkurrenterne og dermed tilskyndelsen til individuelle tilpasninger af rabatter.

Som udgangspunkt må rabataftaler mellem konkurrenter på forsikringsområdet vurderes på samme måde som rabataftaler på alle andre områder. At forsikringsprodukter generelt er komplicerede og kan være vanskelige at gennemskue kan muligvis føre til en skærpet vurdering af aftalernes virkning. Der er i hvert fald ikke særlige forhold på forsikringsområdet, der umiddelbart kan føre til, at rabataftaler på netop dette område bør accepteres.

Konkurrencerådet har taget stilling til aftalte rabatter mellem konkurrenter i følgende sag:

? Aftale om eleftersyn på landbrugsejendomme³⁴

Konkurrencerådet gav i denne sag påbud om, at en bestemmelse om ens rabatter aftalt mellem 6 forsikringsselskaber og Elinstallatørernes Landsforening ELFO skulle ophæves. Aftalen indebar, at landmænd, hvis ejendomme var forsikret i et af de deltagende forsikringsselskaber, kunne opnå en rabat på bygningsbrandforsikringen, hvis der blev foretaget et eleftersyn på ejendommen. Konkurrencerådet vurderede, at en aftale om, at alle forsikringsselskaberne gav samme procentvise rabat, var konkurrencebegrænsende.

³⁴ Konkurrencerådets afgørelse af 21. juni 2000.

de og unødvendig for at opnå de fordele, som der var forbundet med selve ordningen.

Boks 4.4: Rabatter

Udgangspunktet er, at der ikke er noget til hinder for, at et forsikrings-selskab giver rabat til sine kunder ved tegning af forsikringer. Med forbehold for at den endelige vurdering vil være konkret og bl.a. afhænge af markeds-påvirkningen, kan følgende anføres:

Det er tilladt,

- ☒ at give rabatter til individuelle kunder, der fx samler alle deres forsikringer eller et vist antal forsikringer i ét forsikrings-selskab
- ☒ at give rabatter til kunder, som tilhører en bestemt gruppe, fx fagfor-ening eller lignende

Det er ikke tilladt,

- ☒ at indgå aftaler mellem konkurrenter om fx faste, maksimale eller ers-artede rabatter til forsikringstagerne

Ret eller pligt til tegning

Når der ses bort fra lovpligtige obligatoriske forsikringer (fx lovpligtig ansvarsforsikring på motorkøretøjer eller for hunde mv.), er det i langt de fleste tilfælde frivilligt, dels om en person eller en virksomhed ønsker at tegne forsikring, og dels i hvilket selskab forsikringen i givet fald skal tegnes. Frivillighed fremmer valgmulighederne og er vigtig af hensyn til forsikringstageres mobilitet og dermed de effektive forsikrings-selskabers mulighed for at tiltrække nye kunder.

Aftaler indgået mellem forsikrings-selskaber og organisationer, virksomheder mv., der forpligter medlemmer mv. til at tegne visse forsikringer i ét bestemt selskab, afskærer andre forsikrings-selskabers muligheder for at tilbyde disse kunder forsikringstegning – også selvom dette måtte være på mere fordelagtige vilkår.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har vurderet flere aftaler mellem forsikrings-selskaber og organisationer, forbund mv., hvor spørgsmålet om hvorvidt medlemskab af den pågældende gruppe var obligatorisk eller frivilligt, og om medlemskabet medførte en pligt eller en ret til at tegne den pågældende forsikring, var aktuelt.

Konkurrencerådet har taget stilling til spørgsmålet om *ret eller pligt* til at tegne forsikring i følgende sager:

? Aftale mellem ALKA og Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund³⁵

³⁵ Konkurrencerådets afgørelse af 23. februar 2000.

- ? Aftale mellem ALKA og SID³⁶
- ? Aftale mellem Topdanmark og Praktiserende Arkitekters Råd³⁷

I aftalen mellem ALKA og Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund er det obligatorisk for medlemmerne at være omfattet af en kollektiv personsikring, mens det er frivilligt, om medlemmerne vil tegne individuelle forbundsforsikringer. Aftalens obligatoriske del begrænser andre forsikringsselskabers muligheder for at trænge ind på markedet. Konkurrencerådet vurderede dog, at aftalen ikke har en sådan markedspåvirkning, at konkurrencen på markedet begrænses. Rådet lagde vægt på parternes markedsandele, som er begrænsede, og at det er muligt for medlemmerne at tegne supplerende personforsikringer i andre selskaber.

For så vidt angår den frivillige del af aftalen, er denne heller ikke konkurrencebegrænsende, selvom den tilskynder medlemmerne til at tegne forsikringerne i ALKA og dermed kan begrænse andre selskabers muligheder for at kunne tiltrække forbundets medlemmer, hvis de ikke kan tilbyde bedre vilkår. Der blev også her lagt vægt på ALKA's markedsandel, og at det er frivilligt for medlemmerne, om de vil tegne de pågældende forsikringer. Der blev endvidere lagt vægt på det antal forsikringer, der er tegnet i henhold til aftalen.

Afgørelsen vedrørende aftalen mellem ALKA og SID er stort set identisk med aftalen med Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund. Den største forskel er, at hele forsikringskomplekset er frivilligt for medlemmerne af SID.³⁸

I aftalen mellem Topdanmark og Praktiserende Arkitekters Råd vurderede Konkurrencerådet, at den pligt, der var for medlemmerne til at tegne en professionel ansvarsforsikring i Topdanmark og overflytte professionelle ansvarsforsikringer tegnet i andre selskaber til Topdanmark, var konkurrencebegrænsende. Den professionelle ansvarsforsikring tegnes typisk af de liberale erhverv (fx advokater, revisorer, arkitekter og ingeniører) og dækker ansvar pådraget som følge af rådgivning eller en arbejdspræstation.

Hvis medlemmerne valgte at opsigte den professionelle ansvarsforsikring i Topdanmark indebar dette automatisk, at medlemskabet af foreningen ophørte. Et medlemskab af foreningen er ikke en forudsætning for udøvelse af erhverv som selvstændig praktiserende arkitekt, men det var rådets opfattelse, at et medlemskab for en væsentlig gruppe af arkitekter måtte antages at

³⁶ Konkurrencerådets afgørelse af 29. marts 2000.

³⁷ Konkurrencerådets afgørelse af 31. maj 2000. Afgørelsen er anket den 22. juni 2000. På nuværende tidspunkt foreligger der ingen afgørelse fra Konkurrenceankenævnet.

³⁸ Det samme gælder de resterende aftaler indgået mellem ALKA og LO-fagforbundene (afgørelser offentliggjort den 26. april 2000).

være af betydning, og at de derfor næppe ville melde sig ud af foreningen alene for at tegne forsikring i et andet selskab.

Bestemmelserne om pligten for medlemmerne til at tegne forsikring i Topdanmark blev påbudt ophævet. Det var rådets vurdering, at denne pligt begrænsede andre forsikringsselskabers muligheder for at tilbyde medlemmerne professionelle ansvarsforsikringer, og at medlemmerne havde begrænsede muligheder for at opsigse forsikringen i Topdanmark på grund af de konsekvenser, en opsigelse af forsikringen ville have for medlemsskabet af foreningen.

Den obligatorisk tegning af den professionelle ansvarsforsikring i Topdanmark kunne ikke anses for at være nødvendig for at opnå de fordele, som ordningen indebar for medlemmerne. Hvis der er tale om et konkurrence-dygtigt forsikringsprodukt, må sandsynligheden for, at medlemmerne vælger at skifte forsikringsselskab, være beskedent.

Boks 4.5: Ret eller pligt

Det bør som hovedregel være frivilligt, dels om en person eller virksomhed ønsker at tegne forsikring, og dels i hvilket selskab forsikringen i givet fald skal tegnes. Aftaler, der indebærer en forpligtelse for de omhandlede personer mv. til at tegne forsikring i ét bestemt selskab, er som udgangspunkt uacceptable, medmindre aftalens markedspåvirkning er så beskedent, at der ikke er tale om en konkurrencebegrænsning omfattet af forbudet i konkurrence-lovens § 6, stk. 1.

