

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2018-051

2.2.2018

Gjensidige Forsikring ASA

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uriktige helseopplysninger ved tegning – grov uaktsomhet – fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-3.

Ved tegning av individuell uføredekning ble det ikke opplyst om sykehusinnleggelser og behandlinger, samt utskrevne medikamenter pga. hodepine/migrene, nakke- og ryggsmarter. Spørsmål om forsikrede utviste grov uaktsomhet ved tegning, om selskapet i så tilfelle kunne avkorte med 75 %, og si opp avtalen. Sekretariatet avgjorde saken i medhold av delegert myndighet og la til grunn at forsikrede grovt uaktsomt hadde gitt uriktige og ufullstendige svar på flere av spørsmålene i helseerklæringen, herunder at det var grunnlag for avkortning og oppsigelse av avtalen. Nemnda var enig i sekretariatets avgjørelse og selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1990) tegnet i april/mai 2014 en livsforsikring med blant annet uføredekning. Hun fylte ut helseerklæring 30.5.14. Spørsmål 9 om sykemelding i mer enn en uke sammenhengende i løpet av siste 5 år ble besvart med nei. På spørsmål 11 om besøk hos fastlegen og/eller annen lege i løpet av de siste 5 år svarte forsikrede at hun hadde hatt lungebetennelse i 2012. Spørsmål 12 om undersøkelse, behandling, operasjon, kontroll ved sykehus mv. i løpet av de siste 10 år ble besvart med ja og blindtarmbetennelse. Spørsmål 18 om hun bruker eller hadde brukt reseptbelagt medisiner eller legemidler, ble besvart med ja, og opplysning om allergimedisin og elveblest. Spørsmål 25 om vondt i, eller problemer med, muskler, skjelett, sener og ledd i en periode på mer enn 2 uker i løpet av de siste 5 år ble besvart med "rygg 2010, 4-5 måneder, prolaps korsrygg". Det ble videre krysset av for at hun hadde vært helt frisk og symptomfri siden 2010. Dessuten opplyste forsikrede at hun hadde vært til behandling hos fysioterapeut/kiropraktor ved R. Klinikken.

Selskapet aksepterte forsikringen med reservasjon for ryggglidelser og elveblest for så vidt gjelder uføredekningen.

I forbindelse med krav om uføreytelser innhentet selskapet fastlegejournalen. Denne viste at hun hadde vært innlagt på sykehus pga. mistanke om mononukleose 16.-17.10.06. Den 3.10.07 opplyste hun om to hjernerystelser etter fall fra hest de siste 3-4 måneder, og at hun hadde vært innlagt på sykehus. Hun hadde mye hodesmerter, og ble henvist til MR-undersøkelse. Røntgensvaret viste ikke noe patologisk. Hodepinen vedvarte, og hun fikk henholdsvis 19.11.07 og 29.1.08 utskrevet Tramadol (smertestillende). Den 3.5.08 er notert tendinitt og resept på Voltaren. Både 16. og 17.5.08 fikk hun øyeblikkelig hjelp på legevakten. Fastlegen henviste henne 18.5.08 til nevrologisk avdeling M. sykehus, hvor hun var innlagt 18.-20.5.08. I epikrisen heter det at hodepinen hadde intensitet VAS 8-9, at de aktuelle symptomer startet etter hjernerystelse juli 2007, at hun deretter har hatt gjentatte episoder med hodepine i 3-4 dager opptil 3-4 ganger per måned. Hoveddiagnose er migrene med aura, og bidiagnose tensjonshodepine. Hun ble anbefalt bruk av migrenemedisin ved anfall. Den 3.8.08 hadde hun igjen et fall fra hest, med mulig kort

bevisstløshet. Den 9.9.08 fikk hun utskrevet Imigran (migrenemedisin). Hun var sykmeldt 9.-22.11.09 etter en blindtarmoperasjon. Den 7.6.10 fikk hun resept på Napren-E og Pinex Forte for mulig prolaps, 15.10. og 26.10.11 på Voltaren, 25.11.11 på Pinex Forte, og 28.11.11 på Pinex Forte, Voltaren samt Stesolid.

