

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2019-711

1.10.2019

AXA PARTNERS SAS NORWAY BRANCH

Sykeforsikringer/barnekasko

Gjeldsforsikring – midlertidig uførhet – opplysningsplikt – avkortning – fal. §§ 13-2 og 13-13.

Ved forsikringstegningen i 2017 bekreftet forsikrede at han var frisk og ikke hadde kjennskap til sykdom/symptomer de siste 12 måneder. Forsikrede ble sykemeldt ca. 4 måneder senere og av innsendt legeerklæring fremgikk bl.a. at hoveddiagnosen var Sarkoidose, samt at han hadde vært utredet for hoste og lungesyntomer siden 2009. Diagnosen Sarkoidose ble verifisert i 2015. Spørsmål om selskapet kunne avkorte med 75 % i erstatningen med henvisning til at forsikrede grovt uaktsomt hadde brutt opplysningsplikten ved tegningen. Også spørsmål om selskapets avgjørelse mht. angivelse av skyldgrad var i samsvar med forsikringsavtaleloven (fal.) § 13-13. Nemndas flertall konkluderte med at forsikrede grovt uaktsomt hadde brutt opplysningsplikten ved tegningen og hadde ingen merknader til avkortningens størrelse. Selskapets saksbehandling var ellers i samsvar med de krav som fulgte av fal. § 13-13 og selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1968) tegnet 10.11.17 betalingsforsikring knyttet til sitt kredittkort. Ved tegningen bekreftet forsikrede bl.a. at han:

- Er frisk og fullt arbeidsfør og har vært i jobb eller selvstendig næringsvirksomhet minimum 16 t./uken i en periode på minimum 6 mnd sammenhengende forut for startdato for forsikringsavtalen.
- Ikke har kjennskap om sykdom eller symptomer de siste 12 måneder eller om eksisterende sykdom, symptomer, skade, ikke har diagnose eller fått behandling for sykdom/skade, som kan påvirke din arbeidsførhet. ...

Etter tegningen mottok forsikrede forsikringsbevis, vilkår og et informasjonsbrev hvor det bl.a. fremgikk hvilke opplysninger forsikrede hadde gitt. Av brevet fremkom også at de gitte opplysninger var en forutsetning for at forsikringen skulle gjelde. Vilkårene for medlemskap fremgikk også av forsikringsbeviset.

Mht. forsikringsytelsene fremgikk av forsikringsbeviset:

For dødsrisiko: Gjenstående saldo etter låneavtalen, eksklusive eventuelle misligholdte avdrag og renter av slike. Selskapenes maksimale ansvar er begrenset til NOK 500 000 for alle Avtaler og for alle forsikringer. Medlemmet har hos Forsikringstaker.

Under de øvrige forsikringer vil den månedlige forsikringsytelsen dekke et beløp tilsvarende det månedlige terminbeløp spesifisert i Avtalen, begrenset til maksimum NOK 13 000. Det betales ytelser for maksimalt 12 måneder per erstatningstilfelle.

Forsikrede ble sykemeldt 1.3.18 og fremmet krav under forsikringen 27.3.18. Selskapet mottok legeerklæring 12.4.18 og hvor det oppgis at forsikredes hoveddiagnose er B-99 – Sarkoidose. Det fremgikk videre at forsikrede var utredet for hoste og lungesyntomer siden 2009 og at han etter hvert hadde fått påvist Sarkoidose. (Verifisert i 2015)

Grunnet opplysninger om tidligere diagnose, ønsket selskapet å innhente legejournal, samt oversikt over sykeperioder i året før tegningstidspunktet. Opplysningene ble mottatt i mai 2018.

Legejournalen viste bl.a.:

Sykdom 31.10.17 Sarkoidose. 10 % reduksjon i lungefunksjon

14.8.17

Problem med syk kone ... Han er sliten, sliter selv med følger av sarkoidosen. ... sykemelding for diagnosen sarkoidose 14.8.2017-29.8.2017

31.10.17

Konklusjon: Progresjon av sarkoidoseforandringer

Den 22.5.18 varslet selskapet forsikrede om at det forelå brudd på opplysningsplikten, noe som kunne medføre bortfall av eller reduksjon i forsikringsytelsene. Forsikrede ble bedt om merknader til selskapets brev innen 14 dager. Deretter ville selskapet ta endelig stilling til forsikredes krav.

Forsikredes tilbakemelding 28. og 29.5.18 var at den oppgitte sykemelding i august 2017 ikke skyldtes sarkoidose, men situasjonsbetingede forhold knyttet til hans ektefelle. Han oversendte også sykmeldinger fra 2018 hvor det fremgikk at syke diagnosen var sarkoidose, mens bidiagnosen var oppgitt til aterosklerotisk hjertesykdom.