Eksklusivitet

Aftaler, der afskærer den ene eller begge parter fra at indgå aftaler med andre - hvad enten de er af lignende karakter eller ej - begrænser parternes aftalefrihed og dermed deres muligheder for at indgå konkurrerende samarbejder. Eksklusiviteten kan også være udformet således, at fx forsikringsselskabet ikke må tilbyde de af aftalen omfattede forsikringsprodukter til anden side.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har vurderet spørgsmål om eksklusivitet i flere aftaler, bl.a. i følgende:

- ? Aftale mellem Tryg-Baltica og KaB³⁹
- ? Aftale mellem Codan Forsikring og Ældre Sagen⁴⁰
- ? Aftale om eleftersyn på landbrugsejendomme⁴¹
- ? Aftaler mellem Tryg-Baltica og De danske Landboforeninger og Dansk Familielandbrug⁴²

³⁹ Konkurrencerådets afgørelse af 31. maj 2000.

⁴⁰ Konkurrencerådets afgørelse af 26. januar 2000.

⁴¹ Konkurrencerådets afgørelse af 21. juni 2000.

I aftalen mellem Tryg-Baltica og KaB (Købstædernes almindelige Brandforsikring) vurderede Konkurrencerådet, at aftalens eksklusive karakter var konkurrencebegrænsende, og rådet påbød aftalen ophævet. Tryg-Baltica måtte ikke uden KaB's samtykke indgå aftaler om samarbejde med en anden forsikringsvirksomhed, som begrænsede KaB's mulighed for nytegning af brandforsikringer. KaB måtte ikke drive nogen virksomhed eller indgå i samarbejde med andre, hvorved der etableredes konkurrence med den for Tryg-Baltica forbeholdte virksomhed (alt andet end bygningsbrandforsikring). Parterne havde aftalt (aktuelt og potentielt) ikke at konkurrere med hinanden eller etablere konkurrence på de områder, der var forbeholdt den anden part.

I aftalen mellem Codan Forsikring og Ældre Sagen vurderede Konkurrencerådet, at en bestemmelse, der forhindrer forsikringsselskabet i at sælge nogle forsikringsprodukter, som er særligt udviklet til medlemmerne af Ældre Sagen, ikke var konkurrencebegrænsende. Konkurrencerådet lagde vægt på, at denne begrænsning ikke forhindrer forsikringsselskabet i at tilbyde andre forsikringer til anden side, der kan substituere de forsikringer, der er udviklet til medlemmerne af Ældre Sagen, ligesom ældre, der måtte ønske de særligt udviklede forsikringsprodukter, kan melde sig ind i Ældre Sagen og derved få adgang hertil.

Aftalen om eleftersyn på landbrugsejendomme, der var indgået mellem 6 forsikringsselskaber og Elinstallatørernes Landsforening ELFO, indeholdt oprindeligt en bestemmelse om eksklusivitet. Denne bestemmelse indebar, at ELFO ikke måtte indgå lignende aftaler med andre forsikringsselskaber. Det var Konkurrencerådets holdning, at bestemmelsen om eksklusivitet var konkurrencebegrænsende, fordi andre forsikringsselskaber, der ikke var med i ordningen, var afskåret fra at indgå et organiseret samarbejde om eleftersyn på landbrugsejendomme i konkurrence med den eksisterende ordning, eftersom ELFO organiserer 80% af de danske elinstallatører. Parterne reviderede aftalen umiddelbart inden, at Konkurrencerådet tog stilling til aftalen, og flere bestemmelser udgik af aftalen, herunder bestemmelsen om eksklusivitet. Der var derfor ikke baggrund for at påbyde bestemmelsen om eksklusivitet ophævet.

I Tryg-Balticas aftaler med De danske Landboforeninger og med Dansk Familielandbrug vurderede Konkurrencestyrelsen, at aftalernes eksklusivbestemmelser ikke er konkurrencebegrænsende. Tryg-Baltica må ifølge aftalerne ikke tilbyde de omhandlede produkter med rabat til interesserede uden for foreningerne. Foreningerne må ikke indgå tilsvarende aftaler med andre forsikringsselskaber. Ingen medlemmer af foreningerne er omfattet af eksklusiviteten. Konkurrencestyrelsen lagde i sin vurdering vægt på, at det er

⁴² Konkurrencestyrelsens afgørelse offentliggjort den 26. april 2000.

frivilligt for medlemmerne, om de ønsker at benytte sig af tilbudet om tegning af forsikring, at tilsvarende produkter udbydes af andre selskaber, og at aftalerne ikke har en sådan markedspåvirkning, at konkurrencen derved begrænses.

Boks 4.6: Eksklusivitet

Bestemmelser om eksklusivitet er som udgangspunkt konkurrencebegrænsende og i strid med konkurrenceloven. Følgende forhold kan dog tale for, at eksklusivitet kan accepteres:

- ✗ eksklusiviteten omfatter produkter, der nemt kan substitueres,
- ✗ eksklusiviteten omfatter kun virksomheden mv. og ikke de personer, ansatte mv., der er ansat/medlemmer af den forening mv., der har indgået aftalen (dvs. det er frivilligt for medlemmerne af foreningen, om de vil benytte sig af aftalens tilbud)
- ✗ den part, som eksklusiviteten retter sig mod, kan med kort varsel opsiges aftalen

aftalen ikke kan antages at have en sådan markedspåvirkning, at der er tale om en konkurrencebegrænsning omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, stk. 1.

Generelle opsigelsesbestemmelser

Aftaler mellem forsikringsselskaber og forbrugere indgås typisk for en vis periode og ”på opsigelse”, dvs. at aftalen forlænges med fx et år ad gangen, medmindre den opsiges. Typisk kan almindelige forbrugerforsikringsaftaler opsiges med 1 måneds varsel til hovedforfaldsdag.⁴³ Opsigelsesvarsler er vigtige. Lange opsigelser hæmmer konkurrencen på markedet, hvis aftalparterne ikke kan komme ud af indgåede aftaler for evt. at indgå ny aftaler med andre. Generelt gælder, at forsikringstager ikke opnår nogen fordel ved at tegne flere forsikringer på samme tid, der dækker samme risiko. Forsikringstageren kan ikke få dobbelt erstatning, selvom han betaler præmie til to selskaber. Dette begrænser mobiliteten og fleksibiliteten på markedet, og mulighederne for produktudvikling og hermed forbrugernes reelle valgmuligheder. Adgangen til markedet reduceres, fordi forbrugerne ikke kan frigøre sig fra deres eksisterende aftaler og tegne nye forsikringer i andre selskaber.

Opsigelsesvarsler forekommer i aftaler mellem

- ? forsikringsselskaber og forsikringstagere (forbrugere og virksomheder)
- ? forsikringsselskaber og virksomheder mv. (formidlere m.fl.)
- ? forsikringsselskaber imellem

⁴³ Det kan også forekomme, at aftalen kan opsiges ved anmeldelse af en skade mv. Dette gælder både fra selskabet som forbrugeren.

De opsigelsesvarsler, som Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har behandlet ved gennemgangen af de anmeldte sager, har primært været aftalt mellem forsikringsselskaber og virksomheder. Fx i de aftaler, der er indgået om formidling af eller rabat på forsikringer for virksomhedernes ansatte eller foreningernes medlemmer, samt i aftaler mellem forsikringsselskaber.

Forsikringsselskaber og forbrugere

Der har ikke været anledning til konkret at behandle de opsigelsesvilkår, der er aftalt mellem forsikringsselskaber og forbrugere, og som gælder i de enkelte policer. Varslerne er stort set identiske i de forskellige selskaber, uden at dette lader til at være aftalt mellem selskaberne.⁴⁴

Forbrugerne kan i de fleste tilfælde kun opsiges deres police til hovedforfaldsdag med en måneds varsel. Private forsikringstagere har således oftest fra 1 måned til 13 måneders varsel afhængigt af, hvor opmærksomme de er på fristerne.⁴⁵

I England er der et lovpligtigt opsigelsesvarsel på 1 måned. De nærmere vilkår er ikke oplyst. Ét enkelt forsikringsselskab i Danmark har et almindeligt opsigelsesvarsel på 14 dage løbende. For de forsikringstagere, der er i selskabet, betyder det, at de har langt bedre mulighed for at skifte selskab, da de ikke er underlagt en 11 måneders passiv periode. Så længe der kun er ét selskab, der har et så kort varsel, er virkningen på mobiliteten imidlertid begrænset.

