

Lovforslag nr. L 246. Fremsat den 29. marts 2000 af justitsministeren (Frank Jensen)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om forsikringsaftaler

(Beskyttelse af forsikringstager i visse tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren var syg, da en forsikring mod sygdom blev tegnet)

§ 1

I lov om forsikringsaftaler, jf. lovbekendtgørelse nr. 726 af 24. oktober 1986, som ændret senest ved § 1 i lov nr. 413 af 10. juni 1997, foretages følgende ændringer:

1. I § 10, stk. 2, indsættes som 2. punktum:

»Selskabet kan ikke forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis helbredsoplysninger, der er givet af læger eller andre sagkyndige i forbindelse med tegning af en forsikring, som omfattes af § 120 a, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige.«

2. Efter § 120 indsættes:

»§ 120 a. Er en sygdom, som omfattes af aftalen, indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, stilles forsikringstageren, som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden, såfremt

- 1) følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og
- 2) en læge eller anden sagkyndig har afgivet

helbredsoplysninger i forbindelse med forsikringens tegning med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom.

Stk. 2. I de i stk. 1 nævnte tilfælde hæfter selskabet dog ikke, hvis et andet selskab hæfter for de opståede skadelige følger efter § 120.

Stk. 3. Aftaler, der strider mod bestemmelsen i stk. 1, kan ikke påberåbes af selskabet.«

§ 2

Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

Stk. 2. Loven gælder for aftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men loven kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Indledning

Formålet med lovforslaget er at give forsikringstageren en bedre beskyttelse i tilfælde, hvor det efter tegning af en sygeforsikring viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet.

Var forsikringstageren ved tegning af en forsikring mod sygdom, der opstår i forsikringstiden, i god tro om en allerede opstået sygdom, som først viser sig eller bliver diagnosticeret i løbet af forsikringstiden, skal forsikringstageren efter forslaget stilles, som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden, hvis en læge eller en anden sagkyndig i forbindelse med forsikringstegningen har afgivet en erklæring med henblik på forsikrings-selskabets vurdering af den pågældende sygdom.

2. Baggrunden for lovforslaget

2.1. Ved Højesterets dom af 29. juni 1998, som er gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 1998, side 1380, blev et forsikrings-selskab frifundet for et krav om dækning i henhold til en sygeforsikring. Forsikringstageren havde rejst kravet over for selskabet, efter at hun havde fået konstateret sygdommen dissemineret sklerose i udbrud. Forsikringstageren havde i 1979 tegnet en ulykkesforsikring, der bl.a. omfattede invaliditet som følge af sklerose. Forsikringsvilkårene var udformet således, at der alene var dækning for sygdom, der opstod senere end 6 uger efter forsikringens ikrafttræden. I forbindelse med, at forsikringen blev tegnet, udarbejdede en speciallæge i neurologi på forsikrings-selskabets foranledning en erklæring til brug for selskabets vurdering af skadelidtes helbredsmæssige forhold, og lægen anførte bl.a., at der ikke var grund til at tro, at skadelidte led af sklerose. Forsikringstageren selv var i god tro. Skadelidte fik i løbet af 1992-93 mistanke om, at hun var syg, og i 1993 blev det konstateret, at hun led af sklerose. Skadelidte anmeldte herefter sygdommen til forsikrings-selskabet, som indhentede supplerende helbredsmæssige oplysninger. På baggrund heraf blev det fastslået, at skade-

lidte led af sklerose allerede før forsikringen blev tegnet, og forsikrings-selskabet nægtede herefter at dække skaden under henvisning til, at sygdommen var opstået, inden forsikringen trådte i kraft. Højesteret gav selskabet medhold i, at sygdommen måtte anses for opstået inden forsikringstidens begyndelse, og at der efter forsikringsbetingelsernes ordlyd dermed ikke var forsikringsdækning for sygdommen.

2.2. Ved folketingsbeslutning af 18. december 1998 pålagde Folketinget regeringen at nedsætte et udvalg, der i første omgang skulle udarbejde forslag til en ændring af forsikringsaftaleloven, som præciserer, at forsikrings-selskabet skal bære risikoen for sygdomme, der endeligt er diagnosticeret i forsikringstiden, selv om sygdommen er opstået og de første symptomer har vist sig før forsikringens tegning. Udvalget skulle dog også kunne pege på andre løsninger, der sikrer større klarhed over, hvilken forsikringsdækning der ydes. Det fremgår af bemærkningerne til det pågældende beslutningsforslag, at forslagsstillerne fandt det urimeligt, at forsikrings-selskaber kan undlade at udbetale forsikringen i situationer som den, der forelå i den ovenfor nævnte sag om sklerose.

Denne del af udvalgets opgave skulle ifølge folketingsbeslutningen afsluttes således, at der kunne fremsættes lovforslag om spørgsmålet i folketingsåret 1999/2000.

Udvalget skulle endvidere have til opgave at gennemgå hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision.

2.3. Forsikring & Pension udsendte i februar 1999 på baggrund af den ovenfor nævnte højesteretsdom en medlemshenstilling, hvorefter forsikrings-selskaberne ved ulykkesforsikringer, som er udvidet med sygdomsdækning, bør anvende det såkaldte skadevirkningsprincip ved vurderingen af, om en sygdom er indtrådt i forsikringstiden. Det indebærer, at selskabet hæfter, hvis en sygdom har skadelige virkninger i forsikringstiden, uanset om sygdommen er indtrådt, før forsikringen blev tegnet.

2.4. Justitsministeren nedsatte i marts 1999 et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven. Udvalget

er sammensat med repræsentanter for Den Danske Dommerforening, Forbrugerrådet, Forsikring & Pension, De Samvirkende Invalideorganisationer, Advokatrådet, Landsorganisationen i Danmark, Dansk Arbejdsgiverforening, Økonomiministeriet, Finanstilsynet og Justitsministeriet, samt med landsdommer Lars Lindencrone Petersen som formand og med professor Hans Henrik Vagner, Århus Universitet, og lektor Ivan Sørensen, Københavns Universitet, som medlemmer.

