

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2020-50

30.1.2020

If Skadeforsikring NUF

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Grov uaktsomhet ved tegning – avslag uten ugrunnet opphold – avkortingsgrad – fal. §§ 13-2 og 13-13.

I forbindelse med tegning av en uføredekning signerte forsikrede i mars 2012 en helseerklæring hvor hun opplyste om lettere depresjon i perioden 2008-2010. Hun svarte nei på spørsmål om hun fortsatt hadde slike lidelser og på spørsmål om hun hadde vært hos lege de siste tre årene. Hun opplyste da ikke om konsultasjon 21.11.11 for brystmerter hvor hun fikk en henvisning til hjertespesialist, og heller ikke om konsultasjon 20.2.12 der hun ba om, og ble henvist til DPS. Selskapet aksepterte dekningen 12.6.12 med reservasjon for "Psykiske lidelser" og for "Ryggglidelser". Forsikrede fremmet krav under dekningen i februar 2018 og viste til at hun hadde ME/CFS. Selskapet avsto kravet i februar 2019 under henvisning til grovt uaktsomt brudd på opplysningsplikten ved tegning. Spørsmål om selskapets avslag var gitt innen fristen i fal. § 13-13, og i så fall om selskapet kunne avkorte kravet med 100 %. Etter en konkret vurdering var nemnda enstemmig enig i at selskapets avslag var gitt uten ugrunnet opphold etter fal. § 13-13 og i at forsikrede grovt uaktsomt hadde gitt uriktige opplysninger ved tegningen. Nemndas flertall var videre enig i en avkortning på 100 % og viste til at det forelå en alvorlig overtredelse av opplysningsplikten og at selskapet ikke ville ha akseptert forsikredes søknad i 2012. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1983) tegnet en uføredekning i februar 2012 og undertegnet helseerklæringen 10.3.12. Hun svarte Ja på spørsmål om hun hadde hatt behandlingstrengende angst, depresjon eller psykiske lidelser: "*Lettere depresjon, Feb 2008 – mars 2010*". Hun svarte Nei på spørsmål om hun fortsatt hadde slike lidelser. Hun svarte Ja på spørsmål om hun hadde søkt forsikring tidligere, og opplyste at det ble tatt reservasjon for psykiske lidelser. Hun opplyste hvem som hadde vært behandlende lege ved det lokale DPS. Hun svarte Nei på spørsmål om hun hadde vært hos lege de siste tre årene, og opplyste derved blant annet ikke om et legebesøk 21.11.11 for brystmerter som førte til henvisning til hjertespesialist og heller ikke om legebesøk 20.2.12 der hun ba om, og ble henvist til DPS. Hun svarte også Nei på spørsmål om hun var anbefalt behandling/oppfølging.

I fastlegejournalen er i tidsrommet 2008-2012 notert svimmelhet, brystmerter og psykiske vansker.

Selskapet innhentet en uttalelse fra legen ved DPS. Legen opplyste 1.6.12 at hun hadde fått diagnosen "*Blandet angst og depresjon, mild grad*", og på spørsmål om hennes tilstand nå: "*Er ferdig behandlet, noen restsymptomer, fungerer bra. Jobber 100 %*".

Selskapet aksepterte søknaden 12.6.12, men tok reservasjoner for "Psykiske lidelser" og "Ryggglidelser". Disse fremgår av selskapets brev til forsikrede 12.6.12, men er ikke tatt inn i det fremlagte forsikringsbeviset.

Det er lagt frem helseerklæringer avgitt i 2007 ved søknad om uføredekning i If og i september 2010 ved søknad om uføredekning i Storebrand.

Storebrand hadde i 2010 innhentet uttalelse fra hennes fastlege som 8.10.10 hadde opplyst at forsikrede hadde diagnosen "*Blandet angst og depresjon, mild-moderat grad, i remisjon*" og var blitt behandlet av psykiater ved DPS.

Den 6.1.11 noterte fastlegen kortvarige smerter på venstre side av brystet siden barndom, normalt en gang per måned, men nå hyppigere. Den 21.9.11 noterte legen at dette hadde pågått i noen år, og at hun nå hadde anfall 2 ganger i uken.

Den 20.2.12 noterte fastlegen at forsikrede ønsket henvisning til psykiater ved DPS. Det heter videre i journalen:

Har siden 2008-2010 marts to sept 2010 gått beh kognitiv terapi ved DPS hos ovl D S, pasienten studerte i utlandet og måtte avbryte beh. grunnet dette.

PAs slitet fortsatt med depression og angst, hun er nå blitt ferdig som jurist, jobber 100 % stilling i F Kommune, trives i jobben, føler det skal lite til før hun blir stresset.

