

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2017-690

16.11.2017

SpareBank 1 Forsikring AS (Liv)

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uførepensjon – behandling hos psykiater – opplysningsplikten – fal. §§ 13-1 a, 13-2 og 13-4.

Ved forsikringstegning i 2010 svarte forsikrede nei på spørsmål om han i løpet av de siste 10 årene hadde gått til samtale eller behandling hos psykiater. Han opplyste om utslitthet i 2005-2006 og selskapet hadde også opplysninger om sykmelding og depresjonsdiagnose i samme tidsrom. Forsikrede ble ufør i 2015 pga. depressiv tilstand. Selskapet avdekket at forsikrede hadde hatt samtaler med psykiater oktober 2008 – desember 2010, som ifølge en annen psykiater inngikk i et kollegastøtteprogram. Tvist om forsikrede avga uriktige opplysninger ved tegningen og om dette eventuelt tilsa 100 % avkortning. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at forsikrede grovt uaktsomt hadde forsømt opplysningsplikten ved tegningen. Nemnda var ikke enig med selskapet i at dette tilsa 100 % avkortning og reduserte avkortningsprosenten til 70 %. Forsikrede ble gitt delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1973, lege) undertegnet 6.10.10 egenerklæring om helse i forbindelse med søknad om uførepensjonsforsikring og dekningen Kritisk sykdom.

Spørsmål 9 i erklæringen som gjaldt om han har "eller ... i løpet av de siste 10 årene (har) hatt angst depresjon, utbrenthet, spiseforstyrrelser eller andre nervøse lidelser, eller har du gått til samtaler eller behandling hos psykolog eller psykiater?", ble besvart med "nei". I rubrikken for "ja" oppga forsikrede imidlertid at han "var sykmeldt pga. utslitthet 2005-2006 og 1/2 år pga. samlivsproblemer og utslitt på jobb". Behandlende lege ble opplyst å være fastlegen.

Etter anmodning opplyste fastlegen 16.11.10 blant annet om situasjonsbetinget psykisk ubalanse 20.1.06 – 31.10.06 og depressiv episode, moderat 5.1.06 -19.1.06, med noe psykisk ubalanse deretter i perioder frem til 1.1.07. Det ble videre opplyst at forsikrede var blitt vist til psykiater R. 20.2.06 som hadde sendt fastlegen en oppsummerende epikrise 10.5.07. Fastlegen opplyste også om sykemeldinger 25.12.05 – 5.2.06 pga. depresjon og 7.3.06 – 31.12.06, også pga. depresjon.

Ved tegningen fikk selskapet også helseopplysninger fra et annet selskap, som hadde innhentet disse i forbindelse med erstatningskrav pga. ervervsuførhet i 2005/2006. Dokumentene inneholdt opplysninger om diagnosene depressio mentis og nevrasstenia i 2005/2006. Av en legeerklæring 28.7.06 fremgikk at forsikrede ville ha behov for samtalerterapi, veiledning og evt. antidepressiva i fremtiden. Foruten fastlegen fremkom kontakt med psykiater R.

Forsikringssøknaden ble antatt med reservasjon for obstruktive lungesykdommer (astma og/eller bronkitt) og lidelser i venstre skulder.

Forsikrede fremmet i juni 2016 krav om ytelser og oppga "Sykdom, akutt belastningslidelse (inkl. depresjon)" som uføreårsak. Han opplyste at sykdommen oppsto i 2014, og at første sykedag var 1.6.15. Uføreårsak er i selskapets «Legeerklæring ved krav om erstatning ved arbeidsuførhet»,

20.06.14 angitt som "Reaktiv depressiv tilstand F 32.0, Mild depressiv episode". Erklæringen er utferdiget av lege/psykiater S.

Selskapet anmodet R. om å få tilsendt journalnotater og epikriser fra tidsrommet 1.1.10 – 18.2.11. R. opplyste at S. hadde overtatt journalen. Av tilbakemeldingen fra S. 20.9.16 vedlagt journaler fra R., fremgikk at forsikrede hadde hatt regelmessige samtaler med R. før tegningen, bl.a. dagen før forsikringssøknaden.

I brev 11.10.16 ba selskapet forsikrede kommentere avviket mellom helseerklæringen og at han før tegningen regelmessig var til behandling hos R. Forsikrede svarte ved å vise til legeerklæring utstedt av S. 30.10.16:

På bakgrunn av Deres anførsler ... synes det som om De legger til grunn at pasienten var under behandling hos psykiater R. Det riktige er at han ble henvist til psykiater R for veiledning under DNLFs kollegastøttesystem og har gått til ham for veiledning over flere år. Veiledningen var knyttet til hans utøvelse av legerollen og ble nøye fulgt av Helsetilsynet som ledd i hans skikkethet som lege. ...

...

Da R ble pensjonist overtok jeg flere av hans pasienter til fortsatt behandling og oppfølging samt kolleger for fortsatt veiledning. Når det gjelder ... ble dette rask endret fra kollegastøtte og – veiledning til pasient i behandling under et depressivt bilde av reaktiv karakter.

Selskapet avsto kravet 7.11.16 pga. grov uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten ved tegningen. Korrekte opplysninger ville ha medført reservasjon for psykisk lidelse, og selskapet tilbød å opprettholde avtalen med en slik reservasjon.

