

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2020-339

13.5.2020

Storebrand Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uriktige opplysninger ved tegning – grovt uaktsomt – senere korrigeringer – fal. § 13-1, 13-2 og 13-3.

Forsikrede avga helseopplysninger i forbindelse med tegning av gruppelivsforsikring. Han svarte nei på spørsmål om sykemelding, på spørsmål om utmattethet/utbrenthet/diffuse smertetilstander, samt om psykiske lidelser/behandling for dette de siste 10 årene. Av mottatte opplysninger fremgikk bl.a. henvisning til psykologspesialist og psykiater 2-3 år før tegning, samt at han hadde vært delvis sykmeldt. Saken reiste spørsmål om forsikrede ga uriktige helseopplysninger ved tegning og om selskapet i så tilfelle kunne avkorte kravet 100 %, samt si opp dekningen/innta ny reservasjon. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at forsikrede grovt uaktsomt hadde brutt opplysningsplikten ved tegningen. Nemnda hadde ingen merknader til selskapets avkortningsprosent, samt tilbudet om reservasjon knyttet til avtalen. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (lege, f. 1980) tegnet en gruppelivsforsikring 1.4.13. Han fylte ut og undertegnet selskapets helseerklæring 5.2.13. I erklæringen ble han blant annet spurt om han de siste 5 år hadde vært i kontakt med lege/psykolog eller andre behandlere (spørsmål 1c) og om hel/delvis sykemelding i mer enn 14 dager sammenhengende (spørsmål 5b). Han opplyste om utslett i pannen i 2011 og om reseptbelagt krem for dette fra lege ved hudklinikk. Han svarte nei på spørsmålet om sykemelding. Videre svarte han nei på spørsmål om utmattethet/utbrenthet/diffuse smertetilstander (spørsmål 7a) og om psykiske lidelser/behandling for dette de siste 10 årene (spørsmål 11). Selskapet innhentet en legeuttalelse som er uten anmerkninger og utferdiget 4.3.13 av turnuslege S.

Forsikrede ga 21.10.18 selskapet utvidet fullmakt til å innhente opplysninger fra fastlegen, Nav og psykiater O.R. Selskapet oppfattet det etter hvert som at forsikrede ikke ønsket utlevering av sin fullstendige journal. Det er fremlagt enkelte notater.

Den 10.12.10 noterte fastlegen, dr. P.:

Der er som tidl. Han føler at han er en del nedpå. Har et avbrutt kjærlighetsforhold bak seg og det trykker han enda mer ned. Han har vært ambivalent i forhold til om han skal starte turnus, men har nå bestemt seg og vil forberede seg maksimalt.

Han prøver å tilpasse linsene som han har fått.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet til Nav 26.6.18 skriver P. at forsikredes problemer da i stor grad var knyttet til en feiloperasjon i øyet i O., med 4 senere operasjoner i L. Det heter videre blant annet:

Han har blitt henvist til psykologspesialist i B i des. 2010 for å få kognitiv terapi og jeg har og søkt han til psykiater i april 2011 for støttesamtaler og hjelp til å takle følgene av hans lidelse. Operert for fimose sept. 2010.

...

Han gikk i samtaler dette året i T hos en psykiater O R.

P. skriver også at forsikrede var i kontakt med psykologspesialist for kartlegging og behandling. Videre at han var redd for å gå "*i stå*" på jobb fordi han på grunn av stamming ikke ville klare å uttrykke det han mente, samt plager med rykninger i øyemuskulaturen. Han var operert for fimose to ganger, blant annet i september 2010.

Etter mononukleose i 2014 var forsikrede plaget med unormal slitenhetsfølelse. Etter behandling hos logoped ble han anbefalt utredning ved S. hospital på smerteklinikken/ME senteret med tanke på denne diagnosen. Det ble vurdert at hans utmattelsesplager var knyttet til ulike psykososiale belastninger, herunder problemer med hengende øyelokk og stamming. I den tidligere nevnte legeerklæring ved arbeidsuførhet skriver P.:

Jeg har kjent ... i noen år nå selv om han det meste av tiden har vært nokså langt unna.

