

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2017-447

18.8.2017

SpareBank 1 Forsikring AS (Liv)

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – uriktige opplysninger ved tegning – avkortning – fal. § 13-2, 13-13.

Ved tegning av barneforsikring i november 2008 svarte foreldrene nei på spørsmål om forsikrede tidligere hadde blitt kontrollert for bl.a. annen sykdom, skade eller fysisk handikap. Forsikrede fremmet i oktober 2016 krav om erstatning for diagnosen Skoliose og historikken viste at forsikrede fikk denne diagnosen i januar 2008. Selskapet avslo krav i november 2016 og det var tvist om foreldrene grovt uaktsomt hadde forsømt opplysningsplikten ved forsikringstegningen, herunder tvist om avkortningens størrelse. Også tvist om selskapet avslag var gitt uten ugrunnet opphold og om selskapet pliktet å utrede forsikredes vmi. Nemnda konkluderte med at opplysningsplikten var brutt og at uaktsomheten måtte anses som grov. Avkortningens størrelse kunne først vurderes etter at vmi var fastsatt og burde utgjøre mellom 75 og 50 % av erstatningen. Selskapets avslag var i samsvar med fal. § 13-13 og selskapet hadde etter vilkårene ikke plikt til å utrede forsikredes vmi.

Saksfremstilling

Forsikringstaker tegnet barneforsikring for barn født 2001, i november 2008. Hun ga i den forbindelse helseopplysninger. I spørreskjemaet, som er undertegnet 27.11.08, ble spørsmålene 6 og 10 besvart med nei. Spørsmålene lød:

6. Har barnet blitt kontrollert eller behandlet for annen sykdom, skade, forsinket utvikling, fysisk eller psykisk handikap eller noen feil på indre organer?

10. Har barnet vært innlagt eller behandlet på sykehus?

Det fremgår av "Redigert journal vedr. Skoliose for perioden 1/1-06 til 01/12-15" at forsikrede 31.1.08 fikk diagnosen (L85) skoliose INA. I journalen heter det:

Hun har vært på 1. klassekontroll på helsestasjonen og påvist skjev rygg og forhøyning høyre side når hun bøyer seg fremover.

... har en eldre søster på 18 år som har hatt ryggplager siden 7 års alderen og er nå operert for prolaps. Hun har vært til vurdering hos fysioterapeut som vel konkluderer med beinlengdeforskjell som årsak til ... ryggskjevhet. Vi forsøker med lett oppbygning i skoene under ve. Hæl.

I et poliklinisk notat fra ... Sykehus 24.6.08 heter det:

24.06.08. ...

Vurdering og tiltak:

Røntgen viser altså en høyre konveks thorakal skoliose med vertex Tk8, kobbvinkel på 15°, tilsvarende 14-15° venstre konveks lumbal skoliose med vertex. L2. Veldig lett rotasjon. Ingen anomalier. Informerer moren om tilstanden, og at skoliosen kommer vi til å følge med røntgen. Innkalles på nytt med ny røntgen om 6 måneder.

Hoveddiagnose

Det fremgår av erstatningskravet, datert 12.7.16, at forsikrede har "Skoliose", og at sykdommen ble konstatert av lege i august 2006.

Fastlegen ga en uttalelse til selskapet 10.9.16.

I brev 29.10.16 uttalte selskapet at det var avvik mellom svarene på spørsmålene i helseskjemaet og opplysninger i helsejournalen, og varslet at erstatning kunne bli avslått og forsikringen oppsagt. Selskapet mottok journalen fra ... universitetssykehus 2.11.16, og avslo deretter kravet 20.11.16 pga. grov uaktsomhet. Selskapet sa samtidig opp dekningen, men tilbød ny dekning med reservasjon for sykdom som skyldes skoliose med følger.

Nemndas sekretariat avgjorde deler av saken 24.5.17 i medhold av delegert avgjørelsesmyndighet, jf. lov om godkjenning av klageorganer for forbrukersaker § 22, jf. pkt. 11 i Finansklagenemndas saksbehandlingsregler. Forsikringstaker fikk ikke medhold i at det ikke var utvist grov uaktsomhet i forbindelse med avgivelsen av helseopplysninger november 2008. Selskapet fikk på den annen side ikke medhold i at det kunne avkorte kravet med 100 %. Avgjørelsen her måtte utstå til forsikredes varige medisinske invaliditet (vmi) var fastsatt, og avkortningen burde da høyst utgjøre 50 %.