Den 19.11.11 noterte fastlegen nakkeplager, og jevnlig behandling hos fysioterapeut og kiropraktor. Mistanke om prolaps nevnes, og forsikrede var innlagt på M. sykehus 25.-28.11.11, på grunn av ryggen. Fastlegen noterte 28.5.12 hodepine med feber, at hun tidligere har hatt migrene, men at det var 3 år siden siste anfall. Forsikrede trodde smertene var et migreneanfall. Den 4.10.12 falt hun av hest i galopp, og landet på hode/nakke. Hun hadde smerter i hodet, var kvalm og kastet opp. Legen henviser til røntgen.

Forsikrede ble etter hvert sykmeldt, og mottar arbeidsavklaringspenger fra Nav.

Forsikrede fremmet telefonisk krav om utførelser september 2016. Selskapet anmodet 23.9.16 om egenerklæring og fullmakt til å innhente relevante journaler, og purret på svar 8.11., 30.11. og 14.12.16. Forsikrede undertegnet egenmelding og utvidet fullmakt 9.12.16. Navs dokumenter ble oversendt 17.1.17. Den 19.1.17 ba selskapet om utvidet fullmakt, som ble gitt 5.3.17, hvorefter selskapet 10.3.17 ba om innsyn i legens journal. Den ble oversendt 12.4.17. Selskapet avholdt et møte med forsikrede, og selskapets besluttet 14.6.17 å avkorte erstatningen med 75 % på grunn av grov uaktsomhet, og å si opp utføredekningen.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ved tegningen opplyste kunderådgiveren om at hun eventuelt måtte gå til lege for å kunne besvare alle spørsmålene, og at denne hadde svart at dette ikke var så farlig ettersom selskapet ville kontakte lege for mer utfyllende svar. Forsikrede trodde dette var i orden da det på siste side i erklæringen ble gitt fullmakt til selskapet til å innhente helseopplysninger. Selskapet kjente således til at opplysningene i erklæringen kunne være ufullstendige. Det var ingen grunn til at selskapet ikke skulle benyttet fullmakten til å innhente journaler. Forsikrede har krav på full erstatning. Selskapet kan ikke si opp avtalen.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede ga uriktige eller mangelfulle opplysninger under spørsmålene 9, 11, 12, 18, og 25, og at dette var grovt uaktsomt. Hadde forsikrede gitt korrekte opplysninger ville selskapet ha avslått søknaden. Det kreves ikke årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og årsaken til uførheten. Selskapet kan avkorte kravet med 75 %. Bankens rådgiver ga ikke misvisende informasjon om hva det skulle opplyses om. Når forsikrede ikke opplyste om de aktuelle forholdene, hadde selskapet ingen foranledning til å foreta undersøkelser.

Sekretariatets avgjørelse:

Nemndas sekretariat avgjorde saken 21.11.17 i medhold av delegert avgjørelsesmyndighet, jf. lov om godkjenning av klageorganer for forbrukersaker § 22, jf. pkt. 11 i saksbehandlingsreglene. Forsikrede fikk ikke medhold i klagen.

Sekretariatet la til grunn at forsikrede ved tegning ga objektivt uriktige/ufullstendige svar på spørsmålene 9, 11, 12, 18 og 25. Etter sekretariatets vurdering var plagene knyttet til hode, nakke og rygg betydelige, og det strenge beviskravet for grov uaktsomhet var oppfylt, og selskapet kunne avkorte forsikredes krav med 75 %. Sekretariatet viste til nemndas saker 2015-397, 2012-228, 2017-018, 2017-231, 2014-478. Det kan ikke legges til grunn at rådgiveren i banken anbefalte eller rådet forsikrede til å gi uriktig opplysninger, jf. nemndas uttalelser 2012-210 og 2012-046.

I brev datert 5.12.17 ba forsikrede om at saken forelegges nemnda. Det er ikke fremlagt nye opplysninger av betydning for saken.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Nemnda er enstemmig enig i sekretariatets avgjørelse.

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).