...

Sliter med negative autmatiske tanker, især et anstrengt forhold til mor, føler selv hun har behov for mere beh. for ikke at få det verre. Har i det sist emerket at hun ofte bryter sammen går utt igrått, føler at er blitt verre i det sidste.

Tanker om fremtiden lyse. Ikke suicidalitet.

...

Pas her et ønske om å kunne fortsette hos Dr. S.

Henvisningen til DPS ble avslått 13.3.12 av sykehus Ø. pga. manglende alvorlighetsgrad. Forsikrede ble anbefalt ev. å oppsøke privat-praktiserende behandler.

I fastlegejournalen 11.5.12 heter det:

Samtale med pas, følr sig fortsatt mye sliten har ikke energi, våken midt på natte ca 2-3 imer, ha mye tanke kao, bekymringe, fer seg stresset menidnt ing kan hylle hene utt av det, allerig medisin endm har ikke endret.

Hun fikk resept på Vallergan mot søvnforstyrrelse.

16.5.12 noterte fastlegen at forsikrede ikke følte seg bra, og at hun ikke klarte å fungere i jobben. Den 25.5.12 heter det at det gikk bedre fordi forsikrede mente at plagene skyldtes en trakasserende leder. Forsikrede hadde fått ny jobb i en annen etat i kommunen. Søvnene var litt bedre.

Det var flere konsultasjoner senere i 2012, med økende plager og delvise sykmeldinger. Den 31.10.12 konkluderte legen med at forsikrede hadde en dyp depresjon og henviste henne til DPS, der hun fikk time 9.11.12.

I løpet av 2013 fikk forsikrede smerter i kroppen i tillegg til psykiske plager/depresjon. Et notat 26.2.13 nevner at hun hadde vært til utredning hos ulike spesialister, herunder hjertespesialist. I legeerklæring ved arbeidsuførhet, 13.1.18, er hoveddiagnosen Utmattelse og bidiagnoser Myalgi og Hodepine. Forsikrede hadde siden 2015 slitt med kronisk utmattelse. Legen mente at hun var 100 % ufør, men klarte å jobbe 20 % etter god tilrettelegging fra arbeidsgiver.

Forsikrede fremmet krav 5.2.18 og anga at hun hadde ME/CFS og var 80 % sykmeldt uten tegn til bedring. Selskapet fikk 7.3.18 fullmakt til å innhente journaler.

I erklæringer til selskapet 4.3.18 og 30.4.18 opplyste fastlegen at sykdommen ME/CFS hadde utviklet seg gradvis siden høsten 2015. I tillegg hadde hun diagnosene utmattelse, hodepine og myalgi.

I e-post 8.11.18 til selskapet opplyste forsikrede at hun oppfattet plagene i 2012 som små og kontrollerbare, og at hun bare hadde trengt litt hjelp for å få det justert på rett spor igjen. Hun skrev videre i e-posten:

... Det er videre grunn til å anta at jeg den 10/3-12 hadde fått kjennskap til at henvisning til DPS datert 20/2-12 var blitt avslått, noe som rimeligvis kan ha innvirket på mitt svar om at jeg ikke anså å ha hatt "slike lidelser" som i 2008-2010.

Videre viste forsikrede til at når psykiateren, som behandlet henne i 2010, den 1.6.12 skrev at hun var ferdig behandlet med noen restsymptomer, var det med kjennskap til henvisningen av 20.2.12, og at hun således var frisk.

Fullmakt til innsyn i dokumentene hos DPS ble gitt 12.11.18. Hun opplyste ikke om navn på fastlege. Selskapet sendte forespørsel til DPS 12.11.18.

Det fremgår av et referat datert 14.11.18 fra en samtale med selskapets utreder 6.11.18 at forsikrede hadde opplyst at hun ikke hadde opplyst om kontakten med fastlegen om henvisningen til DPS i februar 2012 fordi:

... det var en henvisning som hun fikk avslag på fordi hun ikke trengte det, men hun husket ikke helt i detaljer i dag. Hun husket også at slik hun hadde det på det tidspunktet så var hun veldig bevisst på at hun skulle ta de første tegnene og at hun da skulle ta kontakt med DPS uten at det var noen store greier. Hun anså seg selv som ferdig behandlet, men at hun kanskje hadde noen restsymptomer fortsatt. Hun la til at hun mente å huske, men mulig hun tok feil, at vi innhentet opplysninger fra DPS.

Hun fremhevet at de første symptomene på dagens plager kom i 2015.