Han kavet helt i starten med en del grunnleggende mangel på tro på at han det var fornuftig og at han ville mester å gjøre fra seg turnustjenesten. Jeg opplevde at han stillte store krav til seg selv og at han trengte et puff for å komme seg i gang. Han er nok typen som "kjenner etter" selv om jeg ikke tviler på at noe av astenifølelsen er reell. Etter mononucleosen ble det nok noe verre, men han hadde mye av de samme plagene før han fikk infeksjonen.

I møtet med NAV opplevde jeg at han hadde en god trygghet og jeg hørte ikke at han stotret en eneste gang så mye må gå på at det kommer når han ikke føler den rette tryggheten? Håper virkelig at han kan få hjelp på denne måten.

Overlege B. ved smerteklinikken v/S. hospital skrev 9.8.18 at forsikrede da jobbet i 80 % stilling som rådgivende lege, men var sykemeldt 70 %. Det nevnes at forsikrede hadde en medfødt ptose ("*hengende øyelokk*") på venstre side, og var operert flere ganger i begge øyelokk. Han var tidligere blitt medikamentelt behandlet for lette depressive episoder med bla Ciprallex, Auforix og Efexor. Det heter videre I "2010 kognitiv terapi hos psykolog i B., støttesamtaler hos psykiater i 2011".

Nav innvilget arbeidsavklaringspenger 20.8.18.

Fastlegen opplyste 1.12.18 at forsikrede var 60-40 % sykemeldt 10.12.10 - 7.3.11/(6.2.11) med diagnose A04, 9.3.15 - 21.9.15 (60 – 50 %) med samme diagnose og 11.8.17 - 30.8.18 (100 %) med diagnosen Postviralt Utmattelses-syndrom.

Forsikrede meldte krav telefonisk 15.6.18. I skademeldingen datert 12.7.18 angir forsikrede ervervsuførhet på grunn av mononukleose fra november 2014, med påfølgende fysisk og psykisk utmattelse som etter gradvis bedring fikk en forverring i august 2017.

Selskapet ba om utvidet fullmakt 26.9.18, noe det mottok 21.10.18. Selskapet mottok 10.1.19 legeerklæring ved uførhet, utferdiget av dr. P. 11.12.18.

I samtale med selskapets utreder 10.1.19 opplyste forsikrede at han mente det ikke var relevant å opplyse om samtaler med psykolog i 2010/2011 for øyelokkplager. Han hadde videre påkjenninger etter et samlivsbrudd og skulle starte i en krevende jobb som turnuslege på sykehus. Han mente han opplyste om plagene med øyelokk og pannen. Han tenkte ikke på å opplyse om slitenhet på grunn av dette under spørsmål om utbrenthet.

Selskapet avsto kravet 13.2.19. Selskapet la til grunn at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegningen. Det tilbød å opprettholde forsikringen, men med en reservasjon:

Uførhet som skyldes lettere psykiske sykdommer (angst, depresjon, psykiske stressreaksjoner/ belastningslidelser) og utmattelsesyndromer gir ikke rett til erstatning.

Selskapet la til grunn at forsikredes tilfelle ville være omfattet av reservasjonen.

Fastlegen opplyste 26.2.19 om situasjonen i (2010/2011) at

Jeg har et ønske om å presisere at bakgrunnen for min avgjørelse om å sykemelde ... den 10.12.2010 var at han hadde en reaksjon på brudd med kjæresten som gikk hardt inn på han. Jeg valgte da en A04 diagnose. (Jeg viser til separat utskrift av notatet fra aktuelle konsultasjonen)

Jeg har i min legeerklæring til selskapet skrevet at han var sykemeldt til 07.03.11. Det korrekte er at sykemeldingen gikk til 06.02.2011.