Udvalget blev pålagt de to opgaver, som fremgår af folketingsbeslutningen. Den første opgave var således at vurdere, hvilke lovgivningsmæssige ændringer der bør foretages, for at man i forbindelse med sygeforsikringer m.v. kan give forsikringstagere en rimelig beskyttelse i tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet. Udvalget afgav i januar 2000 en redegørelse om dette spørgsmål. Redegørelsen kan fås ved henvendelse til Justitsministeriet.

Den anden opgave, som udvalget nu er gået i gang med, er at gennemgå hele forsikringsaftaleloven med henblik på en generel revision.

Udvalget anfører i den nævnte redegørelse, at behovet for at give forsikringstagere en bedre beskyttelse ved forsikringer med sygdomsdekning navnlig foreligger i tilfælde, hvor der i forbindelse med forsikringstegningen er givet helbredsoplysninger, der senere viser sig at have været urigtige, og hvor forsikringstageren var i god tro, dvs. hverken vidste eller burde have vidst, at oplysningerne var urigtige. Hvis forsikringstagerens gode tro er baseret på en lægelig vurdering, der er indhentet til brug for vurderingen af den pågældendes helbredstilstand, vil forsikringstageren have en særligt begrundet forventning om at være dækket af forsikringen på det pågældende punkt.

Var forsikringstageren ikke i god tro om den pågældende sygdom, da sygeforsikringen blev tegnet, har forsikringstageren derimod efter udvalgets opfattelse ikke en begrundet forventning om at være dækket. I disse tilfælde medfører de gældende regler i forsikringsaftaleloven, at selskabet som hovedregel er fri for ansvar.

Udvalget har i sine overvejelser om indholdet af en lovændring koncentreret sig om tilfælde, hvor forsikringstageren var i god tro om den pågældende sygdom, da forsikringen blev tegnet. Udvalget anfører, at man vil inddrage spørgsmålet om generelle ændringer af forsikringsaftalelovens bestemmelser om retsvirkningen af forsikringstageres afgivelse af urigtige oplysninger i sine videre overvejelser om en samlet revision af forsikringsaftaleloven. Det fremgår af redegø-

relsen, at den lovændring, udvalget anbefaler, ikke foregriber disse generelle overvejelser, men vil løse det problem med hensyn til sygeforsikringers dækningsomfang, der blev aktualiseret af den ovenfor nævnte sklerosesag.

Udvalget har på den anførte baggrund overvejet forskellige lovgivningsmæssige muligheder, som indebærer en udvidelse af forsikringsdækningen i tilfælde, hvor en forsikring med sygdomsdekning dækker sygdomme, der indtræder i forsikringstiden.

Udvalget anfører, at en udvidelse af sygeforsikringers dækningsområde bør ske ved lovgivning, idet medlemshenstillingen fra Forsikring & Pension ikke forpligter alle selskaber, som udbyder sygeforsikringer.

Efter de gældende regler kan parterne som hovedregel frit aftale, hvilke begivenheder der skal være dækket af en forsikring. En lovændring, der skal forbedre forsikringstagernes retsstilling på dette område, bør efter udvalgets opfattelse gøres ufravigelig for at sikre alle forsikringstagere den tilsigtede beskyttelse.

Det er indgået i udvalgets overvejelser om, hvilken lovgivningsmæssig løsning der bør vælges, at indgreb i aftalefriheden, som øger selskabernes risiko ved tegning af bestemte forsikringsprodukter, normalt vil blive imødegået ved præmieforhøjelser, en mere restriktiv tegningspraksis eller ved, at selskaberne holder op med at udbyde det pågældende forsikringsprodukt.

Udvalget har overvejet 5 forskellige løsningsmuligheder:

- 1) Indførelse af et ufravigeligt skadevirkningsprincip for så vidt angår skadelige følger af en sygdom, hvis sygdommen er opstået før tegning af forsikringen.
- 2) Samme som model 1, men med adgang for selskaberne til at tage konkrete dækningsforbehold ved forsikringsaftalens indgåelse.
- 3) Samme som model 1, men med adgang til at aftale karenstider, dvs. vilkår om, at forsikringen kun dækker begivenheder, der indtræder en vis tid efter forsikringsaftalens indgåelse.
- 4) Indførelse af en ufravigelig bestemmelse om, at selskabet ikke længere kan påberåbe sig, at en sygdom var indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, når forsikringsaftalen har været i kraft i en vis periode.
- 5) Indførelse af en ufravigelig bestemmelse om, at selskabet bærer risikoen for urigtige lægeerklæringer m.v.

Udvalget gennemgår i redegørelsen fordele og ulemper ved hver af de nævnte 5 muligheder. Om indførelse af et skadevirkningsprincip ved lov anfører ud-

valget generelt, at dette vil kunne medføre, at det bliver vanskeligere at forsikre sig mod sygdomme, der ikke giver klare symptomer før sent i forløbet, og at selskaberne vil tage forbehold over for enhver sygdom, som vage sygdomstegn kan være tegn på.

Udvalget anbefaler model 5). Udvalget anfører herom bl.a. følgende (redegørelsen side 21):

»Hvis forsikringstagerens forventning om, at forsikringen dækker skadelige følger af de omfattede sygdomme, er baseret på, at der er foretaget lægelige vurderinger af forsikringstagerens helbredstilstand i forhold til netop de af forsikringen omfattede sygdomme, kan forventningen siges at være særligt begrundet. Forsikringstageren har efter udvalgets opfattelse ikke samme begrundede forventning om forsikringsdækning i de tilfælde, hvor en foreliggende lægeerklæring ikke særligt forholder sig til, om forsikringstageren lider af de sygdomme, som er omfattet af forsikringen.

En ufravigelig bestemmelse om, at forsikrings-selskaberne hæfter for sygdomme, der viser skadelige følger eller diagnosticeres i forsikringstiden, men er indtrådt inden forsikringstiden, hvis der på tegningstidspunktet forelå lægeerklæringer eller andre sagkyndige erklæringer, som viser sig at være urigtige eller ufuldstændige, vil medføre, at forsikrings-selskaberne reelt kommer til at bære risikoen for, at de helbredsoplysninger fra sagkyndige, som selskaberne lægger til grund ved antagelse af en forsikring, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige, og vil således føre til samme resultat som Østre Landsrets dom af 22. december 1997... (landsrettens dom i sklerosesagen, jf. pkt. 2.1 ovenfor).