Ulempen ved lange opsigelsesvarsler er, at forsikringstagerne ikke kan benytte sig af bedre tilbud fra andre selskaber i opsigelsesperioden,⁴⁶ hvilket hæmmer forsikringstagerens mobilitet, hvilket igen er med til at begrænse efterspørgslen efter nye produkter og dermed adgangen til og konkurrencen på markedet. Forbrugerne kan tegne en forsikring, der træder i kraft på det tidspunkt, hvor den gamle forsikring ophører. Forbrugerne går således glip af en eventuelt lavere præmie eller bedre vilkår i mellemprioriteten. Samme betragtninger gør sig gældende mht. aftaler med hhv. virksomheder mv. og konkurrenter.

Der kan også være fordele ved de lange opsigelsesvarsler. Færre opsigelser medfører lavere omkostninger og lavere præmier forudsat konkurrencepresset er hårdt nok. Selskaberne får bedre kendskab til risiko og spredning over

⁴⁴ Bortset fra de tilfælde hvor der mellem selskaberne er aftalt opsigelsesvarsler i standardvilkår, som fx i Familiens Basisforsikring.

⁴⁵ Der er her set bort fra de opsigelsesbestemmelser, der gælder, når der sker skader.

⁴⁶ Dette har især betydning for de forsikringer, der ikke er kumulative, hvor det ikke kan betale sig at have mere end én af de pågældende forsikringer, når man ikke kan få erstatning fra alle forsikringerne.

en længere periode mv., og de eksisterende selskaber kan i det hele taget planlægge mere langsigtet. For forbrugerne kan det også være betryggende, at forsikringsselskaberne ikke kan opsige aftalerne med kort varsel. Varslet over for forbrugerne behøver dog ikke være det samme, som disse har over for selskaberne.

Med henblik på forbrugernes mobilitet på markedet gælder, at jo kortere varsler, des bedre. Derved vil man skabe pres på selskaberne for at holde høje præmier.

Konkurrencerådet har som nævnt ikke haft lejlighed til at vurdere de direkte opsigelsesbestemmelser mellem forbrugere og selskaber.

Forsikringsselskaber og virksomheder mv.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har behandlet en række aftaler mellem forsikringsselskaber og virksomheder mv., hvor der er taget stilling til opsigelsesvarslernes længde. Der er tale om aftaler, der især vedrører formidling af og rabat på forsikringer, samt særlige vilkår for medlemmer af fx foreningen (virksomheden).

Opsigelsesbestemmelser, der er aftalt mellem forsikringsselskaber og virksomheder mv. i de aftaler, som fx foreninger indgår på medlemmernes vegne, om rabat eller formidling, vil som udgangspunkt kun gælde direkte mellem aftalparterne, og forsikringstagerne vil ikke være bundet længere end det varsel, der er fastsat i den enkelte police. Imidlertid kan opsigelsesvarslerne have indirekte virkning over for forsikringstagerne. Dette er fx tilfældet, hvis det i aftalen mellem forsikringsselskabet og virksomheden/foreningen er aftalt, at forsikringsvilkårene og præmiens størrelse forudsætter en gruppe af en vis størrelse. Her kan det være nødvendigt for såvel selskab som for virksomhed at have et varsel af en vis længde, for enten at få gruppen tilbage til den forudsatte størrelse eller tilpasse forsikringsvilkårene til den nye situation. Endvidere kan den indirekte virkning over for medlemmer mv. være, at foreningen mv. i perioden ikke vil kunne indgå aftaler med andre selskaber om tilsvarende forsikringer. Typisk vil medlemmet dog selv kunne indgå forsikringsaftaler med andre selskaber.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har behandlet spørgsmål om opsigelsesvarsler i følgende sager:

- ? ALKA's aftale med Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund⁴⁷
- ? Tryg-Balticas aftaler med hhv. De danske Landboforeninger og Dansk Familielandbrug⁴⁸

⁴⁷ Konkurrencerådets afgørelse af 23. februar 2000.

⁴⁸ Konkurrencestyrelsens afgørelser offentliggjort hhv. den 31. maj og 26. april 2000.

I Konkurrencerådets afgørelse vedrørende ALKA's aftale med Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund om obligatorisk kollektiv personsikring er opsigelsesvarslet 6 måneder til en 1. januar, dvs. op til 18 måneder. Medlemmer af forbundet kan ikke selv opsiges forsikringen.⁴⁹ Et varsel af denne længde kan være konkurrencebegrænsende, da forbundet derved forhindres i i perioden at flytte sine forsikringer til et andet selskab, men Konkurrencerådet vurderede, at aftalen ikke kunne antages at have en sådan markedspåvirkning, at der var tale om en konkurrencebegrænsende aftale som omfattet af konkurrencelovens § 6. Rådet lagde herved vægt på, at parterne kunne have brug for en vis periode til at afvikle samarbejdet i, at aftalen kun omfatter et fåtal af personer, samt at ALKA har en markedsandel på under 3 % af markedet som helhed. Med et større antal obligatorisk forsikrede medlemmer ville aftalen have en stærkere markedspåvirkning.

I Tryg-Balticas aftaler med hhv. De danske Landboforeninger og Dansk Familielandbrug var opsigelsesvarslerne i begge aftaler 6 måneder til en 31. december, dvs. også op til 18 måneder. Konkurrencestyrelsen vurderede, at opsigelsesvarslet ikke er konkurrencebegrænsende. Styrelsen lagde herved vægt på, at parternes samarbejde ville kræve en vis periode til at blive afviklet i, samt at medlemmerne af foreningernes benyttelse af ordningen er frivillig.

Ved beskrivelsen af opsigelsesvarsler overfor forbrugerne og virksomheder mv. er der set bort fra den virkning, opsigelsesvarsler kan have, hvis aftalen pålægger medlemmerne eller de ansatte at tegne forsikring i det pågældende selskab, eller hvis aftalerne er eksklusive.⁵⁰

Som nævnt ovenfor retfærdiggør forsikringsselskaberne de lange opsigelsesvarsler med, at det medfører lavere omkostninger og dermed lavere præmier, bedre kendskab til porteføljens størrelse, risiko og spredning af denne over en længere periode mv., end hvis forsikringstagerne mv. kan opsiges aftalerne med meget kort varsel. Det er dog ikke de samme forhold, der gør sig gældende i disse former for aftaler som i aftalerne mellem forsikringsselskaber og forsikringstagere. Forbrugerne handler på egne vegne, mens virksomhederne mv. handler på vegne af en gruppe. Derved er der en bedre balance mellem forsikringsselskaberne og virksomhederne mv., end der er mellem forsikringsselskaberne og forbrugerne, og det må forventes, at aftalerne mellem forsikringsselskabet og virksomheden er kommet i stand efter forhandlinger mellem parterne, hvor begges behov er tilgodeset. Overfor forbrugerne er processen mere præget af ensidighed, hvor selskabet groft

⁴⁹ Medlemmerne af Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund forpligtelse til at være omfattet af den mellem ALKA og Dansk Frisør og Kosmetiker Forbund aftalte forsikring var ikke omfattet af de anmeldte aftaler og blev ikke vurderet af Konkurrencerådet.

⁵⁰ Disse problemer er særskilt behandlet ovenfor under afsnittet "Ret eller pligt" og "Eksklusivitet"

sagt tilbyder forbrugeren en forsikring, som vedkommende kan tegne eller lade være.

De aftaler mellem forsikringselskaber og virksomheder mv., som Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har vurderet, har i de fleste tilfælde indeholdt et varsel på 6 måneder til udgangen af et kalenderår, hvilket er blevet accepteret. Det er dog ikke kun opsigelsesvarslene som sådan, der er blevet vurderet og accepteret, men aftalen som helhed, hvor helhedsvurderingen også omfatter spørgsmål vedrørende opsigelsesvarslernes længde. Ingen aftaler er hverken blevet vurderet som værende eller ikke værende konkurrencebegrænsende alene på grund af opsigelsesvarslernes længde.

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har i sine vurderinger bl.a. lagt vægt på, at parterne kan have brug for en vis periode til at afvikle det bestående samarbejde i. Perioden skal være objektivt begrundet, fx med investeringer i fælles edb-anlæg, udvikling af fælles software etc. Endvidere er der lagt vægt på, at det har været frivilligt for dem, der er omfattet af aftalen (ansatte, medlemmer mv.), om de ønsker at tegne den pågældende forsikring, og at forsikringstagerne har mulighed for at opsiges den individuelt tegnede forsikring i henhold til selskabernes almindelige opsigelsesregler.