Ønsker å presisere at jeg ikke har noen opplysninger fra behandlere i det psykiske helsevern som sier at han har vært diagnostisert med psykisk sykdom, herunder lette depressive episoder, slik det er nevnt av psykolog i rapport fra Smertesenteret 090918.

Han har ikke fått kognitiv terapi i B, han hadde en veiledningssamtale. Han gikk ikke i noen form for aktiv eller systematisk behandling. Han var søkende for å se om der kunne tilføres noe for at han kunne bedre sin mestring i det han stod fremfor en krevende periode som turnus-kandidat. I ventetiden på plass var det slik at han strevde litt med motivasjonen. (Han fikk blant annet utsatt sin turnusstart i 1,5 år fordi han var i tvil om han skulle starte, men det gikk ikke på hans psyke)

Håper at dette kan være med å rette opp feil og gi et grunnlag for en rimelig avgjørelse i saken.

Forsikrede anførte at han medisinskfaglig sett mente de aktuelle opplysningene ikke hadde betydning for selskapets risikovurdering. Det kreves en helhetsforståelse av omstendighetene. Det var derfor ikke grovt uaktsomt å ikke opplyse om disse.

Selskapet forela saken for rådgivende lege som ikke så grunn til å endre selskapets konklusjon.

Etter klage til Finansklagenemnda 3.7.19 tok selskapet saken tilbake til ny vurdering, og ba om ytterligere dokumentasjon. Fastlegen, P., opplyste 22.10.19:

... har nylig formidlet ønske om at jeg gir en fullverdig sammenfatning av hans sykehistorie, og da særlig perioden 01.04.2008- 01.04.13. Han mener uredigert utdrag fra journal er et urimelig inngrep, noe jeg kan forstå. Jeg vil derfor etter beste evne her formidle det vesentlige i hans sykehistorie, basert på en gjennomgang av hans journal fra 01.04.08 til 01.04.13. Viser også til uttalelse herfra 26.02.19.

I redegjørelsen skriver P. videre:

Da jeg overtok som ... fastlege 1. desember 2010 var han i en situasjon der han grudde seg til turnusstart etter å ha utsatt denne en periode. Jeg opplevde ham som nedpå, dvs at han tvilte på egne ferdigheter og mestringsevne opp mot en krevende turnusperiode. Han var også veldig i tvil om han ønsket å gå den karriereveien. Jeg forsøkte på enkelt vis å støtte ham og backe ham opp, og han bestemte seg for å gi turnus en sjanse.

Han hadde på samme tid nettopp hatt et brudd med kjæresten som gikk hardt inn på ham, og hvor jeg derfor valgte å sykemelde ham fra jobben i Pasientreiser. Dette bruddet gjorde ham enda mer usikker på egne ressurser, "kan for lite, er ikke klar for dette nå", og om han ville klare å mobilisere motivasjon til oppstart i turnus. Jeg oppmuntret ham til å ha tro på seg selv og tenke enkelt og se mulighetene. Han forberedte seg med gjennomgang av pensum, og det viste seg å gå fint.

Jeg oppfattet på samme tid ... som søkende etter hva som kunne bedre generell mestring i situasjonen rundt oppstart i turnus. Dette førte til at han testet ut bl.a. meditasjon, og også til et ønske om veiledning/støttesamtaler over noen uker hos en lokal psykiater, R. ... avsluttet selv denne kontakten etter noen få samtaler, da han angivelig opplevde at han ikke hadde behov for slik kontakt. Ca 1,5 år etter avsluttet kontakt mottok jeg et skriv fra R hvor han kort rapporterte om begrenset samtalekontakt, og hvor det ikke settes noen diagnose mht psykisk sykdom.

Jeg bekrefter at ... aldri tidligere har vært diagnostisert med eller fått behandling for psykisk sykdom. Ei heller er slik sykdom /behandling journalført fra tidligere fastlege (2001 - 10).