At helbredsoplysningerne viser sig at have været urigtige eller ufuldstændige, kan skyldes forkerte lægefaglige skøn, eller at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde den fornødne viden til at kunne konstatere sygdommens tilstedeværelse. Det forhold, at lægevidenskaben på tidspunktet for forsikringens tegning endnu ikke havde tilstrækkeligt kendskab til sygdommens udvikling eller årsager til at kunne konstatere sygdommen hos forsikringstageren, men siden har fået denne viden, bør efter udvalgets opfattelse ikke medføre, at risikoen for den urigtige lægeerklæring ikke længere påhviler selskabet.

Bestemmelsens anvendelse vil ikke være betinget af, at forsikringstageren har været bekendt med indholdet af de faktiske helbredsoplysninger, der ligger til grund for forsikrings-selskabets vurdering, men forudsætter, at forsikringstageren hverken vidste eller burde vide, at oplysningerne var urigtige. Bestemmelsen finder således kun anvendelse, hvis forsikringstageren opfylder de i forsikringsaftalelovens § 5 definerede krav til god tro.

Forsikringsaftalelovens § 10, stk. 2, indeholder en regel om det forhold, at oplysninger til brug ved

indgåelse af en forsikringsaftale gives af en anden end forsikringstageren, hvilket netop er tilfældet i de situationer, som den omhandlede bestemmelse ville skulle omfatte. § 10, stk. 2, forudsætter, at et forsikrings-selskab kan forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, som gives af en anden end forsikringstageren, viser sig at være urigtig, men begrænser virkningerne af et sådant forbehold. En eventuel regel om, at risikoen for, at en helbredsoplysning afgivet af en læge eller anden sagkyndig til brug for tegning af en forsikring viser sig at være urigtig eller ufuldstændig, skal påhvile forsikrings-selskabet, må derfor medføre en konsekvensændring af § 10, stk. 2, således at selskabet ikke kan tage forbehold om ansvarsfrihed ved urigtige helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige.

Det er udvalgets opfattelse, at følger af sygdommen skal vise sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden for at udløse selskabets hæftelse efter en sådan bestemmelse om hæftelse ved urigtige eller ufuldstændige lægeerklæringer.

Udvalget har overvejet konsekvenserne af ikke at betinge selskabets hæftelse af, at sygdommen har følger eller diagnosticeres i forsikringstiden. Dette vil medføre, at selskabet ville kunne komme til at hæfte for sygdomme, der er opstået inden forsikringstiden, men først viser skadelige følger måske flere år efter forsikringstidens udløb, selv ved meget korte forsikringsforløb. Selskabet ville dog i forsikringsaftalen kunne begrænse hæftelsen til de skadelige følger, der viser sig inden for en vis periode, for eksempel i forsikringstiden. Hvis selskabet lod en sådan tidsmæssig begrænsning af hæftelsen omfatte følgerne af de af forsikringen omfattede sygdomme, uanset tidspunktet for sygdommens indtræden, ville dette indebære en forringelse af forsikringstagerens stilling i forhold til de begrænsninger, som sygeforsikringer normalt indeholder i dag. I dag er det normalt, at selskaberne begrænser hæftelsen til de skadelige virkninger, der viser sig inden for en 5-årig periode efter sygdommens konstatering.

En bestemmelse om forsikrings-selskabers hæftelse for urigtige lægeerklæringer vil kunne betyde, at forsikrings-selskaberne betinger tegning af forsikringer af, at der er foretaget helbredsundersøgelser hos læger, der er anvist af dem. Efter udvalgets opfattelse rejser forsikrings-selskabernes brug af læger, der er anvist af selskabet, forud for antagelse af forsikringer ikke betænkeligheder. Udvalget har ikke derved forholdt sig til spørgsmålet om forsikrings-selskabernes praksis ved indhentelse af helbredsoplysninger efter anmeldelse af en forsikringsbegivenhed. Dette spørgsmål har givet anledning til en aftale mellem økonomiministeren og Forsikring & Pension om forsikrings-selskabernes brug af speciallæger.

Bestemmelsen vil endvidere kunne medføre, at det bliver sværere at forsikre sig mod sygdomme, som har et diffust symptombillede. Udvalget har dog vurderet, at risikoen for en sådan ændring i forsikringsselskabernes tegningspraksis er ringe, da den omhandlede bestemmelse vil have et snævert anvendelsesområde.

Udvalget har i forbindelse med disse overvejelser drøftet muligheden for at lade forsikringsselskabet hæfte også i den situation, hvor de urigtige eller ufuldstændige helbredsoplysninger er givet af forsikringstageren selv, og ikke af en læge eller anden sagkyndig. Dette ville dog medføre en udvidelse af forsikringsselskabernes ansvar svarende til den under afsnit 4.2 overvejede ændring af forsikringsaftalelovens § 120 (model 2, jf. ovenfor) og rejser derfor samme betænkeligheder.

Udvalget foreslår således i redegørelsen, at der indføres en ny regel i forsikringsaftaleloven, hvorefter forsikringstageren skal stilles, som om en sygdom var indtrådt i forsikringstiden, hvis følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og en læge eller en anden sagkyndig i forbindelse med forsikringens tegning har afgivet helbredsoplysninger med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom. Den foreslåede regel skal gælde for forsikringsaftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden.

2.5. Forsikring & Pension har i forbindelse med afgivelsen af udvalgets redegørelse meddelt, at henstillingen om anvendelse af skadevirkningsprincippet ved visse forsikringer med sygdomsdækning, jf. pkt. 2.2 ovenfor, fortsat vil finde anvendelse på forsikringer, som ikke er omfattet af udvalgets forslag, dvs. allerede tegnede forsikringer, som ikke forlænges.

3. Gældende ret

3.1. Parterne i en forsikringsaftale kan som udgangspunkt frit træffe aftale om forsikringstiden og om, hvilke begivenheder der skal udløse forsikringen. Undtaget herfra er visse lovpligtige forsikringer, f.eks. ansvarsforsikring for motorkøretøjer.

