

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2020-292

22.4.2020

Gjensidige Forsikring ASA

Sykeforsikringer/barnekasko

Tegning – uriktige opplysninger – mer enn lite å legge til last – avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1 a, 13-2 og 13-3.

Forsikrede avga helseopplysninger i forbindelse med tegning av dekning for alvorlig sykdom og en behandlingsforsikring i februar 2018. På spørsmål om øresus opplyste forsikrede om en "kort periode med øresus, har gått over". Forsikrede svarte bl.a. nei på spørsmål om han hadde hatt langvarige/tilbakevendende hodepine eller diffuse plager/svimmelhet. Journaler viste at forsikrede hadde hatt plager med bl.a. øresus, tette bihuler, hodepine og svimmelhet både før og ved tegning. De viste videre at forsikrede hadde forsøkt flere behandlinger, og at forsikrede fikk jevnlig massasje for nakke/skuldre før tegning. Forsikrede fremmet krav om utbetaling under dekningen for alvorlig sykdom i 2019 pga. hjernesvulst. Spørsmål om forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning av dekningene, og om selskapet i så tilfelle kunne avkorte i erstatningskravet, samt si opp behandlingsforsikringen. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at forsikrede var mer enn lite å legge til last for uriktige helseopplysninger ved tegningen. Nemnda hadde ingen merknader til selskapets avkortningsprosent eller til selskapets oppsigelse av behandlingsforsikringen. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (gårdbruker/daglig leder, f. 1990) tegnet i februar 2018 dekning for alvorlig sykdom og en behandlingsforsikring.

Han avga helseopplysninger 21.2.18. Han svarte nei på spørsmål om hjerterelaterte plager de siste 10 årene. På spørsmål om øresus opplyste han om en "*kort periode med øresus, har gått over*". Han svarte nei på spørsmål om han de siste 5 årene i mer enn 14 dager/gjentatte ganger hadde hatt plager med rygg/nakke/skuldre eller armer, om han hadde hatt langvarig/tilbakevendende hodepine eller diffuse plager/svimmelhet. På spørsmål om han de siste 3 årene hadde fått behandling hos kiropraktor, fysioterapeut eller annen behandler, opplyste han om behandling for korsbånd, og om sykemelding for dette. Han svarte nei på spørsmål om andre sykdommer, skader eller plager, og om andre særlige forhold han måtte forstå var av betydning for selskapet.

Journaler før tegning

Legen noterte 28.7.14 og 7.9.15 forkjølelse med tett nese og press/smerter i pannen/hodepine, og forsikrede fikk foreskrevet Rinexin.

Den 28.4.16 noterte legen at han den siste måneden hadde hatt øresus, piping i øret, og svimmelhet, og de siste dagene flere ganger daglig. Legen skrev "*Tinnitus? Meniers?, BPPV?*", og henviste til øre-nese-halsspesialist. Den 30.8.16 noterte legen hovne mandler og at han gikk på Rinexin for bihuler. Han gikk på Apocillin, men ble ikke bedre. Den 31.8.16 hadde han høy feber, og startet på en Apocilinkur han hadde hatt liggende, fordi han var så tett i bihulene. Den 25.9.17

hadde han hatt tette bihuler i 3-4 uker, perioder med øresus som han hadde hatt tidligere, men liten effekt av Rinexin. Legen noterte 20.10.17 tette bihuler "*til og fra i flere år, forverret siste 6 mnd*". Han hadde forsøkt ulike medikamenter, men begrenset effekt også på hodepine. CT av bihuler 6.11.17 viste liten slimhinnefortetning, ellers ok.

Den 22.3.18, en måned etter han ga helseopplysningene, hadde han "*blafrelyd*" i øret nesten daglig, men kunne gå opptil en uke uten plager. Fikk også svimmelhet når det kom. Han lurte på om han var allergisk mot hest. Det var svært plagsomt med "*blafringen*" i hverdagen.

Forsikrede fikk i mars 2019 påvist svulst på hjernen.

I sykehusepikrise 22.3.19 ble det notert at han ca. et år tidligere fikk påvist høyresidig grenblokk, at han hadde hatt et nakketraume for ca. 15 år siden, og at han jevnlig fikk massasje for nakke/skuldre. Videre at han de siste 3-4 årene hadde vært plaget med kortvarige episoder på opptil noen minutters tinnitus/lyd i øret og svimmelhet.

Den 26.3.19 skrev legen at tinnitusanfallene antakelig skyldtes lavgradig epilepsi på grunn av svulsten.

Forsikrede ble operert for hjernesvulst 8.4.19.

Fastlegen opplyste 16.5.19 at første symptomer på svulst på hjernen ble oppdaget 30.3.19. I ny erklæring 17.6.19 opplyste sykehuslege at han ca. et år tidligere fikk påvist grenblokk, men at dette ikke ble behandlet.

Selskapet avslo kravet 30.9.19, og skrev innledningsvis:

Vi mener at du ikke har overholdt opplysningsplikten ved søknad om forsikring den 21.02.18.