Selskapet purret DPS 7.1.19 på den etterspurte journalen. Kopi av aktuelle henvisninger og avslag ble 14.1.19 oversendt av forsikrede.

Selskapet avslo kravet 14.2.19. Avslaget er opprettholdt av selskapets kundeombud.

Selskapet har gitt en tabellarisk oversikt over sakens behandling.

Forsikrede har anført at selskapets avslag ikke er gitt uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13. Kravet kan da ikke avslås. Kravet ble fremsatt 5.2.18. Selskapet har utvist mer enn 3 måneders passivitet mellom mottaket av siste legejournal 11.6.18 og sin gjennomgang 10.8.18. Selskapet fant dessuten 29.8.18 behov for ytterligere journaler fra S. Legekontor. Selskapet hadde allerede i april 2018 opplysninger om at disse journalene var relevante, og skulle ha innhentet disse da. Tiden mellom juni 2018 og tidspunktet for mottagelsen av disse journalene 27.9.18 må da regnes som passivitet. Det samme gjelder for selskapets senere forespørsel om kopi av henvisningen til DPS, jf. nemndas sak 2010-244. Allerede ved oversendelsen av saken til sin utrederavdeling 22.10.18, la selskapet til grunn at forsikringssøknaden ville blitt avslått om det hadde kjent til de forholdene selskapet i oktober 2018 kjente til. Dette fremgår også av referatet fra samtalen med forsikrede 6.11.18. Saken må dessuten vurderes i lys av at selskapet har gitt dårlig informasjon underveis, og at det har vært flere lange perioder med passivitet frem til avslaget. Avslaget 14.2.19 er da ikke innen fristen i § 13-13. Det er også vist til avsnitt 49 i Rt-2013-1235.

Selskapet har også hatt tilgang til forsikredes helseerklæring til If i 2007, der forsikrede opplyste om behandling for depresjon i 1997. Selskapet innhentet også forsikredes svar på helseerklæringen til Storebrand i 2010, der behandlingen ved DPS i 2008-2010 fremgår. Ved tegning hadde forsikrede bare de restsymptomer som selskapet hadde fått opplysninger om fra

DPS, og det var derfor ikke nødvendig at forsikrede opplyste om disse. Erklæringen fra psykiater S. til selskapet ga dessuten selskapet en særlig oppfordring til å innhente opplysninger fra fastlegen, og det må være selskapets risiko at det unnlot å følge opp dette. Ettersom det er tatt reservasjon for psykiske lidelser er eventuelle mangelfulle opplysninger uansett uten betydning. Forsikredes uførhet skyldes i sin helhet ME/CFS, og som kom etter en influensa. Diagnosen utelukker psykiske problemer og hun har ikke psykiske utfordringer eller problemer i dag. Forsikrede fikk i 2011 bekreftet at hun ikke hadde anginalplager.

Dersom selskapet kan avkorte erstatningen, bør avkortningen begrenses.

Selskapet har i det vesentlige anført at forholdene i saken tilsier 100 % avkortning. Det var grovt uaktsomt av forsikrede ikke å opplyse om at hun 20.2.12 ble vurdert som behandlingstrengende og fikk en henvisning til DPS selv om hun den gangen ikke fikk plass ved DPS, men ble anbefalt å søke privat behandler. At dette var uaktsomt bekreftes av at hun 7 måneder senere ble henvist til DPS for "*dyp depresjon*". Det var feil å svare nei på spørsmål om legekonsultasjoner, når hun hadde vært hos legen dels med sine psykiske problemene 20.2.12 og dels i 2011 på grunn at tilbakevendende smerter i venstre bryst og blitt henvist til hjertespesialist. Ettersom hun var blitt henvist til DPS, var det også feil å svare nei på spørsmål om hun var anbefalt behandling. Selskapet ville ha avslått søknaden om forsikring om forsikrede i helseerklæringen mars 2012 hadde opplyst om henvisningen til DPS. Ved tegning innhentet selskapet bare opplysninger fra den legen selskapet hadde fått opplyst at hun ble behandlet av i 2010.

Det er uheldig dersom nemnda utvikler en praksis der anførsel om grov uaktsomhet normalt avskjærer full avkortning. Forsikrede har fremdeles ikke samtykket til innsyn i behandlerjournalen fra DPS, jf. brev datert 26.11.19.

Hva gjelder forsikredes anførsler knyttet til § 13-13 viser selskapet til redegjørelse for tidsbruken og at forsikrede ikke har vedlagt full journal fra DPS.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken for nemnda reiser dels spørsmål om selskapet ga beskjed uten ugrunnet opphold om at det ville gjøre gjeldende at det mener seg fri for ansvar – helt eller delvis – etter reglene i fal. kapittel 13, dels om det foreligger grov uaktsomhet og dels om størrelsen av en eventuell avkortning.