Boks 4.7: Opsigelsesvarsler mellem forsikringselskaber og virksomheder

Typiske opsigelsesvarsler er ”6 måneder til en 31. december” eller ”6 måneder til udgangen af en måned.”

Følgende forhold kan tale for accept af et varsel af en vis længde:

- ☒ parterne har brug for en vis periode til afvikling af samarbejdet
- ☒ forsikringstagerne kan opsiges forsikringer tegnet i henhold til den indgåede aftale med forsikringselskabets almindelige kortere varsel
- ☒ det er frivilligt for forsikringstagerne, om de vil tegne forsikringen

Aftaler mellem forsikringselskaber

Ved aftaler mellem forsikringselskaber skal der sondres mellem genforsikringsaftaler, poolordninger og egentlige aftaler mellem konkurrerende forsikringselskaber.

I aftaler mellem konkurrenter stilles der skarpere krav til opsigelsesvarslernes længde. Afhængigt af hvilket indhold aftalen har, kan der være tale om begrænsninger af konkurrencen, hvilket i sig selv er i strid med konkurrenceoven. Hvis konkurrenter ikke kan komme ud af et aftaleforhold med et

rimeligt varsel, hæmmes konkurrencemulighederne til skade for konkurrencen.⁵¹

Konkurrencerådet har behandlet følgende aftaler mellem forsikringsselskaber:

? Tryg-Balticas aftale med KaB⁵²

? FSO's vedtægter⁵³

I Konkurrencerådes afgørelse vedrørende en samarbejdsaftale mellem Tryg-Baltica og KaB påbød Konkurrencerådet hele aftalen ophævet. Aftalen var eksklusiv og uopsigelig i 15 år, hvilket i følge rådets vurdering var konkurrencebegrænsende.

I Konkurrencerådets afgørelse vedrørende FSO's vedtægter påbød Konkurrencerådet opsigelsesvarslet for udtræden af foreningen nedsat fra 12 måneder til en 31. december, dvs. op mod 24 måneder, til 9 måneder løbende. FSO er et samarbejde mellem forsikringsselskaber især med henblik på at foretage taksering af ejendomme inden de antages til forsikring, opgørelse af bygningsskader m.m. Et varsel på op mod 24 måneder blandt selskaber, der ønsker at udtræde af samarbejdet, unødvendigt længe til FSO. Et varsel på 9 måneder løbende blev anset for nødvendigt henset til FSO's virke.

Bestemmelser om opsigelsesvarsler mellem forsikringsselskaber må som udgangspunkt vurderes som andre aftaler mellem virksomheder på samme omsætningsled. Udgangspunktet for opsigelsesvarslers længde må være, at jo kortere des bedre. Varslerne må ikke være længere end nødvendigt, hvilket vil afhænge af en vurdering i den konkrete situation.

Boks 4.8: Opsigelsesvarsler i aftaler mellem forsikringsselskaber

Jo kortere des bedre afhængigt af den konkrete situation, herunder samarbejdets omfang og indhold.

I samarbejder om fx innovation, hvor selskaberne prøver at skabe nye produkter m.m., og i samarbejder mellem selskaber med små markedsandele, kan opsigelsesvarsler af længere varighed bedre accepteres end i aftaler mellem selskaber med store markedsandele.

⁵¹ Til sammenligning kan nævnes bekendtgørelse nr. 352 af 15. maj 2000 vedrørende gruppefritagelse for horisontale aftaler mv. om kædesamarbejde i detailhandelen, hvor det ikke er tilladt at have udtrædelsesvarsler på mere en 6 måneder til udgangen af et kalenderår, jf. bekendtgørelsens § 8, nr. 5.

⁵² Konkurrencerådets afgørelse af 31. maj 2000.

⁵³ Konkurrencerådets afgørelse af 25. august 1999.

Gruppefritagelsen og opsigelsesvarsler

Gruppefritagelsen oplister nogle klausuler i standardpolicebestemmelser med relation til opsigelsesbestemmelser. Det er i strid med gruppefritagelsen, at hvis standardpolicebetingelserne indeholder klausuler om, at aftalen forlænges med mere end et år, hvis aftalen automatisk forlænges i mangel af opsigelse ved udløbet af en periode. Det er også forbudt at pålægge forsikringstagerne at tegne forsikringer på mere end tre år (bortset fra livsforsikringer). Gruppefritagelsen omhandler i øvrigt ikke spørgsmålet om, hvor lange opsigelsesvarsler i standardpolicebetingelser for direkte forsikring i det længste må være.

Gruppefritagelsen regulerer samarbejde mellem forsikringselskaber i form af poolordninger, hvor hvert selskab skal have ret til at udtræde af ordningen med et varsel på højst 6 måneder, hvis ordningen skal være omfattet af den gældende gruppefritagelse.

Afsnittene om standardpolicebetingelser og poolordninger indeholder tillige en beskrivelse af opsigelsesvarsler.

V. Standardpolicebetingelser

Forsikringer er komplekse produkter, der også skal kunne tjene som juridisk grundlag for at afgøre, om forsikringstageren har ret til erstatning i tilfælde af, at nogle bestemte, fremtidige skader indtræffer. Typisk er forsikringspolicer skrevet i et svært tilgængeligt sprog for den almindelige forbruger. Forsikringstager vil normalt have en vis idé om hvilken forsikringstype, vedkommende ønsker, men vil ikke altid have en præcis vurdering af sit forsikringsbehov. For den enkelte kan det dreje sig om betydelige beløb, hvis der sker en skade, som vedkommende enten skal erstatte eller have erstattet. De færreste forsikringstagere har et fuldt overblik over, hvad deres forsikringer dækker. Da forsikringsvilkår er abstrakte og indviklede, er det svært for forbrugerne at sammenholde deres behov med forsikringsbetingelserne for at finde ud af, om deres behov er dækket af forsikringen.⁵⁴

Gennemsigtighed

Når produkterne er komplekse og forbrugerne usikre omkring deres fremtidige behov, er det særligt vigtigt, at der er gennemsigtighed på markedet. Gennemsigtigheden skal sikre, at forbrugerne får overblik over de muligheder, de har ved tegning af forsikring. Oplysningerne skal være tilgængelige og fremlægges på en relevant måde, og det skal være muligt at sammenligne de forskellige selskabers tilbud.

Forsikringsprodukterne varierer fra selskab til selskab. Både hvad angår dækning og priser. Endvidere er der en udbredt anvendelse af rabatter. Fx kan man i de fleste selskaber få rabat, hvis man samler sine forsikringer i det samme selskab (kernekunde- eller totalkundekoncepter), ligesom mange forsikringselskaber giver rabat til personer, der er medlemmer af bestemte grupper, foreninger eller fagforbund.

Uafhængige forsikringsmæglere, der har oparbejdet et godt kendskab til de enkelte selskabers produktporteføljer, kan hjælpe forsikringstagerne med at finde en optimal forsikring. Honoraret betales af forsikringselskaberne, typisk som en provision (pct.). Almindelige husstandsforsikringer omfatter så beskedne beløb, at nogle ikke interesserer sig så meget for dem. En anden mulighed er Internettet. Det er velegnet til at foretage sammenligninger mellem et stort antal forskellige alternativer. Anvendelse af Internettet på forsikringsområdet kan fremme sammenlignelighed og dermed medvirke til gennemsigtighed. Forsikring & Pension, Forbrugerrådet, Forbrugerstyrelsen og Konkurrencestyrelsen deltager i en arbejdsgruppe, der har til opgave at etablere en database om familieforsikringer. Den skal gøre det muligt via

⁵⁴ Forbrugere kan ved henvendelse til Forsikringsoplysningen få rådgivning i forbindelse med tegning af forsikringer. Forsikringsoplysningen har derudover udarbejdet en række pjecer, som har til formål at hjælpe forbrugerne ved tegning af forsikringer. Pjecerne sætter fokus på det, man skal være opmærksom på, når man tegner en forsikring.

Internettet at sammenligne de forskellige selskabers tilbud. Lignende initiativer kan ses fra forsikringsmæglere.