Dette medfører:

at erstatningen ved alvorlig syk vil bli avkortet med 25 %.

at forsikringen behandlingsforsikring vil bli oppsagt med 14 dagers varsel.

Og oppsummeringsvis:

Ved uaktsomhet kan selskapet avslå eller avkorte erstatningen. Selskapet kan avkorte fra 1 til 100 % av forsikringssummen, avhengig av hvor grov uaktsomheten er. Etter dette konkluderer selskapet med at du har opptrådt simpel uaktsomt ved inngåelse av ovennevnte forsikringsavtale og at dette forhold rammes av FAL §§ 13-1a.

Overensstemmende med FAL § 13-2, 2. ledd, vil selskapet avkorte erstatningen med 25 %. Det betyr at det vil bli utbetalt 75 % av forsikringssummen.

...

Overensstemmende med FAL § 13-3, 1. ledd, sier vi herved opp din behandlingsforsikring i sin helhet med 14 dagers varsel. Dersom selskapet hadde hatt kjennskap til dine helseplager forut for tegning, ville du ikke ha fått tegnet behandlingsforsikring.

Forsikredes klage til Finansklagenemnda var datert 18.11.19.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke ga uriktige opplysninger. Dersom noen svar anses uriktige, var han uansett bare lite å legge til last for disse. Uaktsomhet forutsetter at forsikrede positivt visste at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, og at de ble gitt i den hensikt å få en forsikring han ellers ikke ville ha fått, jf. Rt. 2000 s. 59. Vurderingen må ta utgangspunkt i forsikredes forståelse av til dels uklare spørsmål. Forsikrede svarte korrekt på spørsmålene iht. måten spørsmålene var stilt på i helseerklæringsskjemaet. Selskapet er den profesjonelle part, og bør ha ansvaret for å identifisere de opplysninger som kan ha betydning for risikovurderingen, ikke forsikringstaker, jf. Ot.prp. nr. 41 (2007-2008) s. 68. Forsikrede ga selskapet fullmakt til fritt å

innhente helseopplysninger av betydning, som også viser at han ikke bevisst ønsket å skjule noe for selskapet. Øresus, svimmelhet og bihuleplager var forbigående, og borte ved tegning. Det var tilfeldig at blafrelyden kom tilbake kort tid etter tegning. Han oppfattet ikke at massasje for nakke/skuldre, og som ikke var foreskrevet av lege, skulle opplyses. Det er ingen opplysninger i journal om slike plager i nakke/skuldre. Han burde antakelig opplyst om medisiner, men disse ble gitt for forbigående plager og dette var helt unnskyldelig. I alle tilfeller fremstår det lite sannsynlig at selskapet ville nektet tegning.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning, og at han var mer enn lite å legge til last for dette. I avslaget 30.9.19 ble dette vurdert både i relasjon til dekningen for alvorlig sykdom og for behandlingsforsikringen. Selskapet kan derfor avkorte kravet med 25 %, og si opp behandlingsforsikringen.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om selskapet har sannsynliggjort at forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning, jf. forsikringsavtaleloven (fal.) § 13-1 a og om selskapet i så tilfelle kan avkorte kravet og si opp dekningen for alvorlig sykdom og behandlingsforsikringen, jf. fal. §§ 13-2 og 13-3.

Etter fal. § 13-1 a kan selskapet ved tegning av forsikring be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen. Forsikrede plikter etter annet ledd å gi riktige og fullstendige svar på spørsmål selskapet stiller. Videre skal forsikrede på selskapets oppfordring gi opplysninger om særlige forhold som han eller hun må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, selv om dette ikke direkte omfattes av de spørsmål som er stilt i helseerklæringen. Det sentrale i opplysningene som etterspørres er at de skal danne grunnlag for selskapets risikovurdering.

Det er selskapet som har bevisbyrden for at forsikrede ga uriktige opplysninger og for at han er mer enn lite å legge til last for dette. Fal. § 13-2 regulerer nedsettelse av selskapets ansvar når opplysningsplikten er forsømt. I første ledd reguleres svikaktig forsømmelse. Etter annet ledd kan selskapets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstaker ellers har forsømt opplysningsplikten såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Spørsmålet om forsikrede er "ikke bare lite å legge til last" må avgjøres ut fra en konkret vurdering av forholdets art, hvilke forutsetninger forsikrede hadde for å kjenne korrekt faktum, og "forholdene ellers", jf. Rt. 2000 s. 59.