Av andre typer plager hadde han fra 2006 et uspesifikt utslett til venstre i panna som lenge viste seg vanskelig å behandle. Noe bedring etter behandling med reseptbelagt krem hos hudlege L i 2011-12, varig bedring etter noen måneders systemisk behandling med Isotretinoin på poliklinikk for hudsykdommer, S i 2014.

Med min kjennskap til ... fra 2010 er jeg ikke i tvil om at hans utmattelsesplager fysisk og kognitivt er forårsaket av et postviralt utmattelsessyndrom i etterkant av gjennomgått kysseyske i 2014. Han var frisk i nærmere to år, før utmattelsessplagene kom tilbake og eskalerte i august 2017 med etterfølgende og fortsatt gjeldende diagnose postviralt utmattelsessyndrom.

Håper med dette å bidra til oppklaring av eventuelle misforståelser.

Selskapet la til grunn at forsikrede hadde tilbakekalt den utvidete fullmakten.

Forsikrede har i det vesentlige anført at opplysningene som selskapet fremhever skyldes sorg etter samlivsbruddet i 2010, og at han i tilknytning til dette og til oppstart i en krevende stilling som turnuslege ved sykehus, trengte en sparringspartner for finne ut av dette. Det forelå verken noen medisinsk indikasjon eller diagnose, men ene og alene forsikredes eget valg. Forsikrede er lege. Medisinskfaglig er det ingen grunn til at disse forholdene har hatt noe å si for selskapets risikovurdering, og forsikrede var uansett i god tro. Opplysningene hadde heller ingen sammenheng med de plager (postinfeksiøs CFS/ME) som senere har gjort ham ufør. Verken selskapet eller sekretariatet har tatt hensyn til det forsikrede senere har gitt av opplysninger om forholdene, og som er bekreftet av fastlegen, som er den som kjenner han best.

Dersom selskapet hadde tatt reservasjon ved avtaleinngåelsen ville han garantert ha krevet denne slettet etter fem år, og den kunne da ikke vært gjort gjeldende mot ham. Selskapet hadde fullmakt i 12 måneder til å innhente uredigert journal, uten å gjøre det. Forsikrede fastholder at han på prinsipielt grunnlag motsetter seg slik innhenting da det er for inngripende.

Selskapet har i det vesentlige anført at det kan avslå kravet og innta ny reservasjon fordi det var grovt uaktsomt ikke å opplyse om sykemeldingen 10.12.10-6.2.11, kontakten med lege og psykiater. Hadde han gitt korrekte opplysninger hadde han fått slik reservasjon som nå er tatt. I lys av senere sykmelding ville han ikke fått slettet reservasjonen etter fem år. Forsikringen kunne ha vært sagt opp med hjemmel i fal. § 13-3, men selskapet har i stedet valgt å akseptere denne, men med reservasjon.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede ga uriktige helseopplysninger ved tegningen av forsikringen, og om selskapet da kan avkorte kravet med 100 % og tilby fortsettelse av forsikringsavtalen med en reservasjon. Det er også anført at denne reservasjonen ville vært hevet etter fem år og at forsikrede derfor nå kan kreve erstatning for sin ervervsuførhet.

Nemnda behandler først spørsmålet om selskapet har sannsynliggjort utvist grov uaktsomhet ved besvarelsen av helseerklæringen. Med hjemmel i fal. § 13-1a kan et selskap ved tegningen av en forsikring be om opplysninger som har betydning for selskapets vurdering av risikoen, og bestemmelsen forplikter forsikringssøkeren til å gi riktige og fullstendige svar på disse spørsmålene. Etter fal. § 13-2 annet ledd kan selskapets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstakeren har forsømt denne plikten til å gi opplysninger, såfremt det ikke bare er lite å legge vedkommende til last.