I praksis aftales det ofte, at forsikringstiden løber fra aftalens indgåelse til forsikringens udløb. I nogle tilfælde aftales dog en såkaldt karenperiode, hvorefter forsikringen kun dækker, hvis forsikringsbegivenheden indtræffer en vis tid efter aftalens indgåelse. I andre tilfælde aftales det, at forsikringstiden begynder før aftalens indgåelse, f.eks. fra det tidspunkt, hvor forsikringstageren underskriver forsikringsbegæringen.

Ved forsikring mod sygdom er det sædvanligt at aftale, at forsikringsbegivenheden er sygdom eller nærmere angivne sygdomme, således at forsikringen dæk-

ker, hvis en omfattet sygdom indtræder i forsikringstiden (skadesårsagsprincip). I så fald gælder reglen i forsikringsaftalelovens § 120, hvorefter forsikringen også omfatter skadelige følger, der først viser sig efter forsikringstidens udløb. § 120 kan fraviges ved aftale.

Ved sygeforsikring anses en sygdom for indtrådt, når den er brudt ud.

I nogle tilfælde aftales det, at forsikringsbegivenheden ikke er sygdom eller nærmere angivne sygdomme, men de skadelige følger af en sygdom, således at forsikringen dækker, hvis følgerne af en sygdom konstateres i forsikringstiden (skadevirkningsprincip).

Ved sygeforsikringer aftales det også i nogle tilfælde, at forsikringsbegivenheden er sygdom, der diagnosticeres medicinsk i forsikringstiden, således at forsikringen dækker, hvis sygdommen bliver diagnosticeret i forsikringstiden (diagnoseprincip).

3.2. Ved indgåelse af aftaler om forsikring mod sygdom anmoder selskabet normalt om nærmere oplysninger om ansøgerens helbred med henblik på, at selskabet kan vurdere risikoen og fastsætte præmien korrekt. Oplysningerne afgives hovedsagelig af den pågældende selv, men i nogle tilfælde indhentes der nærmere helbredsoplysninger fra læger eller andre sagkyndige.

Forsikringsaftaleloven indeholder regler om betydningen af, at der er givet urigtige eller mangelfulde oplysninger ved tegning af en forsikring.

Hvis forsikringstageren ved forsikringens tegning har afgivet urigtige oplysninger i god tro, hæfter forsikringsselskabet i samme omfang, som hvis den urigtige oplysning ikke havde foreligget. Ved skadesforsikring kan selskabet dog opsige aftalen med en uges varsel, jf. forsikringsaftalelovens § 5.

Har forsikringstageren svigagtigt afgivet urigtige oplysninger eller fortiet omstændigheder, som må antages at have betydning for selskabet, er forsikringsaftalen ikke bindende for selskabet, jf. lovens § 4.

Har forsikringstageren alene handlet uagtsomt, hæfter selskabet i det omfang, det må antages at ville have forpligtet sig mod den aftalte præmie, hvis det rette forhold havde været oplyst. Selskabet er således helt fri for ansvar, hvis det kan antages ikke at have villet overtage forsikringen, hvis det rette forhold havde været oplyst, jf. lovens § 6 (den såkaldte pro rata-regel).

Ved undladelse af at give oplysninger skal der dog foreligge grov uagtsomhed, for at reglen i § 6 finder anvendelse, jf. lovens § 7.

Er det ikke forsikringstageren selv, men f.eks. en læge, der har afgivet urigtige eller mangelfulde helbredsoplysninger, kommer dette som hovedregel ikke

forsikringstageren til skade. Forsikringsselskabet kan i forsikringsaftalen forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning fra andre end forsikringstageren viser sig at være urigtig. Efter forsikringsaftalelovens § 10, stk. 2, kan et sådant forbehold imidlertid ikke medføre strengere virkninger, end hvis den urigtige oplysning var givet af forsikringstageren, jf. ovenfor.

Det er ikke sædvanligt, at forsikringsselskaber tager forbehold over for helbredsoplysninger, der er afgivet af læger.

4. Lovforslagets udformning

Udvalget om revision af forsikringsaftaleloven har afgivet en enig indstilling om udformningen af et lovforslag, der opfylder folketingsbeslutningen af 18. december 1998, jf. pkt. 2.2 og 2.4 ovenfor.

Udvalgets redegørelse har været til høring hos berørte organisationer m.v., jf. pkt. 6 nedenfor. Ingen af de hørte organisationer m.v. har haft bemærkninger til udvalgets forslag.

På denne baggrund er lovforslaget i overensstemmelse med udvalgets anbefaling udformet som model 5) i udvalgets redegørelse, jf. om udvalgets overvejelser pkt. 2.4 ovenfor.

Det foreslås således, at der indsættes en ny bestemmelse i forsikringsaftaleloven. Bestemmelsen vil medføre en mindre udvidelse af dækningsomfanget for de sygeforsikringer m.v., som i øvrigt dækker efter et såkaldt skadesårsagsprincip, jf. pkt. 3.1 ovenfor.

Efter den foreslåede bestemmelse skal de nævnte forsikringer dække sygdomme, der er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse, hvis der viser sig følger

af sygdommen eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og en læge eller anden sagkyndig i forbindelse med forsikringstegningen har afgivet helbredsoplysninger med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom.

Efter forslaget skal forsikringstageren i de omhandlede tilfælde stilles, som om sygdommen var indtrådt i forsikringstiden.

Det foreslås, at bestemmelsen ikke skal kunne fraviges ved aftale til skade for forsikringstageren (eller den sikrede).

Lovforslaget ændrer ikke forsikringsaftalelovens regler om virkningen, hvis forsikringstageren har undladt at give korrekte oplysninger, der har betydning for selskabet. Hvis forsikringstageren svigagtigt har undladt over for selskabet at korrigere en fejlagtig lægeerklæring, er forsikringsaftalen således ikke bindende for selskabet, jf. den gældende lovs § 4. Har forsikringstageren alene udvist grov uagtsomhed, hæfter selskabet kun i det omfang, det mod den aftalte præmie ville have forpligtet sig, hvis det rette forhold havde været oplyst, jf. lovens §§ 6 og 7 og pkt. 3.2 ovenfor.

5. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser

De foreslåede regler skønnes ikke at ville medføre økonomiske eller administrative konsekvenser for det offentlige eller at have væsentlige erhvervsøkonomiske konsekvenser. Lovforslaget har ikke miljømæssige konsekvenser og indeholder ikke EU-retlige aspekter.

Vurdering af lovforslagets konsekvenser

	Positive konsekvenser/ mindre udgifter	Negative konsekvenser/ Merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og amtskommuner	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og amtskommuner	Ingen	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen af betydning
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter	

6. Høring

Forsikringsaftalelovudvalgets redegørelse, jf. pkt. 2.4 ovenfor, har været til høring hos følgende organisationer m.v.:

Præsidenterne for Østre og Vestre Landsret, præsidenten for Sø- og Handelsretten, præsidenterne for retterne i København, Århus, Odense, Ålborg og Roskilde, Den Danske Dommerforening, Foreningen af dommerfuldmægtige i Danmark, Advokatrådet, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, Den almindelige Danske Lægeforening, De Samvirkende Invalideorganisationer, Det Ethiske Råd, Finansrådet, Forbrugerrådet og Forsikring & Pension.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Der er tale om en konsekvensændring som følge af den foreslåede nye § 120 a i forsikringsaftaleloven, jf. forslagens § 1, nr. 2. Bestemmelsen indebærer, at selskabet ikke kan tage forbehold om at være fri for ansvar, hvis der er givet urigtige helbredsoplysninger af læger eller andre sagkyndige ved tegning af forsikringer, der er omfattet af den foreslåede § 120 a.

Til nr. 2

Den foreslåede bestemmelse finder anvendelse på forsikringer, som dækker sygdom, der indtræder i forsikringstiden. I disse tilfælde udvides forsikringsdækningen til også at omfatte sygdomme, som er indtrådt inden forsikringstiden, hvis forsikringen omfatter den pågældende sygdom, og hvis de to betingelser, som er nævnt i nr. 1 og 2, begge er opfyldt. Det er således for det første en betingelse, at følger af sygdommen viser sig i forsikringstiden, eller at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. For det andet skal der i forbindelse med forsikringsaftalens indgåelse være afgivet helbredsoplysninger af en læge eller anden sagkyndig, og de pågældende oplysninger skal være givet med henblik på selskabets vurdering af, om forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Hvis sygdommen har haft skadelige følger i forsikringstiden, er betingelsen i nr. 1 opfyldt, selv om sygdommen ikke er blevet diagnosticeret i forsikringstiden. Tilsvarende er betingelsen opfyldt, hvis sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, selv om den endnu ikke har medført nogen skadelige følger.

Er de nævnte betingelser opfyldt, følger det af bestemmelsen, at forsikringstageren stilles, som om den pågældende sygdom var indtrådt i forsikringstiden, og reglen i forsikringsaftalelovens § 120 finder således

anvendelse. Det indebærer, at (yderligere) skadelige følger af sygdommen dækkes, selv om de først viser sig efter forsikringstidens ophør, medmindre andet er aftalt.

I praksis vil den foreslåede bestemmelse navnlig finde anvendelse i tilfælde, hvor en indhentet lægeerklæring ikke har oplyst om en allerede indtrådt sygdom, som derefter er blevet omfattet af forsikringen. At en lægeerklæring således har været fejlagtig eller ufuldstændig, kan enten skyldes et forkert lægefagligt skøn, eller at det med den lægevidenskabelige viden på det pågældende tidspunkt ikke var muligt at konstatere sygdommen. Bestemmelsen finder anvendelse, uanset hvad årsagen er til den fejlagtige eller ufuldstændige lægeerklæring.

Bestemmelsen omfatter efter ordlyden også tilfælde, hvor lægeerklæringen indeholdt oplysning om den pågældende sygdom, men hvor selskabet alligevel ikke har taget forbehold for sygdommen. Her vil det dog normalt også følge af gældende regler, at selskabet hæfter for sygdommen.

Bestemmelsen finder anvendelse, uanset om forsikringstageren (og den sikrede, hvis der ikke er identitet mellem den person, der tegner forsikringen, og den person, der får ret til forsikringsydelsen) var bekendt med indholdet af lægeerklæringen. Det er ligeledes uden betydning, om selskabet eventuelt har rekvireret helbredsoplysningerne med henblik på tegning af en anden forsikring, f.eks. en livsforsikring.

Det er uden betydning, om lægeerklæringen m.v. indhentes på forsikringstagerens eller forsikrings-selskabets initiativ. Helbreds-erklæringen skal imidlertid være afgivet med henblik på selskabets vurdering af den pågældende sygdom. Om dette er tilfældet, vil kunne fremgå enten direkte af erklæringen eller af omstændighederne i forbindelse med indhentelsen - f.eks. hvis forsikringstageren til brug for tegningen af en sygeforsikring er blevet henvist til en læge eller anden sagkyndig af selskabet med henblik på en vurdering af, om forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Var forsikringstageren ved aftalens indgåelse i god tro om den pågældende sygdom, vil selskabet efter den foreslåede bestemmelse bære hele risikoen for fejlagtige eller ufuldstændige lægeerklæringer m.v., som er indhentet i forbindelse med forsikringstegningen.

Var forsikringstageren ikke i god tro, vil selskabet derimod normalt ikke hæfte for sygdommen, jf. forsikringsaftalelovens almindelige regler om urigtige helbredsoplysninger m.v.

F. t. l. vedr. forsikringsaftaler

Bestemmelsen finder ikke anvendelse i tilfælde, hvor selskabet har »nøjedes« med den pågældendes egne helbredsoplysninger, og hvor der således ikke er fremlagt lægeerklæringer eller andre sagkyndige erklæringer om, hvorvidt den pågældende sygdom er indtrådt.