Nemnda tar først stilling til om forsikrede objektivt sett ga uriktige helseopplysninger. I fastlegens journal ble det i perioden april 2016 og frem til tegning notert flere tilfeller av øresus, bihuleproblemer og til dels hodepine. Så sent som 25.9.17 ble tette bihuler i 3-4 uker og øresus notert i journalen. Legen noterte 20.10.17 "tette bihuler til og fra i flere år, forverret siste 6 mnd", og videre at forsøkte behandlinger hadde begrenset effekt, også på hodepine. Under spørsmålet om øresus og hodepine finner nemnda på denne bakgrunn at det var objektivt uriktig å bare opplyse om "kort periode med øresus, har gått over". Etter nemndas syn var det også objektivt uriktig å ikke opplyse om svimmelhet, som var notert knyttet til tette bihuler. Når han ikke opplyste om bihuleplager og plager opplevet knyttet til dette, var det etter nemndas syn objektivt uriktig å ikke opplyse om legebesøk de siste 12 månedene før tegning, og som var knyttet til disse plagene. Videre finner nemnda at det var objektivt uriktig å ikke opplyse om massasje av nakke/skuldre, og som han bare vagt opplyste om i samtale med utreder. Da forsikrede ikke opplyste om forholdene under spørsmålene over, finner nemnda at det var objektivt uriktig å ikke opplyse om disse under spørsmålet om andre plager eller særlige forhold.

Det neste spørsmålet er om forsikrede var mer enn lite å legge til last da han ga de uriktige opplysningene. Dette må også vurderes i lys av at forsikrede ved innsendelsen erklærte at "... opplysningene jeg har gitt i denne helseerklæringen, er så fullstendig og nøyaktige som mulig".

Forsikredes plager med tilbakevendende og til dels langvarige bihuleplager, hodepine og øresus ble opplevet å ha en sammenheng. Han responderte etter hvert dårlig på behandling, og forsikrede hadde plager i flere uker bare noen måneder før tegning. Notatet 22.3.18 må etter nemndas syn også forstås slik at den nesten daglige og svært plagsomme blafringen i øret da hadde pågått i lengre tid, idet han opplyste at det kunne gå opptil en uke uten plager. I lys av dette finner nemnda det sannsynliggjort at forsikrede hadde disse plagene innimellom da han ga helseopplysningene. Videre ble det i sykehusjournal 22.3.19 notert at forsikrede de siste 3-4 årene hadde vært plaget med kortvarige episoder med tinnitus/ørelyd og svimmelhet. Nemnda legger til grunn at forsikrede må ha forstått at opplysningen om "øresus en kort periode, har gått over", var klart uriktig. Nemnda finner det vanskelig å forstå at ikke forsikrede opplyste om sine tilbakevendende bihuleplager, hodepine og øresus, som han også fikk foreskrevet medikamenter for. Det samme gjelder det forhold at han ikke opplyste om massasje for nakke-/skulder. Opplysningene i journaler er knyttet til en sykkelulykke mange år tidligere, og etter nemndas syn var massasjen han fikk klart omfattet av en normal forståelse av begrepet behandling.

Både hver for seg, og i enda større grad samlet, finner nemnda at forsikrede var mer enn lite å legge til last for de unnlatte/mangelfulle opplysningene. Det presiseres at det i vurderingen av om forsikrede var mer enn lite å legge til last ikke er et vilkår at forsikrede forsto at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, eller at de ble gitt i den hensikt å få en forsikring han ellers ikke ville har fått.

Selskapet har opplyst at det ikke ville akseptert forsikringen på de aktuelle vilkår dersom forsikrede hadde gitt korrekte/fullstendige opplysninger, og nemnda legger dette til grunn.

Selskapet kan etter dette avkorte i forsikredes krav med hjemmel i fal. § 13-2 annet ledd. Slik saken foreligger fremstår ikke selskapets avkortning på 25 % som for høy. Klagen hva gjelder avkortning av kravet under dekningen for alvorlig sykdom fører derfor ikke fram.

Det følger av vilkårene at forsikringen "Alvorlig sykdom" opphører ved utbetaling av erstatning. Selskapet har anført at det kan si opp behandlingsforsikringen. Etter fal. § 13-3 første ledd kan selskapet si opp forsikringen med 14 dagers varsel der det i forsikringstiden blir kjent med at opplysningsplikten er forsømt, og det ikke bare er lite å legge den forsikrede til last.

Etter nemndas syn har selskapet rett til å si opp behandlingsforsikringen. Det følger av selskapets avslag av 30.9.19 at det har vurdert og konkludert med oppsigelse av forsikringen. De ulike dekningene er vurdert separat i tråd med praksis fra nemnda, jf. 2018-603.

Nemndas medlem Sande Kvålen, som er enig i resultatet, har følgende særmerknad:

Jeg er enig i at forsikrede er mer enn lite å legge til last grunnet forsømt opplysningsplikt og videre konsekvensene av opplysningssvikten. Jeg er derimot ikke enig i at alle de overnevnte spørsmålene er besvart uriktig/mangelfullt fra forsikredes side ut fra situasjonen på tegningstidspunktet. Selskapet har ikke i tilstrekkelig grad sannsynliggjort at forsikrede har svart objektivt uriktig/mangelfullt på spørsmålet om forsikrede har hatt plager med nakke/skuldre gjentatte ganger i løpet av de siste 5 årene, spørsmålet om migrene, langvarig eller tilbakevendende hodepine eller spørsmålet om han har fått behandling av kiropraktor, fysioterapeut eller annen behandler de siste 3 årene.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant), Ingrid Sande Kvålen (forbrukerrepresentant).