Opplysningsplikten etter § 13-1a går for det første ut på at det skal gis riktige og fullstendige svar på de konkrete spørsmålene som selskapet stiller. For det annet skal forsikringstakeren på selskapets oppfordring gi opplysninger om særlige forhold som vedkommende må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, selv om dette ikke direkte omfattes av de

stilte spørsmålene. Det sentrale for de opplysningene som selskapet ber om, er at de skal danne grunnlaget for selskapets risikovurdering. Dette formålet står derfor sentralt både ved tolkingen av de enkelte spørsmålene og svarene på disse, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld.

Beviskravet ved anført grov uaktsomhet er tilnærmet lik den den som gjelder ved svik, dvs. klar sannsynlighetsovervekt. Det er selskapet som har bevisbyrden og som må sannsynliggjøre at det foreligger et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Nemnda understreker videre at det er uten betydning for rubriseringen av forsikringstakers forhold at de objektivt sett uriktige svarene gjelder andre medisinske forhold enn det som er grunnlaget for det erstatningskrav som er fremsatt. Nemnda tilføyer at det heller ikke kreves at det foreligger en diagnose, jf. FinKN 2017-231, eller at det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og den senere utførheten, se FinKN 2014-478.

Ved grov uaktsomhet kan selskapets ansvar som nevnt etter § 13-2 annet ledd settes ned eller falle helt bort. Ved avgjørelsen skal det tas "hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers", jf. paragrafens tredje ledd.

Nemnda avgjør saker på grunnlag av sakens dokumenter. Dokumenter som er tidsnære, blir regelmessig tillagt større vekt enn dokumenter som er tilkommet etter at det er oppstått konflikt med selskapet.

Slik nemnda ser det, var det objektivt sett uriktig av forsikrede å unnlate å opplyse om konsultasjoner/samtaler med lege, psykolog og psykiater rundt årsskiftet 2010-2011 og om 40-60 % sykemelding i mer enn to måneder i denne perioden. Spørsmålene var generelle og åpnet ikke for at forsikringstaker selv skulle vurdere relevansen av svarene for selskapet.

Forsikringstaker var utvilsomt kjent med disse forholdene ved utfyllingen av helseskjemaet. Gitt formålet med opplysningsplikten etter fal. § 13-1a, mener nemnda det var grovt uaktsomt ikke å gi disse opplysningene. Forsikredes besvarelse av helseskjemaet hindret selskapet i å innhente nærmere – utfyllende – opplysninger om disse omstendigheter. Opplysninger som utvilsomt ville hatt betydning for selskapets risikovurdering.

Etter nemndas syn har selskapet oppfylt sin bevisbyrde for grov uaktsomhet. Og nemnda har ikke noe å bemerke til at selskapet avkorter erstatningen helt. Nemnda har i den forbindelse sett hen til bestemmelsen i fal. § 13-2 tredje ledd.

Med hjemmel i fal. § 13-3 første ledd kan selskapet i et tilfelle som det foreliggende, si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Etter paragrafens annet og tredje ledd kan selskapet i stedet la den opprinnelige forsikringen løpe på andre vilkår – enten i form av en høyere premie eller ved at det tas en reservasjon. Selskapet tilbød 13.2.19 forsikrede å fortsette forsikringen med en reservasjon. Nemnda har ikke noe å bemerke til selskapets tilbud.

Forsikrede har imidlertid anført at en slik reservasjon, om den var blitt tatt ved avtaleinngåelsen, ville ha vært fjernet da forsikringstilfelle inntraff, og at han derfor kan kreve erstatning. Nemnda er ikke enig i det. Nemnda peker på at det avgjørende i saken her er de opplysninger som ble gitt – eller ikke gitt – til selskapet ved avtaleinngåelsen. Forsikredes opplysninger foranlediget ikke selskapet til å vurdere om det skulle avslå forsikringssøknaden eller akseptere det med den reservasjon som det nå har satt som vilkår for å fortsette avtaleforholdet. Slik nemnda ser det, er reservasjonen uten betydning for den rettslige vurderingen av forholdene ved tegningen.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).