Standardpolicebetingelser

En anden metode til at fremme gennemsigtigheden er at anvende standardpolicebetingelser. Ved at standardisere en del (basisdelen) af et forsikringsprodukt forbedrer man mulighederne for forbrugerne for at kunne sammenligne resten, dvs. fx dækningssummer og præmier. Hvis alle selskaber afgrænser en autoansvarsforsikring på den samme måde, kan forbrugerne koncentrere sig om at vurdere forskellene mht. hvor store beløb, selskaberne vil yde erstatning for, hvor høj selvrisikoen er og hvor store præmier, der skal betales. Standardbetingelser er også til fordel for selskaberne, da de muliggør en mere ensartet inddeling af risici.

Ulempen ved standardpolicebetingelser ligger i, at forsikringsproduktet kan blive *for* standardiseret, så de ikke nødvendigvis svarer til forbrugernes behov og evt. kommer til at omfatte mere, end der efterspørgsmæssigt er behov for. Hvis der kun findes ét (standard-)produkt på markedet, har forbrugerne ingen valgmuligheder, og på længere sigt risikerer man, at der ikke sker en fornøden udvikling af produktet. Tilsvarende er det uheldigt, hvis forbrugerne kun kan tegne forsikring mod en bestemt begivenhed (fx tyveri i en indboforsikring), hvis han samtidig er nødt til at tegne dækning for helt andre begivenheder, som han ikke er interesseret i (fx autoforsikring). Dette kan enten ske i form af en kombineret forsikring eller som bindinger mellem to typer forsikringer, der ikke ellers har noget med hinanden at gøre (køblingssalg).

Alle forbrugerne/forsikringstagerne har i princippet forskellige forsikringsbehov. Behovene varierer efter ønske om dækning, selvrisiko og præmie, som afhænger af fx bopæl, indbo, værdigenstande, bil, cykel, virksomhed, sygdomshistorie i familie, børn (herunder forsørgerpligt), risikovillighed (selvrisiko), erhverv m.m. Men forsikringsselskaberne er henvist til at inddele forsikringstagerne i grupper, som svarer til den risiko, de mener, der er for, at en skade opstår. Grupperingen efter ensartede risici medfører lavere omkostninger for selskaberne og derved lavere præmier for forbrugerne.

Selskabernes inddeling af risici behøver ikke være den samme. Nogle selskaber vælger fx at specialisere sig og udvikle særlige produkter med mange muligheder for individuelle tilvalg. Andre udbyder alene et standardprodukt. På visse områder har Forsikring & Pension som brancheorganisation vedtaget fælles modeller for produkter, som alle selskaber kan benytte, jf. senere om Familiens Basisforsikring og retshjælpsforsikringen.

Aftaler mellem forsikringsselskaberne om at anvende de samme standardbetingelser eller bestemte modeller kan være konkurrencebegrænsende, for-

di de begrænser tilbøjeligheden til at anvende og udvikle nye og individuelle produkter. Aftalerne vil imidlertid kunne være omfattet af Kommissionens gruppefritagelse for forsikringer, hvis samhandelen mellem medlemsstaterne er påvirket, eller af den tilsvarende danske gruppefritagelse,⁵⁵ hvis det kun er det danske marked, der påvirkes, jf. lige nedenfor. Baggrunden for at fritage sådanne samarbejder er, at de fremmer sammenligneligheden for forbrugerne og samtidig gør det muligt for selskaberne at foretage en mere ensartet opdeling af risici.

Det er dog væsentligt, at vedtagelse af sådanne standardpolicebetingelser eller standardmodeller ikke fører til en fuldstændig standardisering af produktet eller til en for stærk binding af kunderne. Gruppefritagelsen gælder derfor kun, hvis der er tale om helt uforbindende modeller for selskaberne.

Gruppefritagelsens bestemmelser om standardpolicebetingelser

Gruppefritagelse for visse kategorier af aftaler mv. på forsikringsområdet indeholder et afsnit om standardpolicebetingelser. Fritagelsen gælder dels aftaler, som sigter mod udarbejdelse og offentliggørelse af standardpolicebetingelser for direkte forsikring, og dels samarbejde om udarbejdelse og offentliggørelse af modeller til angivelse af ydelse i forbindelse med en forsikringspolice, der indeholder et kapitaliseringselement.

For at standardpolicebetingelser kan være omfattet af gruppefritagelsen skal de være 1) vejledende, 2) det skal være muligt at aftale andre betingelser, og 3) betingelserne skal være tilgængelige for enhver og fremsendes efter simpel forespørgsel.

Bestemte klausuler (bestemmelser) i policebetingelserne er forbudte, selvom de er vejledende. Disse klausuler kaldes sorte. Forordningen opregner i alt 11 sorte klausuler. De kan inddeles i tre hovedkategorier:

- 1) vilkår, der begrænser forsikrings-selskaberne i at tilbyde et andet dækningsomfang. Specielt er det forbudt at vedtage bestemte garanterede forsikringssummer og selvrisiko.
- 2) klausuler, der vedrører policernes varighed. Fx er forsikringsperioder på mere end 3 år forbudt for andet end livsforsikring, og selskabet må ikke automatisk forlænge aftaleperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i præmiebetaling (ud over almindelig indeksregulering) eller dækning.
- 3) klausuler om tilknyttede salgsforpligtelser, fx krav om at tegne dækning hos samme selskab for begivenheder med forskellige risici (koblingsalg).

⁵⁵ Bekendtgørelse nr. 1004 af 16. december 1997, jf. forordning nr. 3932/92 af 21. december 1992.

Hvis standardpolicebetingelserne bare indeholder én af de sortlistede klausuler, er policebetingelserne ikke omfattet af gruppefritagelsen, og virksomhederne skal ansøge om en individuel fritagelse.

Kommissionens praksis

En stor del af de aftaler, der tidligere var anmeldt til Kommissionen inden gruppefritagelsens ikrafttrædelse, er nu trukket tilbage, fordi parterne fandt, at betingelserne for at være omfattet af gruppefritagelsen var opfyldt. Kommissionen har således behandlet sager vedrørende gruppefritagelsens artikel 7, stk. 1, litra a) om udelukkelse af skader, som (normalt) henhører under den pågældende risikokategori. I et tilfælde drejede det sig om oversvømmelsesrisici i Nederlandene, hvor den nederlandske forsikringssammenslutning havde vedtaget at udelukke oversvømmelsesskader, der ikke stammede fra de indre vandveje. Sammenslutningen bragte sin betingelse i overensstemmelse med gruppefritagelsen ved at gøre den ikke-bindende, således at forsikringsselskaberne frit kunne vælge, om de ville dække den ellers udelukkede risiko. Med hensyn til beløb for selvriskici og garanterede forsikringssummer har Kommissionen vurderet, at en anbefaling om at begrænse dækningen af hospitalsudgifter til to gange det udgiftsbeløb, forsikringstageren kunne få fra den grundlæggende socialsikring, samt en fastsat risiko på 10 % af denne dækning, var i strid med artikel 7, stk. 1, litra d). I en sag om en anbefaling vedrørende ulykkesforsikringer om fastsættelse af invaliditetsgrader, fandt Kommissionen, at denne var forenelig med artikel 7, stk. 1, litra d). Kommissionen tog hensyn til at invaliditetsgraderne blev fastsat efter lægevidenskabelige udtalelser, og at forsikringsselskaberne kunne fravige dem.

Danske aftaler om standardpolicebetingelser

Konkurrencerådet og Konkurrencestyrelsen har taget stilling til følgende standardpolicebetingelser:

- ? Familiens Basisforsikring nr. 2⁵⁶
- ? Retshjælpsforsikringen⁵⁷

Familiens Basisforsikring nr. 2 er navnet på et sæt standardpolicebetingelser for indbo-, ansvars- og retshjælpsforsikring, som skal dække det behov "en almindelig familie" har for forsikring af indbo mv. Forsikringsdækningen skal være den samme, uanset i hvilket selskab den tegnes; på denne måde kan forbrugerne sammenligne prisen. Selskaberne må kun i meget begrænset omfang tilbyde ændringer til forsikringen, så længe den betegnes Familiens Basisforsikring. Det er frivilligt om selskaberne vil tilbyde Familiens Basisforsikring, men hvis de vil, skal den have det vedtagne indhold.

⁵⁶ Konkurrencestyrelsens afgørelse offentliggjort den 29. marts 2000.

⁵⁷ Konkurrencerådets afgørelse af 21. juni 2000.