I brev datert 22.6.18 anførte selskapet at det forelå brudd på opplysningsplikten etter fal. §§ 13-1 til 13-4 og selskapet begrunnet sitt standpunkt bl.a. slik:

... Dine plager er å betrakte som en sykdom/skade som du burde ha opplyst om på tegningstidspunktet, og du oppfylte derfor ikke forutsetningene for å tegne forsikring. Opplysningsplikten etter Forsikringsavtaleloven § 13-1 a er således forsømt og du er mer enn lite å legge til last. Selskapets ansvar kan derfor settes ned eller falle bort i henhold til Forsikringsavtaleloven § 13-2 andre ledd.

Din kommentar er imidlertid tatt med i betraktningen og det er kommet til at du har handlet grovt uaktsomt men ikke med forsett. Selskapets ansvar reduseres derfor med 75 % og forsikringen sies opp etter endt kravperiode (etter 12 måneders utbetaling eller dagen før du kommer tilbake i jobb)

Det informeres i brevet om adgangen til å kreve nemndsbehandling ved FinKN.

Etter intern klagebehandling, ble saken klaget inn til Finansklagenemnda.

Forut for klagen ble det innhentet uttalelse fra forsikredes lege angående sykemeldingen i august 2017. Det siteres fra brev datert 19.8.18 til selskapet:

Denne sykemeldingen var ikke effektivt pga. symptomer fra lungene. Aktuelle sykemelding oppsto som en belastningssum av egen diagnose og konens alvorlige lidelse og økende pleiebehov ...

Det var på dette tidspunkt kommet til en belastnings grense, hvor sykemeldingen syntes medisinsk indisert. Sykemeldinger må som kjent skrives på egen helse, hvorfor var nærliggende å bruke (forsikredes) sin egen diagnose på sykemeldingen, selv om ikke sarkoidosen rent funksjonsmessig hadde noe med saken å gjøre.

Det ble av undertegnede bedømt at en kortvarig sykemelding på (forsikrede) var indisert for å forebygge mental overbelastning og mer langvarig sykeperioder (Forsikrede) selv var nok ikke bevisst konsekvensen av å bruke diagnosen "Sarkoidose" på sykemeldingen.

Selskapet har under klagebehandlingen opplyst at full erstatning i saken utgjør kr 40 660 slik at tvistebeløpet etter avkortning utgjør kr 30 495.

Forsikrede har i det vesentlige anført at det ikke foreligger brudd på opplysningsplikten, subsidiært at han kun er lite å legge til last. Klager har ikke unnlatt å gi opplysninger som han måtte forstå var av betydning for selskapets vurdering av risikoen. Kvalifiseringsspørsmålene er lite presise og overlater til forsikrede selv å vurdere om det er forhold ved hans helse som kan påvirke hans arbeidsførhet. Forsikrede hadde ikke slik kunnskap og det vises til diverse informasjon knyttet til

diagnosen sarkoidose, både generelt og for forsikrede selv. Det anføres at forsikrede ikke hadde grunn til å tro at diagnosen hadde betydning for selskapets risikovurdering og det anføres videre at ikke enhver sykeperiode, f.eks. influensa, må oppgis til selskapet. Det anføres videre at forsikrede ville ha fått tegnet forsikring med en reservasjon dersom diagnose hadde vært kjent for selskapet og det vises bl.a. til nemndas avgjørelser 2013-398 og FSN-3607. Dagens uførhet skyldes hjerteproblemer og ville ikke blitt rammet av en eventuell reservasjon knyttet til sarkoidose. Mht. sykemelding i august 2017 vises det til legens bekreftelse på at denne var situasjonsbetinget. Førøvrig anføres at selskapets avslag ikke oppfyller kravene i fal. § 13-13 og at selskapet dermed ikke kan påberope brudd på opplysningsplikten. Dette begrunnes dels med at selskapet ikke har gitt klar informasjon om hvilken skyldgrad som foreligger og dels med at selskapet ikke har informert om klagefrister. Det vises til nemndas avgjørelse 2011-123. Også dette tilsier at selskapet plikter å utbetale full erstatning i saken.

Selskapet har i det vesentlige anført at det foreligger brudd på opplysningsplikten og at dette tilsier en avkortning på 75 %. Konkret vises det til at forsikrede var sykemeldt i august 2017 og hvor diagnosen bl.a. var sarkoidose. Av legejournalen fremgår at forsikrede 31.10.17, 10 dager før forsikringstegningen, har "progresjon av sarkoidoseforandringer". Også i sykemeldinger i 2018 oppgis sarkoidose som sykemeldingsårsak. Det er ikke riktig at forsikrede ville ha fått tegnet forsikring med reservasjon dersom diagnosen var kjent for selskapet. Det foretas ikke individuell helsebedømmelse ved tegning av det aktuelle produkt. For å være omfattet av forsikringen må forsikrede bl.a. bekrefte at man ikke har kjennskap til sykdom eller symptomer de siste 12 måneder før tegningen, jf. nemndas avgjørelse 2017-724. Forsikrede hadde slik kunnskap og ville ikke vært omfattet av forsikringen dersom han hadde svart korrekt. Mht. avkortningens størrelse har selskapet bl.a. vektlagt at sarkoidose er oppgitt som diagnose både før og etter tegningen, noe som også tydet på at dette kan ha betydning for forsikredes arbeidsførhet, jf. progresjon av sarkoidoseforandringer notert 31.10.17. Selskapet avviser at det foreligger brudd på de formelle kravene i fal. § 13-13 og viser til at selskapet i sin avgjørelse 22.6.18 anfører at skyldgraden er grov uaktsomhet. Videre fremgår det at avgjørelsen kan påklages til FinKN.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om brudd på opplysningsplikten ved tegning, og eventuelt størrelsen på selskapets avkortning.