Den foreslåede bestemmelse ændrer ikke forsikringsaftalelovens § 120, som kan fraviges ved aftale. Udgangspunktet er således, at selskabet i tilfælde, hvor den foreslåede regel finder anvendelse, ikke kun hæfter for de skadelige følger, der måtte være opstået i forsikringstiden, men også hæfter for sådanne følger af den pågældende sygdom, som først viser sig efter forsikringens ophør. Har selskabet i forsikringsaftalen begrænset sin hæftelse for en sygdoms skadelige følger til kun at omfatte følger, som viser sig inden for en vis periode, f.eks. i forsikringstiden, gælder en sådan begrænsning også for følger af en sygdom, der var indtrådt, da forsikringen blev tegnet.

Den foreslåede udvidelse af selskabets hæftelse bør ikke medføre, at personer, der har været forsikret i flere selskaber, får en bedre beskyttelse end personer, der kun har været forsikret i ét selskab.

Sygeforsikringer med udbetaling af en kapitalerstatning er summaforsikringer, således at selskabet har pligt til at betale et bestemt beløb, uanset om der foreligger en skade, som kan måles i penge. Ved summaforsikringer er den almindelige hovedregel, at forsikringsydelse fra flere selskaber kan kumuleres. Denne hovedregel bør ikke gælde, når årsagen til, at flere selskaber hæfter for følgerne af en sygdom, er den foreslåede udvidelse af selskabets hæftelse til i visse tilfælde at omfatte følger af sygdomme, der er indtrådt inden forsikringstidens begyndelse. Hvis forsikringstageren var forsikret i ét selskab ved en sygdoms indtræden, men har skiftet forsikringsselskab, inden sygdommen blev konstateret, vil det første selskab hæfte for de skadelige følger af sygdommen efter den gældende regel i forsikringsaftalelovens § 120, mens det andet selskab vil hæfte for de samme følger i medfør af den foreslåede § 120 a.

Da den foreslåede nye bestemmelse har karakter af en undtagelsesregel, foreslås det på denne baggrund i *stk. 2* at begrænse dens anvendelsesområde til tilfælde, hvor ingen selskaber hæfter for de pågældende skadelige følger i medfør af den gældende bestemmelse i § 120. Var forsikringstageren forsikret i et andet selskab på det tidspunkt, hvor en sygdom antages at være indtrådt, skal forsikringstageren således fortsat rette sit krav mod dette selskab.

Det foreslås i *stk. 3*, at bestemmelsen ikke skal kunne fraviges ved aftale til skade for forsikringstageren. Dette begrænser ikke adgangen til i forsikringsaftalen at aftale en såkaldt karenstid, hvorefter selskabet ikke hæfter for forsikringsbegivenheder, der indtræder eller konstateres i en vis periode efter indgåelsen af forsikringsaftalen. En sådan karenstid udskyder forsikringstiden, og et vilkår herom vil inden for den foreslåede bestemmelses anvendelsesområde medføre, at selskabet ikke hæfter, hvis den pågældende sygdom diagnosticeres i karenstiden, eller hvis der kun viser sig skadelige følger af sygdommen i karenstiden.

Den nye bestemmelse foreslås indsat i forsikringsaftalelovens afsnit IV om ulykkesforsikring og sygeforsikring. Bestemmelsen får således ikke betydning ved andre former for personforsikring, f.eks. livsforsikring.

Til § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

Det foreslås endvidere, at de nye regler finder anvendelse på forsikringsaftaler, der indgås eller forlænges efter lovens ikrafttræden. Ulykkes- og sygeforsikringer indgås normalt for et år med vilkår om, at aftalen forlænges for et år ad gangen, hvis den ikke siges op med en vis frist. Sygeforsikringer, der er indgået før lovens ikrafttræden, vil således ikke være omfattet af lovændringen, før forsikringen eventuelt forlænges.

Til § 3

Bestemmelsen vedrører lovens territoriale anvendelsesområde.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

*Gældende formulering**Lovforslaget*

§ 10. ---

Stk. 2. Har selskabet forbeholdt sig at være fri for ansvar, hvis en oplysning, som gives af en anden end forsikringstageren viser sig at være urigtig, kan dette ikke medføre strengere virkninger, end hvis oplysningen var givet af forsikringstageren.

Stk. 3. ---

§ 1

I lov om forsikringsaftaler, jf. lovbekendtgørelse nr. 726 af 24. oktober 1986, som ændret senest ved § 1 i lov nr. 413 af 10. juni 1997, foretages følgende ændringer:

1. I § 10, *stk. 2*, indsættes som 2. punktum:

»Selskabet kan ikke forbeholde sig at være fri for ansvar, hvis helbredsoplysninger, der er givet af læger eller andre sagkyndige i forbindelse med tegning af en forsikring, som omfattes af § 120 a, viser sig at være urigtige eller ufuldstændige.«

Til lovforslag nr. L 246. Skriftlig fremsættelse (29. marts 2000)

Justitsministeren (Frank Jensen):

Herved tillader jeg mig for Folketinget at fremsætte:

Forslag til lov om ændring af lov om forsikringsaftaler. (Beskyttelse af forsikringstager i visse tilfælde, hvor det senere viser sig, at forsikringstageren var syg, da en forsikring mod sygdom blev tegnet).

(Lovforslag nr. L 246).

Formålet med lovforslaget er at give forsikringstagerne en bedre beskyttelse i visse tilfælde, hvor det efter tegning af en sygeforsikring m.v. viser sig, at forsikringstageren allerede var syg, da forsikringen blev tegnet.

Ved folketingsbeslutning af 18. december 1998 pålagde Folketinget regeringen at nedsætte et udvalg, der i første omgang skulle udarbejde forslag til en ændring af forsikringsaftaleloven, som præciserer, at forsikringsselskabet skal bære risikoen for sygdomme, der endeligt er diagnosticeret i forsikringstiden, selv om sygdommen er opstået og de første symptomer har vist sig før forsikringstiden. Udvalget skulle dog også kunne pege på andre løsninger, der sikrer større klarhed over, hvilken forsikringsdækning der ydes. Ifølge folketingsbeslutningen skal der fremsættes lovforslag på grundlag af udvalgets overvejelser i indeværende folketingsår.

