

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2017-724

24.11.2017

AXA PARTNERS SAS NORWAY BRANCH

Sykeforsikringer/barnekasko

Gruppegjeldsforsikring – uriktige helseopplysninger — refusjon av premie – fal. §§ 13 -1 a og 13-2.

kunnskap om sykdom eller symptomer siste 12 måneder. Sykehistorikken viste at forsikrede på tegningstidspunktet mottok AAP, og hadde vært sykemeldt de siste 12 måneder. Tvist om forsikrede er mer enn lite å legge til last for uriktige helseopplysninger, herunder om avkortningen bør være 100 %. Subsidiært spørsmål om forsikrede har krav på refusjon av innbetalt forsikringspremie. Sekretariatet avgjorde saken i medhold av delegert myndighet og la til grunn at forsikrede hadde brutt opplysningsplikten og at forholdene tilsa 100 % avkortning. Nemnda hadde ikke merknader til sekretariatets avgjørelse. Mht. forsikredes krav om å få refundert innbetalt forsikringspremie, bemerket nemnda at forsikredes handlemåte i det minste måtte rubriseres som grovt uaktsomt. Når det var tilfelle, kunne krav om refusjon av premie ikke imøtekommes. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1959) søkte 28.10.14 via nettsiden til Bank Norwegian om medlemskap i bankens gruppegjeldsforsikring. Hun bekreftet blant annet at hun var frisk og arbeidsfør, ikke hadde kunnskap om sykdom eller symptomer siste 12 måneder, eller om eksisterende sykdom, symptomer eller skade som kunne påvirke hennes arbeidsførhet, og ikke hadde mottatt diagnose eller behandling for sykdom som kan påvirke hennes arbeidsførhet.

Selskapet sendte forsikringsvilkår og -bevis 29.10.14. I oversendelsesbrevet ble det understreket at avtalen baserte seg på de helseopplysninger som ble gitt ved søknaden, og gyldigheten av avtalen forutsatte at disse var riktige.

Forsikrede fremmet krav 29.9.16. Hun opplyste at Nav hadde innvilget henne 100 % uføretrygd 18.1.16. Det kom etter hvert frem at forsikrede hadde mottatt arbeidsavklaringspenger fra Nav på tegningstidspunktet. Hun hadde vært sykemeldt 25.11.13 - 27.3.14 pga. psykisk ubalanse, sorgreaksjon og spiseforstyrrelser, og var dessuten blitt behandlet for spiseforstyrrelse i mai 2014.

I brev 16.12.16 ba selskapet om kommentarer til misforholdet mellom opplysningene ved tegningen og forsikredes faktiske helsesituasjon på og forut for tegningstidspunktet. I brev 30.12.16 skrev forsikrede om at hun hadde hatt spiseforstyrrelser siden ungdomstiden, og at hun på tegningstidspunktet regnet med å bli omskolert. Selskapet avsto kravet 8.1.17. Det ble vist til at forsikrede forsettlig hadde gitt uriktige helseopplysninger ved tegningen, jf. fal. § 13-1 til § 13-4, og at hun var mer enn lite å legge til last for dette. Forsikringen ble oppsagt med 14 dagers varsel, jf. fal. § 13-3.

Forsikrede har hatt en klagesak i Finansklagenemnda Bank knyttet til låneavtalen, jf. avgjørelse 2017-503.

Forsikrede har bl.a. anført at hun på tegningstidspunktet ikke hadde tanker om at sykdommen ville medføre uførhet. Hun trodde at omskoleringstiltak ville føre henne tilbake i fullt arbeid. Hun hadde aldri før vært sykemeldt eller blitt behandlet for de lidelser som medførte uføretrygd. På/forut for tegningstidspunktet hadde hun "møtt veggen" og befant seg i en svært vanskelig økonomisk situasjon, bl.a. som følge av pleie av kreftsyk datter de siste årene av hennes liv.

Selskapet har anført at forsikrede har gitt uriktige opplysninger om egen helse ved forsikringstegningen, jf. fal. § 13-1 a, og at hun er mer enn lite å legge til last for dette. Selskapet anførte videre at det må legges til grunn at forsikrede forsettlig avga uriktige opplysninger og at hun ikke ville ha fått tegnet forsikring dersom hun hadde gitt riktige opplysninger. Dette må medføre at selskapets ansvar bortfaller helt.

Sekretariatets avgjørelse

Nemndas sekretariat avgjorde saken 19.9.17 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 forsikrede uriktig oppga at hun var frisk og arbeidsfør på tegningstidspunktet. Hun svarte også uriktig på spørsmål om sykdom siste 12 måneder. Sekretariatet forstod det slik at hun mottok AAP på tegningstidspunktet og senere hadde fått innvilget uførepensjon grunnet psykiske plager som hun hadde slitt med lenge. Sekretariatet hadde ikke merknader til selskapets standpunkt om 100 % avkortning og la til grunn at korrekte helseopplysninger ville medført avslag på forsikringssøknaden. Fra nemndspraksis ble det vist til nemndas avgjørelser 2016-366, FSN-6238, FSN-3330 og FSN-2574.

Forsikrede klaget avgjørelsen til nemnda, jf. tredje ledd i samme punkt i saksbehandlingsreglene. Det er ikke fremlagt ny dokumentasjon av betydning for nemndas. Forsikrede har subsidiært krevd å få refundert innbetalt forsikringspremie. Selskapet har avviste at det er grunnlag for refusjonskravet, jf. uttalelse 2015-352.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Nemnda har ikke noe å bemerke til sekretariatets avgjørelse. Det er etter nemndas syn ikke tvilsomt at forsikrede har brutt opplysningsplikten, jf. fal. § 13-1a. Nemnda er imidlertid i tvil om selskapet anfører at forsikrede svikaktig forsømte opplysningsplikten, jf. § 13-2 første ledd, om forsømmelsen er rubrisert som grovt uaktsomt, eller om handlemåten er rubrisert som mer enn lite å legge til last, jf. paragrafens annet ledd. Slik nemnda ser det, må forsikredes handlemåte i det minste rubriseres som grovt uaktsomt. Når så er tilfellet, kan nemnda ikke se at kravet på refusjon av betalt forsikringspremie kan imøtekommes.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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