Konkurrencestyrelsens vurderede i sin afgørelse, at forsikringsbetingelserne ikke var omfattet af gruppefritagelsen, da de bl.a. indeholdt beløb for selvrisiko, hvilket er omfattet af gruppefritagelsens sorte liste. Styrelsen vurderende imidlertid, at Familiens Basisforsikring ikke var omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6, da selskaberne udbyder en række andre familieforsikringer, der konkurrerer med Familiens Basisforsikring, og forsikringen alene dækker ca. 25 % af markedet. Styrelsen lagde vægt på, at vedtagelsen af Familiens Basisforsikring er med til at fremme gennemsigtigheden på markedet for familieforsikringer, hvorved den er med til at fremme konkurrencen på markedet. Den uniformerende virkning af standardbetingelserne er begrænset, da ordningen som nævnt kun omfatter en del af markedet, og da anvendelsen af betingelserne er frivillig for forsikringselskaberne.

Konkurrencerådet traf den 21. juni 2000 afgørelse vedrørende et sæt andre standardpolicebetingelser. Retshjælpsforsikringen er en standardforsikring, der dækker omkostninger (advokatudgifter) i forbindelse med visse private retstvister. Forsikringen dækker udgifter, som relaterer sig til 4 typer skadesforsikringer: familie-, bygningskasko-, autokasko- og lystfartøjskaskoforsikringer. Retshjælpsforsikringen udgør en integreret del af disse 4 forsikringstyper og dækker kun udgifter, der har tilknytning til hovedpolicen.

Vedtagelsen af retshjælpsforsikringsbetingelserne har den fordel, at langt den største del af den danske befolkning har mulighed for at inddrage sig på at føre private retssager, da ordningen bevirker, at der sker en stor udbredelse af produktet. Dækningen udgør en væsentlig del af det sociale sikkerhedsnet for den forsikrede del af befolkningen. I 1993 var der mere end 5 mio. policer fordelt på de fire forsikringstyper. Forsikring & Pension har henstillet til sine medlemmer, at de tilbyder retshjælpsforsikringen, og alle selskaber, der udbyder de 4 nævnte former for skadesforsikring, tilbyder retshjælp efter modellen. Anvendelse af retshjælpsforsikringen er vejledende for forsikringselskaberne, det er muligt at aftale andre betingelser, og betingelserne er tilgængelige for enhver.

Den kollektive vedtagelse af helt ensartede forsikringsvilkår inklusiv samme beløb for selvrisiko og maksimal dækning begrænser konkurrencen, fordi vedtagelsen fører til, at alle selskaberne tilbyder det samme produkt og til at der ikke er noget incitament til udvikling af produktet retshjælpsforsikring. Efter Konkurrencerådets vurdering kunne der ikke gives Forsikring & Pension en individuel fritagelse efter konkurrencelovens § 8, stk. 1, på grund af bestemmelserne om samme selvrisiko og maksimale dækning. Betingelserne for at være omfattet af gruppefritagelsen var (heller) ikke var opfyldt. Hvis disse bestemmelser om fastsatte beløb blev ophævet, ville betingelserne for at være omfattet af gruppefritagelsen imidlertid være opfyldte.

Konkurrencerådet påbød derfor Forsikring & Pension at ophæve bestemmelserne om begrænsning af selskabernes erstatningspligt og beløb for selvrisiko inden udgangen af år 2000. De enkelte selskaber skal herefter selv fastsætte individuelle regler om forsikringssummer og selvrisiko, hvorved der åbnes for adgangen til konkurrence om produktet.

Boks 5.1: Standardpolicebetingelsers indflydelse på konkurrencen

Standardpolicebetingelser kan fremme konkurrencen, fordi de sætter forbrugerne i stand til at sammenligne produkter og priser.

Dog kan standardpolicebetingelser begrænse konkurrencen, hvis de fører til, at produktudvalget begrænses, dvs. det går ud over forbrugernes valgmuligheder. Dermed vil de være omfattet af forbudet i konkurrencelovens § 6.

Standardpolicebetingelser vil ofte være omfattet af gruppefritagelsen eller vil kunne fritages individuelt. Følgende forhold spiller en vigtig rolle ved vurdering af, om standardpolicebetingelser er omfattet af gruppefritagelsen:

- ☒ de er vejledende
- ☒ de angiver ikke garanterede dækningssummer eller beløb for selvrisici - hverken angivet ved procenter eller i beløb
- ☒ de omfatter ikke global dækning af risici, som intet væsentligt antal af forsikringstagerne er udsat for samtidig
- ☒ de pålægger ikke forsikringstager at tegne dækning hos samme selskab for forskellige risici

VI Forsikringsfællesskaber

Fælles dækning af visse typer af risici

Visse risici kan være af en sådan karakter, at det kan være vanskeligt at få et enkelt forsikringselskab til at dække disse. Det kan være fordi, at den pågældende risiko er af en sådan størrelse, sjældenhed eller nyhed, at forsikringselskaberne ikke tør påtage sig risikoen eller mangler den tilstrækkelige erfaring til at kunne påtage sig denne. Dette kan skabe problemer for de virksomheder mv., der har et behov for at forsikre sig mod en sådan risiko.

En måde at løse dette problem kan være ved oprettelse af et fællesskab mellem flere forsikringselskaber (forsikringspools), som yder fælles dækning af visse typer af risici. Som udgangspunkt vil dannelse af et sådant fællesskab mellem konkurrenter i sig selv kunne være konkurrencebegrænsende. Fællesskaber, der har til formål af afdække visse typer af risici kan imidlertid være omfattet af Kommissionens gruppefritagelse på forsikringsområdet eller af den danske gruppefritagelse, hvis fællesskabet ikke påvirker samhandlen mellem medlemsstaterne.

Baggrunden for at fritage sådanne fællesskaber er, at det må anses for fordelagtigt, hvis etablering af et sådant fællesskab gør det muligt for et større antal selskaber at få adgang til markedet og dermed forøge kapaciteten til at dække risici, som ellers vanskeligt ville kunne dækkes.

Etablering af et forsikringsfællesskab behøver dog ikke nødvendigvis at være begrundet i risici af en sådan karakter, at de vanskeligt ville kunne forsikres uden fællesskabet. Der kan også være tale om etablering af et fællesskab med henblik på at opnå effektivitetsgevinster og ressourcebesparelser som følge af fælles administration mv.

Gruppefritagelse for fælles dækning af visse typer risici

Aftaler om oprettelse og drift af fællesskaber af forsikringselskaber med henblik på co-assurance eller co-reassurance af en bestemt risiko kan være omfattet af gruppefritagelsen på forsikringsområdet (afsnit IV) og dermed automatisk være undtaget fra artikel 81, stk. 1, eller konkurrencelovens § 6, stk. 1.

For at være omfattet af gruppefritagelsen forudsættes som udgangspunkt, at de deltagende forsikringselskaber ikke har en andel af det relevante marked på mere end 10%, hvis der er tale om co-assurancefællesskaber. Hvis der er tale om co-reassurancefællesskaber, må markedsandelen ikke overstige 15%.

Et co-assurancefællesskab består af flere forsikringsselskaber, som forpligter sig til at tegne forsikring for en bestemt kategori af risici, eller som overdrager selve tegningen for disse risici til fx et fælles organ, der er oprettet til dette formål. Et co-reassurancefællesskab er fx et foretagende, der oprettes af flere forsikringsselskaber med henblik på gensidig genforsikring af en bestemt kategori af risici.

Hvis fællesskabet opfylder disse kriterier, fastlægger gruppefritagelsen de typer af konkurrencebegrænsninger, der kan accepteres, uden af fællesskabet fortaber retten til fritagelse. Der er tale om accept af betydelige begrænsninger i konkurrencen mellem de deltagende selskaber, fx forpligtelse til at anvende de samme forsikringsbetingelser og præmier, forpligtelse til at forelægge skadesreguleringer med henblik på fællesskabets godkendelse mv. Sådanne begrænsninger af konkurrencen mellem de deltagende selskaber anses for at være en forudsætning for eksistensen af fællesskabet.

Kommissionens praksis vedrørende forsikringsfællesskaber

For at et fællesskab kan falde ind under gruppefritagelsen forudsættes som nævnt oven for, at de deltagende selskabers markedsandel ikke overstiger en vis tærskel.