Baggrunden for folketingsbeslutningen var en retssag, hvor et forsikringsselskab blev frifundet for et krav om dækning i henhold til en sygeforsikring. Forsikringen dækkede sygdom, herunder sklerose, der opstod i forsikringstiden. Forsikringstageren havde rejst kravet over for selskabet, efter at hun flere år senere havde fået konstateret sygdommen dissemineret sklerose i udbrud. Det blev i sagen lagt til grund, at sygdommen var brudt ud, før forsikringen blev tegnet, dvs. uden for forsikringstiden. Forsikringstageren havde været i god tro, og i forbindelse

med, at forsikringen blev tegnet, havde en speciallæge i en erklæring til brug for selskabets vurdering anført, at der ikke var grund til at tro, at forsikringstageren led af sklerose.

Justitsministeriet nedsatte i marts 1999 et udvalg om revision af forsikringsaftaleloven. Udvalget er sammensat med repræsentanter for berørte organisationer og myndigheder m.v. Udvalget afgav i januar 2000 en redegørelse med en enig indstilling om en ny regel i forsikringsaftaleloven.

Efter udvalgets forslag skal forsikringstageren stilles, som om en sygdom var indtrådt i forsikringstiden, hvis følger af sygdommen viser sig eller sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, og en læge eller en anden sagkyndig i forbindelse med forsikringens tegning har afgivet helbredsoplysninger med henblik på selskabets vurdering af, om forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Lovforslaget er udformet i overensstemmelse med udvalgets indstilling.

Lovforslaget indebærer en mindre begrænsning i den frihed, som parterne i øvrigt har til at træffe aftale om, hvilke begivenheder en forsikring skal dække.

Er det aftalt, at forsikringsbegivenheden er sygdom eller nærmere angivne sygdomme, således at forsikringen dækker, hvis en omfattet sygdom indtræder i forsikringstiden – et såkaldt skadesårsagsprincip – indebærer lovforslaget, at dækningsomfanget udvides til også at omfatte sygdomme, der er indtrådt inden forsikringstiden, hvis følgende betingelser er opfyldt, og forsikringstageren i øvrigt var i god tro:

- Sygdommen skal have vist sig eller være blevet diagnosticeret i forsikringstiden.
- Der skal i forbindelse med forsikringsaftalens indgåelse være afgivet helbredsoplysninger af en læge eller anden sagkyndig, og de pågældende oplysninger skal være givet

med henblik på forsikringselskabets vurdering af, om forsikringstageren led af den pågældende sygdom.

Med lovforslaget bliver det i de omhandlede tilfælde forsikringselskabet og ikke forsikringstageren, der bærer risikoen, hvis der er afgivet

fejlagtige lægeoplysninger i forbindelse med aftalens indgåelse.

Idet jeg i øvrigt henviser til lovforslaget og bemærkningerne hertil, skal jeg hermed anbefale lovforslaget til det Høje Tings velvillige behandling.

Beslutningsforslag nr. B 134. Fremsat den 29. marts 2000 af Tom Behnke (FRI), Kim Behnke (FRI), Thorkild B. Fransgaard (FRI) og Kirsten Jacobsen (FRI)

Forslag til folketingsbeslutning

om øget anvendelse af samfundstjeneste som sanktion over for personer, der dømmes for graffitihærværk

Folketinget opfordrer regeringen til inden 31. december 2000 at fremsætte de fornødne lovforslag og foretage de fornødne ændringer i bekendtgørelser, cirkulærer og andre administrative forskrifter med det formål at udvide brugen af samfundstjeneste som sanktion over for personer, der dømmes for graffitihærværk. Det skal ske efter følgende retningslinjer:

1. Graffitihærværk skal udtrykkeligt omfattes af de kriminalitetstyper, som kan udløse en dom til samfundstjeneste.
2. Enhver straf for graffitihærværk skal altid kombineres med samfundstjeneste.
3. Samfundstjenesten skal i videst muligt omfang være afrensning af graffiti og skal kunne udføres hos både offentlige og private virksomheder.

Bemærkninger til forslaget

Almindelige bemærkninger

Det er forslagsstillernes klare indtryk, at graffiti tager til overalt i samfundet, hvor graffitimalerne maler på stort set alt, hvad der er værd at male på.

Graffiti er således et helt normalt syn i gadebilledet i byerne og efterhånden også på landet, hvor broer og tunneller og andre bygninger og ting får et lag maling. Graffitimalerne maler på såvel offentlige som private ejendomme.

Samfundet bruger hvert eneste år millioner af kroner på at fjerne graffiti. F.eks. har DSB alene i løbet af 1998 oplevet en stigning på hele 35 pct. i udgifterne til fjernelse af graffiti. Hvis DSB kunne slippe for denne graffiti, ville billetpriserne kunne sænkes med hele 5 pct. Dertil kommer de store problemer med at tage togene ud af drift for at rengøre dem.

De, der maler graffiti, gør det formentlig for at udtrykke sig kunstnerisk og for at kunne prale af deres malerier og/eller de såkaldte tacs, som er graffitimalernes særlige signaturer. Det er derfor ikke ligetil at stoppe deres malerier, da behovet for at vise sig tilsyneladende ligger dybt i graffitimalerne.

Forslagsstillerne finder det derfor nødvendigt med et sanktionssystem, hvor gerningsmanden straffes på en måde, som får gerningsmanden til at overveje sine handlinger og forhåbentligt får gerningsmanden til at tænke sig om en ekstra gang, inden han eller hun gør det igen. Derfor skal dele af sanktionen være samfundstjeneste, og vel at mærke en samfundstjeneste, hvor arbejdet består i at fjerne graffiti.

I dag straffes graffitimalerne for overtrædelse af straffelovens § 291. Strafferammen er bøde, hæfte eller fængsel indtil 1 år. Efter § 291, stk. 2, kan straffen under visse skærpende omstændigheder stige til fængsel i 4 år.

Bemærkninger til forslagens enkelte bestemmelser

Ad 1.