Sekretariatet la til grunn at selskapet hadde oppfylt den strengere bevisbyrden som gjelder for grov uaktsomhet. Det ble vist til at det forelå en diagnose da forsikringstaker besvarte helseskjemaet. Det tilsa at spørsmålene 6 og 10 både objektivt og subjektivt sett ble besvart uriktig, og at det ble gjort for å få en bedre dekning enn hva selskapet ellers ville ha tilbudt. I forbindelse med vurderingen av om forsikringstaker objektivt sett hadde besvart spørsmålene uriktig, vurderte sekretariatet også om utformingen av de to spørsmålene kunne ha gitt grunnlag for misforståelse, og kom til at så ikke var tilfellet.

Nemndas sekretariat viste videre til at et selskap ikke har plikt til å utrede vmi. Det er kravstiller som her har bevisbyrden. Sekretariatet kunne heller ikke se at selskapet hadde fremsatt sine innsigelser mot kravet for sent, jf. fal. § 13-13.

Forsikringstaker har krevd saken lagt frem for nemnda. Det er ikke lagt frem ny dokumentasjon av betydning for nemndas avgjørelse.

Forsikringstaker har i det vesentligste anført at i lys av utformingen av spørsmålene i helseerklæringen, kan det ikke legges til grunn at hun svarte objektivt uriktig på spørsmålene 6 og 10. Uansett er hun ikke mer enn lite å legge til last for eventuelt å ha gitt uriktige svar på spørsmålene. Skjev rygg ble oppdaget ved rutinekontroll i forbindelse med skolestart, og ved røntgenundersøkelsen ble det konstatert lett skoliose. Forsikrede hadde imidlertid ingen problemer knyttet til dette. En eventuell uaktsomhet er under enhver omstendighet i nederste sjikt, og om det er grunnlag for avkortning vil et riktigere nivå være ca. 25 %. Selskapets standpunkt er uansett for sent fremsatt, jf. fal. § 13-13. Det grenser til rettsmisbruk når selskapet unnlater å følge loven og vilkårenes plikt til foreta en forsvarlig utredning av forsikredes vmi. Det er vist til nemndas saker FSN-2901, 2010-452, 2012-265, 2013-1235 og 2016-104.

Selskapet har i det vesentligste anført at forsikringstaker ga objektivt uriktige svar på spørsmålene 6 og 10, og utviste grov uaktsomhet. Om det var blitt gitt riktige opplysninger ville selskapet ha tatt reservasjon som omfatter årsaken til kravet. Selskapet kan da avkorte kravet.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Nemnda er enig med sekretariatet i at det ikke er noe å bemerke til utformingen av spørsmålene 6 og 10 i det aktuelle helseskjema. Nemnda er videre enig med selskapet i at selskapet har

sannsynliggjort med tilstrekkelig klarhet at forsikringstaker forsømte sin opplysningsplikt, og er mer enn lite å laste. Selskapet kan således avkorte sitt ansvar, se fal. § 13-2 annet ledd.

Nemnda er videre enig med sekretariatet i at fastsettelsen av avkortningens størrelse må utstå til forsikredes varige medisinske invaliditet pga. skoliosen er fastsatt, jf. fal. § 13-2 tredje ledd. Som hovedregel er det kravstiller som plikter å føre bevis for dette. Nemnda viser til at det i forsikringsvilkårene er tatt inn bestemmelser om fastsettelsen av medisinsk invaliditetsgrad. Nemnda kan ikke se at selskapet der har forpliktet seg til å sørge for slik fastsettelse.

Nemnda er imidlertid ikke enig med sekretariatet i at forsikringstakers uaktsomhet ligger i det nedre sjikt av grov uaktsomhet. Etter nemndas syn er uaktsomheten grovere, noe som har betydning for avkortningens størrelse. Etter nemndas syn bør den kunne utgjøre mellom 75 og 50 % av erstatningen, men ikke høyere enn 75 %. Som nevnt må endelig fastsettelse skje i lys av blant annet skadens omfang og det faktum at erstatningsbeløpet etter vilkårene tilfaller forsikrede.

Forsikringstaker har også anført at selskapet ikke ga beskjed om at det ville anføre grov uaktsomhet "uten ugrunnet opphold etter at selskapet ble kjent med det forhold som fører til at reglene kan i fal. Kap. 13 kan anvendes. Nemnda kan ikke se at det er noe å bemerke til selskapets saksbehandlingstid i dette tilfellet.

Uttalelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Ingrid Smedsrud (nestleder), Hege Opheim (nøytralt oppnevnt medlem), Mildrid Felland (selskapsrepresentant), Gro Farestvedt (selskapsrepresentant) og Ingebjørg Kiil (forbrukerrepresentant)