Kommissionen har imidlertid efter gruppefritagelsens ikrafttræden indtaget den holdning,⁵⁸ at fællesskaber, som er nødvendige for at sætte de deltagende selskaber i stand til at tilbyde en form for dækning, som de ellers ikke ville være i stand til at tilbyde, ikke falder ind under artikel 81, stk. 1 (tidl. artikel 85, stk. 1) – selvom deltagernes markedsandele overstiger gruppefritagelsens tærskler.

Det er Kommissionens opfattelse, at visse risici (fx katastroferisici) er af en sådan karakter, at intet selskab vil kunne forsikre dem på egen hånd. Et fællesskab, der muliggør dette, udgør ikke en konkurrencebegrænsning men derimod en styrkelse af konkurrencen, idet fællesskabet sætter en række selskaber i stand til at samle deres ressourcer og skabe en ny operatør på markedet til fordel for de personer, som måtte have behov for en sådan forsikring. Fællesskabet må dog ikke være større, end hvad der er nødvendigt for at kunne tilbyde den pågældende dækning. Ved vurderingen heraf tages der udgangspunkt i den mindsteportefølge, som må anses for nødvendig for at få adgang til markedet.

Kommissionens holdning er kommet til udtryk i en afgørelse om en konkret aftale om skadesdeling mellem gensidige søforsikringsselskaber (P&I Clubs – Protection and Indemnity insurance). På trods af at deltagerne i fællesska-

⁵⁸ KOM (1999) 192 endelig udg. Kommissionens beretning om gennemførelse af Kommissionens gruppefritagelsesforordning på forsikringsområdet punkt 28.

bet tegnede sig for 89% af verdensmarkedet inden for forsikring af erstatningsansvar i og uden for kontraktsforhold, fandt Kommissionen ikke, at aftalen faldt ind under artikel 85, stk. 1 (nu artikel 81, stk. 1). Begrundelsen var, at fællesskabet var nødvendigt for, at deltagerne kunne tilbyde et særligt højt dækningsniveau (USD 4,25 mia.). Der var tale om dækning inden for søfarten af personskader eller tab af menneskeliv, kollisionskader på skibe, forurening mv. Undersøgelser viste, at intet selskab eller fællesskab med en markedsandel på under 50% kunne tilbyde et tilsvarende dækningsniveau.

Et fællesskab vil med tiden kunne miste sin berettigelse og blive overflødig. Det er ikke givet, at et fællesskab, som ved etableringen er nødvendigt, vedbliver med at være det. Hvis selskaberne i fællesskabet med tiden fx erhverver den tilstrækkelige sagkundskab og kapacitet til selv at kunne forsikre den pågældende risiko, er der ikke længere behov for fællesskabet.

For nærmere oplysninger om Kommissionens praksis vedrørende forsikringsfællesskaber henvises til Kommissionens beretning om gennemførelsen af gruppefritagelsen.⁵⁹

Danske forsikringsfællesskaber

Følgende danske forsikringsfællesskaber er anmeldt efter konkurrenceloven, der trådte i kraft den 1. januar 1998:

- ? Dansk Pool for Miljøansvarsforsikring
- ? Forenede Gruppeliv

Dansk Pool for Miljøansvarsforsikring (Miljøpool) er en co-assurance-ordning, hvor de deltagende forsikringselskaber tilsammen har stillet dækningskapacitet til rådighed. Der er tale om en miljøansvarsforsikring, som tilbydes deltageres erhvervs-kunder, herunder landbruget. Risikoen spredes mellem samtlige deltagere.

Baggrunden for oprettelsen af fællesskabet var, at der var tale om et forsikringsområde, som de deltagende selskaber ikke havde nogen erfaring med. Hensigten med fællesskabet er at indsamle tilstrækkelig erfaring med henblik på, at fællesskabets deltagere på et tidspunkt vil være i stand til på egen hånd at kunne tilbyde dækningen.

Miljøpoolen er anmeldt til Kommissionen. Kommissionen har påbegyndt en generel undersøgelse af co-assurance- og co-reassurance-fællesskaber inden for miljømæssige og nukleare risikokategorier, herunder den danske Miljøpool. Kommissionen undersøger i den forbindelse, om gruppefritagelsen finder anvendelse. De danske konkurrencemyndigheder afventer Kommissionens afgørelse i sagen.

⁵⁹ KOM (1999) 192 endelig udg.

Forenede Gruppeliv er et forsikringsfællesskab mellem forsikringsselskaber, der har til formål at indgå og administrere gruppelivsforsikringer for de deltagende selskaber. Gruppelivsforsikringer kan kun tegnes af fællesskabet, og de deltagende selskaber er solidarisk ansvarlige for de tegnede forsikringer. Forenede Gruppeliv er alene et administrationsfællesskab.

Forenede Gruppeliv er anmeldt til Kommissionen, der vurderer fællesskabet i sammenhæng med en række andre forsikringsfællesskaber. De danske konkurrencemyndigheder afventer Kommissionens afgørelse i sagen.

Boks 6.1: Forsikringsfællesskaber (pools)

Erfaringerne for så vidt angår danske forsikringsfællesskaber er begrænsede. Gruppefritagelsens bestemmelser om fælles dækning af visse typer risici har endnu ikke været taget i anvendelse på danske forsikringsfællesskaber. Bestemmelserne har rejst problemer i andre medlemslande, navnlig omkring fastlæggelsen af det relevante marked.

Udgangspunktet er, at forsikringsfællesskaber er konkurrencebegrænsende, men at de efter omstændighederne kan være omfattet af gruppefritagelsen.

Hvis deltagernes markedsandele er over tærsklerne:

- ☒ er forsikringsfællesskabet ikke konkurrencebegrænsende, forudsat at fællesskabet er nødvendigt for at sætte de deltagende forsikringsselskaber i stand til at tilbyde en form for dækning, som de ellers ikke ville være i stand til,
- ☒ er forsikringsfællesskabet konkurrencebegrænsende, hvis fællesskabet ikke er nødvendigt for at sætte de deltagende forsikringsselskaber i stand til at tilbyde den pågældende form for dækning.

Hvis deltagernes markedsandele er under tærsklerne:

- ☒ er forsikringsfællesskabet omfattet af gruppefritagelsen, forudsat at de deltagende forsikringsselskaber ikke pålægges forpligtelser mv., som ikke er tilladte efter gruppefritagelsen.

Gruppefritagelsen udløber den 31. marts 2003, og en ny gruppefritagelse skal vedtages inden da. Det må forventes, at der vil blive foretaget en række ændringer, herunder ændringer der tager højde for Kommissionens praksis på området.

VII Fælles vurderinger af risici og beregning af præmie

Vurdering af risici og beregning af præmie

Når en person eller virksomhed tegner en forsikring, er der tale om, at forsikringsselskabet overtager den økonomiske risiko for, at nærmere angivne begivenheder indtræffer. Overtagelsen af risikoen modsvarer af en præmieindbetaling.

Den præmie som forsikringstageren betaler – bruttopræmien – er sammensat af en risikopræmie, administrative omkostninger, genforsikringspræmie samt forsikringsselskabets fortjeneste. Ved fastsættelse af risikopræmien beregnes først den rene nettopræmie på grundlag af statistiske data om risikoen historiske gennemsnitlige hyppighed og intensitet. Herefter tages der højde for prognoser om risikoen fremtidige udvikling.

Selve risikopræmiens størrelse afhænger i høj grad af den risiko, som det enkelte selskab vurderer, der er forbundet med tegningen af forsikringen. Det kan være vanskeligt at vurdere risikoen - særligt hvis forsikringsselskabet ikke har den fornødne statistiske erfaring til at kunne opgøre den pågældende risiko. Hvis selskabet har vanskeligt ved at vurdere risikoen, vil selskabet også have vanskeligt ved at fastsætte en præmie, der modsvarer risikoen.

Ved tegning af fx livs- og pensionsforsikringer vil der kunne opstå tilfælde, hvor forsikringsselskabet vil have vanskeligt ved at vurdere risikoen, fordi den pågældende person har atypiske helbredsforhold, fx en sygdom, som indebærer, at risikoen for forsikringsbegivenhedens opståen forøges eller fremskydes. Det manglende kendskab kan eventuelt føre til, at forsikringsselskabet afviser at tegne forsikring for den pågældende person, eller at præmien sættes højt af hensyn til usikkerheden omkring risikoen.