Samfundstjeneste blev indført som en forsøgsordning i 1982. Kerneområdet for samfundstjeneste var fra starten berigelseskriminalitet bortset fra røveri. En

arbejdsgruppe nedsat af Straffelovrådet havde forinden udtalt, at personer, som dømmes for hærværk, efter en individuel bedømmelse kan være egnede til samfundstjeneste, men at en mere udstrakt anvendelse af samfundstjeneste over for denne gruppe kunne medføre uheldige reaktioner i offentligheden. Da ordningen blev lovfæstet i 1992, blev der fra Folketingets side lagt op til, at den hidtidige praksis fra forsøgsordningen skulle videreføres. Samfundstjenesten blev med andre ord ikke udvidet til nye kriminalitetsformer.

Selv om hærværk ikke udelukkede samfundstjeneste, har domstolene tilsyneladende været tilbageholdende med at anvende det i sådanne sager. Det fremgår bl.a. af statistikken i bemærkningerne til lovforslag nr. L 41 om udvidet brug af samfundstjeneste i sager om spirituskørsel. (Se Folketingstidende 1999-2000, tillæg A side 1125 og 1163.)

Forslagsstillerne mener, at i hvert fald det område inden for hærværkskriminalitet, der vedrører graffiti, nu er modent til at blive omfattet af samfundstjeneste. De uheldige reaktioner fra offentligheden, som eksperterne i begyndelsen af 80'erne var bange for, tror forslagsstillerne ikke på. Tværtimod vokser risikoen for de uheldige reaktioner, hvis ikke snart der bliver taget anderledes fat på dem, der maler graffiti.

I starten af 80'erne advarede arbejdsgruppen også mod samfundstjeneste i sager om spirituskørsel. Det område er justitsministeren nu klar til at sanktionere med samfundstjeneste, jf. lovforslag nr. L 41 i Folketingsåret 1999-2000. Forslagsstillerne mener, at Folketinget bør benytte lejligheden til at også at inddrage graffiti-kriminalitet.

Ad 2.

Forslagsstillerne ønsker ikke kun samfundstjeneste udvidet til at omfatte graffiti-kriminalitet. Der skal også ske skærpelse af sanktionen. Skærpelsen skal imidlertid ikke foregå ved hjælp af højere bøder eller længere fængselsstraffe, men derimod ved at samfundstjeneste idømmes i kombination med anden forskyldt straf, således at alle graffitihærværksmænd

idømmes samfundstjeneste. Det skal ske i form af en tillægsstraf i den milde ende af skalaen, hvor domstolene straffer forholdet med bøde og i den grove ende af skalaen, hvor domstolene straffer forholdet med ubetinget fængsel. På den måde kommer alle, der laver graffiti, til at rense graffiti af igen. Uden en udvidelse af muligheden for kombinationsstraf vil det som udgangspunkt kun være den mellemgruppe, som står til en betinget frihedsstraf, der kan idømmes samfundstjeneste.

Forslagsstillerne forventer, at domstolene vil idømme samfundstjeneste i minimum 30 timer for den milde hæværk og gradvis stigende i takt med grovheden af gerningen. Der vil formentligt ret hurtigt udvikle sig en retspraksis, hvor det ligger ret fast, hvor mange timers samfundstjeneste der skal gives i tillæg til de forskellige sanktionstyper.

Fidusen er, at gerningsmanden opdager, at det kræver hårdt arbejde at fjerne svineriet igen, og får tid til at tænke over, om det nu også var så god en ide at male graffiti. Samtidig vil samfundstjenesten bevirke, at graffiti fjernes, og bygninger og ting bliver pæne igen.

Således slår man 2 fluer med et smæk.

Samtidig skal gerningsmanden naturligvis fortsat betale fuld erstatning for de skader, han eller hun har udrettet, fuldstændig som det sker i dag. Betalingen skal ses i lyset af, at det fortsat vil koste penge at fjerne graffiti, idet den dømte ikke vil kunne gå alene og fjerne graffiti. Der skal altid være en leder med, som skal aflønnes, og dertil kommer udgifterne til administration, materialer og påklædning. Så gerningsmanden skal både have en sanktion og samtidig betale erstatning.

Ad 3.

Forslagsstillerne mener, at den bedste form for samfundstjeneste, graffitimalerne kan få, er rengøring af vægge, porte, togvogne, m.m., som er overmalet med graffiti. Derfor skal reglerne om samfundstjeneste ændres, således at det bliver muligt for Kriminalforsorgen at indgå aftaler med de private firmaer, som fjerner graffiti. Sådanne aftaler skal indgås på vilkår, der sikrer, at der kommer til at gælde samme grad af kontrol, tilsyn og retsgarantier, som gælder, når samfundstjenesten finder sted i det offentlige. Den eneste reelle forskel skal med andre ord være, at samfundstjenesten kan finde sted hos et privat firma.

Efter de gældende regler om samfundstjeneste eksisterer en mulighed for, at graffitimalere kommer til at rengøre togvogne for graffiti hos DSB. Denne mulighed skal efter forslagsstillernes mening udnyttes fuldt ud. I visse tilfælde kan en offentlig arbejdsplads' krav om ren straffeattest være en hindring for, at samfundstjeneste kan udføres det pågældende sted. Denne hindring bør kunne løses ved, at samfundstjenesten udføres under opsyn af en medarbejder fra Kriminalforsorgen.

For en god ordens skyld skal det præciseres, at arbejdsmiljøreglerne naturligvis skal overholdes, og arbejdslederen må således stille det nødvendige udstyr og beklædning til rådighed, så længe samfundstjenesten står på. Ligeledes kan der være tilfælde, hvor arbejdsmiljøloven forhindrer, at unge under en vis alder udfører arbejde med afrensning af graffiti eller dele af arbejdet. I de tilfælde må anden samfundstjeneste træde i stedet, eller kun dele af arbejdet udføres.

Samfundstjenesten skal efter forslagsstillernes mening ikke aflønnes, da der er tale om en sanktion og ikke et jobtilbud.

Skriftlig fremsættelse

Tom Behnke (FRI):

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

Forslag til folketingsbeslutning om øget anvendelse af samfundstjeneste som sanktion over for personer, der dømmes for graffitihæværk.

(Beslutningsforslag nr. B 134).

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger, der ledsager forslaget, og anbefaler det til Tingets velvillige behandling.