Forsikrede har anført at han ikke ga uriktige helseopplysninger. Han hadde ingen depresjonsdiagnose på tegningstidspunktet, og kontakten med R. var utelukkende som en del av legeforeningens kollegaveiledning med mål om å gjøre forsikrede bedre på kommunikasjon/informasjon/mentaliserings i den hensikt å gjøre ham bedre rustet i sin jobb som lege pga. klage/misforståelser. Forsikringstegningen i 2010 ble sett på som en videreføring av tidligere avtale med et annet selskap. Nytegningen/videreføringen skjedde i forbindelse med skifte av bankforbindelse.

Subsidiært anføres at avkortning med 100 % ikke er i samsvar men nemndspraksis.

Selskapet har i hovedsak anført at det var grovt uaktsomt ikke å opplyse om samtaler med R. i perioden oktober 2008-desember 2010. Ved å svare nei på spørsmålet i erklæringen om han de siste 10 år hadde gått til samtale hos psykolog eller psykiater, ga forsikrede et uriktig bilde av sin helse, og har fått en forsikringsdekning som han ellers ikke ville ha fått. Korrekt svar på helseerklæringen ville ha medført reservasjon for psykiske lidelser. Skyldgraden og nærhet i tid mht. psykiatersamtalen, tilsier at avkortningen settes til 100 %. At forsikrede selv anså forsikringstegningen som en videreføring av tidligere avtaler er ingen formildende omstendighet i denne sammenheng.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken for nemnda gjelder om selskapet har sannsynliggjort at forsikrede grovt uaktsomt forsømte sin opplysningsplikt da han søkte om dekningene uførepensjon og Kritisk sykdom 6.10.10. Nemnda kan ikke se at det er tale om en fortsettelse av det avtaleforhold han tidligere hadde hatt i et annet selskap om tilsvarende dekninger.

Selskapet har anført at forsikrede grovt uaktsomt forsømte sin informasjonsplikt ved ikke i sitt svar på spørsmål 9 i helseerklæringen å opplyse om han i løpet av de siste 10 årene hadde gått til samtaler eller behandling hos psykolog/psykiater. Etter fal. § 13-2 annet ledd kan selskapets

ansvar settes ned eller falle bort om den forsikrede "ellers forsømt sin opplysningsplikt og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last". Selskapet kan således reagere om de uriktige opplysningene er gitt uaktsomt, dvs. at forsikrede har visst at opplysningene var uriktige. Men forsikrede er vernet om han bare er lite å legge til last. Om så er tilfelle vil bero på en konkret vurdering av forholdets art, hvilke forutsetninger han eller hun hadde for å kjenne korrekt faktum og "forholdene ellers". Nemnda har lagt til grunn at beviskravet er skjerpet når et selskap anfører at det foreligger grov uaktsomhet, se uttalelse 2014-463. Det er selskapet som har bevisbyrden, dvs. som må sannsynliggjøre at det foreligger grov uaktsomhet.

Saken gjelder om forsikrede uaktsomt ikke opplyste om samtaler/behandling hos psykiater. Det fremgår utvilsomt av den fremlagte dokumentasjonen at forsikrede har hatt samtaler med psykiater i løpet av årene oktober 2000 – oktober 2010. En fremlagt epikrise utstedt av psykiater R. viser at forsikrede 20.2.06 – 31.10.06 ble behandlet av ham for en situasjonsbetinget psykisk ubalanse. Forsikrede gikk på nytt til behandling/samtaler hos R. 23.10.08 – 17.12.09 pga. samlivsbrudd. Av en rapport til fylkeslegen 8.10.10 ser det ut som om kontakten var utvidet til også å gjelde andre forhold.

Slik nemnda ser det, er utformingen av spørsmål 9 ikke til å misforstå, og nemnda finner det vanskelig å konkludere med annet enn at spørsmål 9 er uriktig besvart. Selskapet må i tillegg sannsynliggjøre at dette ble gjort grovt uaktsomt, dvs. at forsikredes handlemåte avviker markert fra normen, se HR-2017-1977-A avsnitt 44 flg. I svaret på spørsmål 9 opplyste forsikrede som nevnt om sykemelding mv. i 2005-2006 pa. samlivsbrudd. Som nevnt foran, fremgikk tilsvarende opplysninger av de dokumenter selskapet fikk oversendt fra det andre selskapet i 2010. Der fremgikk dessuten at han hadde behov for samtalerterapi. Forsikredes fastlege, som selskapet også kontaktet etter å ha mottatt helseerklæring, opplyste også om problemer i 2006 og at han da ble henvist til psykiater R., som hadde sendt selskapet en "oppsummerende epikrise" i mai 2007.

Forsikrede har vist til at han ikke hadde depresjonsdiagnose da erklæringen ble utfylt. Slik nemnda ser det, er det uten betydning. Spørsmålet gjaldt forhold under de forutgående 10 årene.

Samlet sett, er nemnda, om enn under noe tvil, kommet til at forsikredes uriktige svar på spørsmål 9 må anses som et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte, og at selskapet har oppfylt sin bevisføringsplikt.

Selskapet har lagt til grunn at ansvaret skal falle helt bort, ikke settes ned. Nemnda kan ikke se at selskapet har foretatt noen vurdering etter fal. § 13-2 tredje ledd. Feilens betydning for selskapets vurdering av risikoen, er bare ett av flere momenter av betydning for avgjørelsen av avkortningens størrelse. Andre momenter er "skyldgrad, skadeforløp og forholdene ellers."

Selv om forsikrede har utvist grov uaktsomhet ved besvarelsen av spørsmål 9, mener nemnda etter en konkret vurdering at avkortningen bør kunne settes til 70 %.

Uttalelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold ved at avkortningen settes til 70 %.

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