Det følger av forsikringsavtaleloven (fal.) § 13-1a at selskapet ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurdering av risikoen, og at forsikringssøkeren skal gi riktige og fullstendige svar på disse spørsmålene. Det følger videre av fal. § 13-2 første ledd at selskapet er uten ansvar dersom forsikrede svikaktig har forsømt opplysningsplikten. Selskapet kan videre si opp avtalen i slike tilfeller jf. fal. § 13-3.

Finansklagenemnda Persons flertall, leder, Farestvedt og Giertsen, bemerker:

Flertallet bemerker innledningsvis at det aktuelle gjeldsforsikringsproduktet ikke anses som en livsforsikring i forhold til forsikringsavtaleloven (fal.), jf. 2011-022. Det er på det rene at det ikke foretas individuell helsebedømmelse ved denne type "midlertidig uføredekning". Dette innebærer blant annet at sykemelding siste 12 måneder diskvalifiserer for medlemskap. For sykemeldinger så nære tegningstidspunktet, er det ikke overlatt til forsikrede å vurdere sykemeldingens betydning for vedkommendes arbeidsførhet.

Flertallet legger til grunn at forsikrede var kjent med sin sykemelding i august 2017 og til utviklingen av diagnosen sarkoidose, jf. journalnotat datert 31.10.17. Dette innebærer at forsikredes bekreftelse på at han ikke hadde vært sykemeldt eller hadde kjennskap til sykdom siste

12 måneder, ikke var korrekt. Svaret på dette spørsmålet var ikke avhengig av forsikredes egen oppfatning av diagnosens betydning for arbeidsførheten. Det er etter flertallets syn ikke tvilsomt at forsikrede har brutt opplysningsplikten, jf. fal. § 13-1a.

Det følger av fal. § 13-2 at selskapets ansvar kan settes ned når opplysningsplikten er forsømt og forsikrede er mer enn lite å legge til last for dette. Ved avgjørelsen skal det tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers. Det er opplyst at full utbetaling under forsikringen utgjør kr 40 660 og at selskapets avkortning med 75 % innebærer at avkortningen er på kr 30 495.

Selskapet har anført at det foreligger grov uaktsomhet. Under hensyntagende til at de forhold det spørres om (sykemelding/diagnose) forelå kort tid før tegningen, har ikke flertallet merknader til selskapets standpunkt. Det synes klart at korrekt svar ville medført at forsikringen ikke var blitt etablert. Avkortningens størrelse vil bero på en konkret vurdering. I nyere praksis varierer avkortningsprosenten ved grov uaktsomhet mellom 60 og 75 %, jf. avgjørelsene 2019-091, 2019-089, 2018-051, 2017-723, 2017-690, og nemnda har ingen bemerkninger til selskapet avkortningsprosent.

Flertallet kan ikke se at det er grunnlag for forsikredes anførsel om at selskapets saksbehandling er i strid med fal. § 13-13. Selskapets avkortningsavgjørelse er datert 22.6.18 og inneholder informasjon om at selskapet anså forholdet som grovt uaktsomt. Det er videre vist til adgangen til å kreve nemndsbehandling. Det forholdet at selskapet ikke har gitt en klagefrist (her eventuelt fal. § 18-5 andre ledd), innebærer kun at det ikke foreligger en klagefrist, og har ingen betydning for selskapets adgang til å påberope brudd på opplysningsplikten.

Mindretallet, Bjønness og Kvålen, bemerker:

Mindretallet mener det ikke fremgår av verken tegningsgrunnlag eller forsikringsbevis at enhver sykemelding de siste 12 måneder diskvalifiserer for medlemskap i ordningen. Sykemelding er her ikke særskilt omtalt. Like fullt har forsikrede gitt feilaktige opplysninger ved tegningen, grunnet sin diagnose/sykdomshistorikk. Det foreligger da grunnlag for avkortning i saken. Manglende spørsmål om sykemelding i teksten må få betydning for vurderingen av hvilken avkortningsprosent som skal legges til grunn. Mindretallet finner ikke grunn til å gå nærmere inn på dette.

Avgjørelsen er avgitt under dissens.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Gro Farestvedt (selskapsrepresentant), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Ingrid Sande Kvålen (forbrukerrepresentant).