

# Finansklagenemnda Person

## Avgjørelse FinKN-2017-596

11.10.2017

Handelsbanken Liv NUF

### Livsforsikring/uføredokumenter/pensjon

Uføredokument – uriktige helseopplysninger ved tegningen – svik – fal. § 13-2.

Forsikrede fylte ut en helseerklæring i 1997, og opplyste blant annet ikke om sykmeldinger, resept på Alopam og fysioterapibehandling i forbindelse med en trafikkulykke 3 år tidligere. Forsikrede fremsatte krav om utbetaling i 2016. Selskapet avslo kravet under henvisning til svikaktig brudd på opplysningsplikten ved tegning. Sekretariatet avgjorde saken i medhold av delegert myndighet og la til grunn at selskapet hadde sannsynliggjort sin anførsel om svik Nemnda hadde ikke merknader til sekretariatets avgjørelse og selskapet ble gitt medhold.

---

### Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1956) fylte i 1997 ut en helseerklæring i forbindelse med tegningen av personforsikring med uførekapital. Hun svarte ja på spørsmål 5: "Har du i løpet av de siste 5 år vært undersøkt eller behandlet av lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, naturmedisinere eller andre behandlere", og opplyste at hun i 1995 ble behandlet ved F. på grunn av gallesten, med greit resultat. De medisinske opplysningene viste at forsikrede også hadde blitt undersøkt av lege og behandlet av fysioterapeut i forbindelse med en trafikkulykke i 1994.

Forsikrede svarte ja på spørsmål 7: "Er du henvist for å ta, eller har du i løpet av det siste året tatt prøver, røntgenbilder eller undersøkelser". På tilleggsspørsmålet: "Hvilke prøver eller undersøkelser har du tatt eller skal du ta", svarte hun: "Ultralyd i forbindelse med galleoperasjon". Og på spørsmålet: "Har du tatt/skal du ta prøver/undersøkelser (hvilken lege/sykehus)", var svaret at "operasjonen gikk helt fint, og jeg har ikke vært til flere undersøkelser". Spørsmålet: "Dersom du har tatt prøver, hva var resultatet?" ble ikke besvart. De medisinske opplysningene viste at forsikrede var til gastroskopiundersøkelse og rtg.colon i 1996.

Spørsmål 8 og 9, hhv.: "Har du i løpet av de siste 3 år brukt reseptbelagt medisin eller legemidler foreskrevet av lege for minst 14 dagers sammenhengende bruk", og "Bruker du eller har du brukt beroligende eller stimulerende midler (f eks. sovemidler, nervemidler, narkotika) i mer enn 2 uker?" ble begge besvart med nei. De medisinske opplysningene viste at hun hadde fått resept på Alopam.

Forsikringen omfattet uførekapital og selskapet stilte noen tilleggsspørsmål. Tilleggsspørsmål 2 ble besvart med nei: "Har du i løpet av de siste 5 år hatt vondt eller problemer i mer enn 2 uker med" "Rygg/nakke/skulder/arm", "Muskler/sener/ledd" og "Angst/depresjoner". Den medisinske dokumentasjonen viste at hun hadde hatt nakke- og skulderplager, samt depresjon.

Tilleggsspørsmål 3, om hun i samme periode hadde vært sykmeldt i mer enn 2 uker sammenhengende, ble også besvart med "Nei". Forsikrede hadde vært sykmeldt i perioden 1.2.94-30.4.94.

Forsikrede krevde uføreerstatning 22.2.16. Selskapet avsto kravet 23.8.16 fordi hun hadde trukket tilbake fullmakten til selskapet til å innhente helseopplysninger. Selskapet avsto kravet på nytt fordi forsikrede svikaktig hadde forsømt sin opplysningsplikt ved tegning av forsikringen.

**Forsikrede** har i det vesentlige anført at hun etter omstendighetene følte seg helt frisk da hun besvarte helseerklæringen. Hun var stresset, og svarte så godt hun kunne. Hun forstod ikke hvor viktig det var å få med alle detaljer, og hun fikk heller ikke informasjon om dette fra selskapet. Den medisinske journalen fremstår som ufullstendig, med mange feil og misforståelser. Sykemeldingen skyldtes et ønske om å få utsatt en eksamen den våren. Hun gikk bare til fysioterapibehandling et par ganger etter trafikkulykken ettersom hun følte at det var unødvendig. Hun anså seg ikke som syk, men takket ja til Alopam mot søvnvansker og uro for sine nærmeste. Videre svarte hun "nei" på tilleggsspørsmålene fordi hun ikke opplevde plagene i forbindelse med trafikkulykken som langvarige.

**Selskapet** har i det vesentlige anført at tidsnære nedtegnelser i den medisinske journalen, har størst bevisverdi. Det er ikke opp til den som gir opplysninger, å vurdere hva som skal oppgis. Opplysninger om selskapets reaksjoner på uriktige eller ufullstendige opplysninger fremgikk av erklæringens side 2. Det styrker ikke troverdigheten at forsikrede, etter å ha gitt selskapet utvidet fullmakt, trakk denne tilbake, da hun forsto at selskapet ville sjekke helseopplysningene hun ga ved tegningen, nøye. Det foreligger ingen annen rimelig forklaring enn at de uriktige og ufullstendige opplysningene er gitt bevisst, og at hensikten var å få en bedre forsikringsdekning enn hun ellers ville fått.

### **Sekretariatets avgjørelse**

Nemndas sekretariat avgjorde saken 25.7.17 i medhold av delegert avgjørelsesmyndighet, jf. lov om klageorganer for forbrukersaker § 22, jf. pkt. 11 i saksbehandlingsreglene. Forsikrede fikk ikke medhold i klagen.

Sekretariatet la til grunn at selskapet hadde sannsynliggjort anførselen om svik, jf. Rt. 1989 s. 689 og Rt. 2000 s. 59, og nemndas avgjørelse 2016-433.

Forsikrede klaget avgjørelsen til nemnda, jf. tredje ledd i samme punkt i saksbehandlingsreglene. Det er ikke lagt frem ny dokumentasjon av betydning for nemndas avgjørelse.

### **Finansklagenemnda Persons begrunnelse**

Nemnda har ikke noe å bemerke til selskapets avgjørelse.

Avgjørelsen er enstemmig.

### **Finansklagenemnda Persons konklusjon**

Selskapet gis medhold.

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