Nemnda behandler først spørsmålet om selskapet ga beskjed om at det mente at forsikrede grovt uaktsomt hadde forsømt sin opplysningsplikt ved besvarelsen av helseerklæringen. Forsikrede har anført at dette ikke ble gitt uten ugrunnet opphold, se fal. § 13-13 første ledd annet punktum.

Nemnda peker på at fristen begynner å løpe når "selskapet ble kjent med det forhold som medfører at reglene kan anvendes", jf. bestemmelsens ordlyd. Den detaljerte tidslinjen som selskapet har lagt frem, viser at det generelt har vært forgang i selskapets behandling av saken, men at forsikrede motsatte seg innhenting av dokumenter fra DPS, og at det selskapet etter hvert fikk medio januar 2019 ikke var journalen, men kopier av henvisning og avslag. Slik nemnda ser det, er det ikke grunnlag for å si at selskapet ikke ga sin beskjed uten ugrunnet opphold i saken.

Nemnda drøfter så om forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som grovt uaktsomt. Nemnda understreker at det er den som søker en dekning, som er forpliktet til - så lenge selskapet ikke har påtatt seg å dekke forsikringen – å svare på alle spørsmål som selskapet stiller. Hensikten med spørsmålene er å gi selskapet mulighet til å vurdere den risiko det påtar seg ved å akseptere søknaden. Det er derfor nødvendig at enhver som søker om en forsikring svarer fullstendig på selskapets spørsmål. Ordningen åpner ikke for at den som

søker en dekning kan holde tilbake opplysninger om forhold som etterspørres fordi vedkommende mener opplysningene er uten betydning.

I saken her er det ikke tvilsomt at det var uriktig av forsikrede ikke å opplyse om at hun rett før utfyllingen hadde bedt fastlegen om en henvisning til DPS og hvor fastlegen hadde skrevet en henvisning etter å ha notert at hun fortsatt slet med depresjon og angst. Det har ikke betydning for vurderingen av hennes manglende opplysning om dette legebesøket og legens henvisning at hun ikke fikk plass på DPS. Forsikrede har vist at behandlende lege ved DPS i uttalelse til selskapet mente at hun var under bedring. Det er ikke dokumentert at legen har uttalt seg om noe annet enn det som var kjent om forsikredes tilstand ved avslutningen av behandlingen i 2010.

Det var også uriktig av forsikrede ikke å gi opplysninger om at hun i januar og september 2011 hadde oppsøkt fastlegen for kraftige smerter i venstre brystkasse.

Ved ikke å opplyse om disse legebesøkene mv. har forsikrede fratatt selskapet muligheten til å vurdere forsikredes helse før forsikringen ble akseptert. Gitt at det her er tale om legesamtaler kort tid før undertegningen av erklæringen, er nemnda ikke i tvil om at selskapet kunne legge til grunn at forsikrede hadde utvist grov uaktsomhet og at det kan foretas avkortning i erstatningen.

Nemnda tilføyer at det er uten betydning for vurderingen av forsikredes uaktsomhet i 2012 og om dens grovhet, at hennes ervervsuførhet nå skyldes andre forhold. Det kreves ikke årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og forsikringstilfellet. Utslagsgivende er at de uriktige/mangelfulle opplysningene har hatt betydning for spørsmålet om selskapet ville ha inngått avtalen. Etter nemndas syn må den grove uaktsomheten i dette tilfellet anses å ligge opp mot grensen til svik.

Selskapet har uttalt at det vil avkorte forsikredes erstatning med 100 %. Forsikrede mener at en eventuell avkortning bør settes vesentlig lavere.

Ved den konkrete vurderingen av spørsmålet om avkortningens størrelse har nemnda delt seg i et flertall og et mindretall.

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

Etter fal. § 13-2 tredje ledd skal det ved fastsettelsen av avkortningsgraden "tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers".

I lys av at det her må anses å foreligge en alvorlig overtredelse av opplysningsplikten og at selskapet ikke ville ha akseptert forsikredes søknad i 2012, mener flertallet at selskapet må gis medhold i en avkortning på 100 %.

Mindretallet, Bjønness og Sande Kvålen, bemerker:

Mindretallet mener en avkortning på 70 % er tilstrekkelig i denne saken.

Avgjørelsen er avsagt under dissens for så vidt gjelder avkortningens omfang.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Gro Farestvedt (selskapsrepresentant), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Ingrid Sande Kvålen (forbrukerrepresentant).