

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2018-784

4.11.2018

SpareBank 1 Forsikring AS (Liv)

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Svik ved tegning – avdødes lege nektet å utlevere journal - § 13-1a, 13-2 første ledd.

Forsikrede tegnet dekning for egen død ca. 10 måneder før han ble funnet druknet. Han svarte nei på spørsmål om han hadde/hadde hatt problemer med alkohol, angst, depresjon mm. Legen nektet å utlevere journaler etter dødsfallet, men opplyste at forsikrede hadde hatt angst og alkoholproblemer før tegning. Spørsmål om selskapet hadde oppfylt bevisbyrden for svik ved tegning. Nemnda uttalte at flere svar på spørsmålene i helseerklæringen var objektivt sett uriktige. Nemnda kunne ikke se at det var noen annen rimelig forklaring på dette enn at forsikrede ønsket å tegne en forsikring som han ellers ikke ville ha fått, og selskapet hadde dermed oppfylt den strenge bevisplikten for svik. Selskapet fikk medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1958) tegnet i november 2016 en dødsforsikring på kr 500 000. Hans to sønner (klagerne) ble ført opp som begunstiget med en halvpart til hver.

Forsikrede svarte nei på spørsmål i helseerklæringen om han de siste 10 årene hadde hatt et overforbruk av alkohol, eller blitt anbefalt behandling for alkoholproblemer, og om han de 10 siste årene hadde hatt angst, depresjon, andre psykiske plager, eller gått til psykolog eller psykiater av andre årsaker. Videre svarte han nei på spørsmål om han hadde opplysninger om "andre særlige forhold" som han måtte forstå at var viktig for selskapets risikovurdering.

Forsikrede ble funnet druknet 28.9.17.

Forsikredes fastlege skrev 17.10.17 i "Legeerklæring ved dødsfall" at dødsårsaken er ukjent. På spørsmål om andre vesentlige tilstander som kunne ha bidratt til døden, svarte han: "Alkoholisme, angst og depresjon", at disse symptomene oppsto 2.12.08, og at diagnose ble stilt 27.4.09. På spørsmål om hvordan tilstanden hadde utviklet seg før dødsfallet skrev legen "*stabil*", og at tilstanden ikke ble medisinsk behandlet. På spørsmål om forsikrede i løpet av de siste 10 årene hadde hatt andre sykdommer eller plager, skrev legen "Alkoholisme" i et "ukjent" tidsrom.

Politietterforskningen konkluderte med at forsikrede falt i sjøen ved et uhell, og saken ble henlagt.

Klagerne fremmet krav om utbetaling 19.10.17.

Selskapet orienterte klagerne 23.10.17 om at det ville innhente opplysninger fra politiet og fastlegen. Fastlegen ble purret 20.11.17 og 4.12.17. Den 4.12.17 skrev selskapet også til klagerne, og opplyste at fastlegen ikke svarte. Saken ville bli avsluttet om dokumentasjonen ikke ble oversendt innen tre uker. Heller ikke politidokumentene var mottatt. I brev 4.1.18 nevnte selskapet at opplysningene i fastlegens dødsattest tydet på at forsikrede hadde gitt uriktige helseopplysninger. Selskapet skrev videre at kravet ikke kunne behandles uten redigert fastlegejournal. Dokumentasjonen ble etterlyst, og selskap gjentok at man ville avslutte saken om opplysningene ikke forelå innen 14 dager.

Etter ytterligere kontakt varslet selskapet 16.3.18, at det vurderte å avslå kravet på grunn av uriktige helseopplysninger ved tegning. Kravet ble avslått 23.4.18, fordi forsikrede etter selskapets syn svikaktig hadde gitt uriktige helseopplysninger ved tegning, jf. fal. § 13-1a, jf. § 13-2 første ledd.

Fastlegen skrev i brev 7.5.18 at han ikke hadde sendt redigert journal til selskapet fordi avdøde ikke kunne samtykke til dette. Det heter videre:

Det er kjent utifra journal at avdøde inntok alkohol nærmest daglig, og at har gjort dette over mange år. Dette var selvmedisinering for sin angst som tidligere hadde gjort at han falt ut av arbeidslivet. Depresjoner forekom, men var ikke dype og var relatert til hendelser i livet som var vanskelige.

Han hadde stabilt oppmøte hos fastlege, ble oppfattet som i stabil helse. Fikk perioder hvor det var påkrevde edruelighet forskrevet beroligende medisin, men det var kun nå og da.

Klagerne har i det vesentlige anført at de har gjort alt de kan for å opplyse saken, herunder samtykket til innsyn i journalene. Selskapet kan da ikke avslå kravet.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige helseopplysninger, da han tegnet forsikringen, jf. fal. § 13-1a, jf. § 13-2 første ledd.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Klagerne har anført at de har gjort det som har vært mulig å opplyse i saken, og at deres krav da ikke kan avslås. Nemnda er enig i at klagerne ikke er noe å bebreide. Selskapets begrunnelse for å nekte utbetaling under dekningen er imidlertid at forsikrede ikke ville ha fått denne forsikringen om han hadde svart riktig på spørsmålene i helseerklæringen. Svarene på disse spørsmålene er grunnlaget for selskapets vurdering av om det vil inngå en forsikringsavtale eller ikke.

Etter fal. § 13-1a annet ledd plikter den som søker en forsikring å gi riktige og fullstendige svar på de spørsmål som selskapet har stilt. Dersom selskapet sannsynliggjør at den forsikrede svikaktig har forsømt sin opplysningsplikt etter § 13-1a, er selskapet fri for ansvar, se § 13-2 første ledd. Dette innebærer dels at det objektivt sett må være gitt uriktige eller mangelfulle svar på spørsmålene i helseerklæringen, dels at det med tilstrekkelig sannsynlighetsvekt kan legges til grunn at forsikringstaker/den forsikrede må ha visst at opplysningene var uriktige. Det er selskapet som må bevise at forsikringstaker/den forsikrede handlet med nødvendig skyld, dvs. har hatt et økonomisk motiv. Selskapet må med klar sannsynlighetsovervekt vise at det både bevisst ble gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger, og at disse ble gitt for å få en forsikringsavtale eller en bedre avtale enn han ellers ville ha fått.

Fastlegen har både i Legeerklæring ved dødsfall og i brevet av 7.5.18 opplyst at forsikrede led av alkoholisme, angst og tidvis depresjon, at symptomene oppsto i 2008, og at diagnose ble stilt i 2009. Det er videre opplyst at forsikrede drakk alkohol for å dempe angsten, noe han hadde gjort i en årrekke. Nemnda er enig med selskapet i at dette også må ha vært situasjonen da han fylte ut helseerklæringen, og flere svar på spørsmålene i helseerklæringen er derfor objektivt sett uriktige.

Nemnda kan ikke se at det finnes noen annen rimelig forklaring på dette enn at forsikrede ønsket å tegne en forsikring som han ellers ikke ville ha fått, og mener at selskapet har oppfylt den strenge bevisplikten for svik.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Kaja de Vibe Malling (nestleder), Hege Opheim (nøytralt oppnevnt medlem), Mildrid Felland (selskapsrepresentant), Gro Farestvedt (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Gyrid Giæver (forbrukerrepresentant).