På samme måde som forsikringsselskaber kan gå sammen i et forsikringsfællesskab med henblik på dækning af visse typer af risici (forsikringspools), jf. afsnit VI, kan forsikringsselskaber også vælge at gå sammen om i fællesskab at foretage risikovurderinger og præmieberegninger. Dette indebærer dog en risiko for, at samarbejdet vil kunne virke konkurrencebegrænsende.

Samarbejde af denne karakter kan imidlertid efter omstændighederne være omfattet af Kommissionens gruppefritagelse på forsikringsområdet eller af den danske gruppefritagelse, hvis fællesskabet ikke påvirker samhandlen mellem medlemsstaterne.

Ved at foretage sammenstillinger af statistikker over antallet af skader, udbetalte beløb, samlede forsikringssummer mv. vil det være muligt for sel-

skaberne at forbedre deres kendskab til risici og lette vurderingen heraf samt fastsætte nettopræmier. Det vil give flere selskaber (herunder nye selskaber) mulighed for at tilbyde forsikringer, som de ellers ikke ville være i stand til, fordi de ikke har tilstrækkelige pålidelige statistiske data til at kunne foretage en vurdering af risici og dermed fastsætte en realistisk præmie.

Gruppefritagelse for fælles præmieberegning

Gruppefritagelsen omfatter opstilling af fælles risikopræmier baseret på kollektive statistikker mv. 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. Samarbejdet skal dog begrænses til det nødvendige for at indsamle pålidelige statistiske data.
- ? at samarbejde om gennemførelse af undersøgelser med henblik på at forudse skadernes fremtidige hyppighed eller omfang (prognoser).

Fritagelsen gælder kun, hvis beregninger, tabeller eller undersøgelsesresultater udarbejdes og udsendes med angivelse af, at de er vejledende. Endvidere må samarbejdet ikke omfatte fælles beregning af administrationsomkostninger eller fortjeneste. Endelig må de tabeller og undersøgelsesresultater mv., der udarbejdes som led i samarbejdet, ikke identificere de pågældende selskaber.

Kommissionens praksis vedrørende fælles præmieberegning

Kommissionen har alene i få sager taget stilling til gruppefritagelsens anvendelse – og kun på skadesforsikringsområdet. Der har i alle tilfælde været tale om anbefalinger fra nationale sammenslutninger af forsikringselskaber.⁶⁰

Kommissionen har bl.a. fundet, at opstilling af en ren mindstepræmie for dækning af hospitalsudgifter i tilfælde af gruppeforsikringer ikke var omfattet af gruppefritagelsen, fordi anbefalingen af mindstepremien ikke var baseret på statistiske data. Kommissionen har i en anden sag fundet, at en anbefaling om at øge eller mindske bruttopremien for brandforsikring af løsøre og fast ejendom over en vis værdi ikke var omfattet af gruppefritagelsen, allerede fordi beregningsgrundlaget omfattede mere end den rene nettopræmie.

For nærmere oplysninger om Kommissionens praksis på dette område henvises til Kommissionens beretning om gennemførelsen af gruppefritagelsen.

⁶⁰ Jf. beretning af 12.5.1999 fra Kommissionen om gennemførelse af Kommissionens gruppefritagelsesforordning på forsikringsområdet – KOM(1999) 192.

Dansk praksis vedr. fælles risikovurdering og præmieberegning

Modsat Kommissionen er der efter konkurrenceloven, alene taget stilling til samarbejde om fælles vurderinger af risici og fælles præmieberegninger på livs- og pensionsforsikringsområdet.

Konkurrencerådet har således taget stilling til følgende sager:

- ? Bedømmelsesforeningens vedtægter⁶¹
- ? Fortegnelse over individuelle risikoforøgelse⁶²

I Konkurrencerådets afgørelse vedrørende Bedømmelsesforeningens vedtægter blev det lagt til grund, at foreningens virksomhed er omfattet af gruppefritagelsens bestemmelser om præmieberegning (den nationale gruppefritagelse) og dermed undtaget fra forbudet i konkurrencelovens § 6.

Bedømmelsesforeningen består primært af livs- og pensionsforsikringselskaber, der tilsammen har en andel på ca. 80-85% af markedet for livs- og pensionsforsikringer. Foreningen har fastsat regler for fælles helbredsmæssige risikovurderinger af personer med en forøget helbredsmæssig risiko, der ønsker at tegne livs- og pensionsforsikringer. Risikovurderingerne resulterer i en indplacering i risikoklasser, der danner baggrund for de enkelte selskabers udarbejdelse af forsikringstilbud og beregning af præmie. Risikovurderingerne er baseret på statistiske data.

Samarbejdet sikrer et bredt erfaringsgrundlag for vurderingen af risici samt udbredelsen af forsikringsprodukter til den gruppe af personer, der har en forøget risiko. Dermed bliver det muligt at tegne forsikringer for flere personer med en særlig risiko end ellers.

Samarbejdet om Fortegnelsen over individuelle risikoforøgelse var efter Konkurrencerådets opfattelse i strid med forbudet i konkurrencelovens § 6, og blev påbudt ophævet. Fortegnelsen var resultatet af et samarbejde mellem næsten alle de selskaber, der tegner gruppelivsforsikringer i Danmark. Samarbejdet indebar, at gruppelivsordninger, der over en periode på 3-5 år viste sig at have en markant højere skadeshyppighed end forudsat ved tegningen, blev opført på en fortegnelse, som selskaberne modtog. Fortegnelsen angav foruden navnet på den enkelte gruppelivsordning også den procentvise forhøjelse af bruttopræmien, som den forøgede risiko medførte.

Det blev i afgørelsen lagt til grund, at gruppefritagelsen ikke kunne finde anvendelse. Kommissionen har udtalt,⁶³ at fortegnelser over skærpede risici

⁶¹ Konkurrencerådets afgørelse af 29. marts 2000.

⁶² Konkurrencerådets afgørelse af 26. april 2000.

⁶³ Jf. Kommissionens beretning om gennemførelsen af gruppefritagelsen.

ikke er omfattet af gruppefritagelsen. Hvis en sådan fortegnelse går videre end til blot at angive skærpede risici, vil den dog efter Kommissionens opfattelse kunne vurderes i lyset af gruppefritagelsen. Fortegnelsen gik efter rådets opfattelse videre end til blot at angive skærpede risici (fx angav fortegnelsen også skærpelser af bruttopræmier og en identificering af de enkelte forsikringsselskaber måtte anses for mulig) og vurderingen af, om betingelserne for en individuel fritagelse var til stede, blev derfor foretaget i lyset af gruppefritagelsens bestemmelser om præmieberegning.

Rådet fandt ikke, at fortegnelsen i den anmeldte udformning opfyldte betingelserne for en fritagelse, navnlig fordi angivelsen af præmieskærpelsen angik bruttopræmien. Den angivne præmieskærpelse vedrørte således også administrationsomkostninger og fortjeneste. Hertil kom endvidere, at fortegnelsen ikke var vejledende. Konkurrencestyrelsen har senere efter visse ændringer af fortegnelsen givet en individuel fritagelse efter konkurrencelovens § 8, stk. 1.

Boks 7.1: Fælles præmieberegninger

Udgangspunktet er, at et samarbejde mellem forsikringsselskaber om fælles præmieberegninger, herunder risikovurderinger, er konkurrencebegrænsende, idet konkurrencen for så vidt angår en ikke uvæsentlig del af prisen på forsikringen enten sættes ud af kraft eller begrænses væsentligt. Gruppefritagelsen tager dog højde for, at et sådant samarbejde kan være effektivitetsfremmende, forudsat at samarbejdet ikke går videre end nødvendigt.

Det er tilladt,

- ☒ at samarbejde om beregningen af en ensartet nettopræmie (risikopræmie) på baggrund af statistiske data,
- ☒ at samarbejde om fælles udarbejdelse af risikovurderinger på baggrund af statistiske data til brug for beregning af nettopræmie,
- ☒ i fællesskab at gennemføre undersøgelser for at forudsige skadernes fremtidige hyppighed eller omfang.

Det er ikke tilladt,

- ☒ at samarbejde om beregninger af bruttopræmier,
- ☒ at samarbejde i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at indsamle pålidelige statistiske data om skadernes hyppighed og omfang.

Særligt vurderingen af, om samarbejdet er begrænset til det nødvendige for at indsamle pålidelige statistiske data, er dog vanskelig.