

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2020-635

4.9.2020

Danica Pensjonsforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Tegning – informasjon - umiddelbar bevisførsel - fal. § 11-1 - FinKNs vedtekter pkt. 4.1.d.

Klager søkte om uførekapitalforsikring i selskapet i juni 2017. Søknaden ble avslått etter en helsebedømmelse og klager anførte i ettertid at selskapet på en erstatningsbetingende måte hadde unnlatt å informere ham om dekningen Kritisk Sykdom. Selskapet avsto erstatningskravet. Sekretariatet avviste klagen. Etter nemndas syn krevde saken omfattende umiddelbar bevisførsel og saken ble avvist fra Finansklagenemnda.

Saksfremstilling

Klager (f. 1978) søkte om en uførekapitalforsikring i selskapet sommeren 2017. Søknaden ble avslått etter en helsevurdering. Han krevde 14.2.18 erstatning av selskapet pga. mangelfull informasjon, jf. fal. § 11-1. Selskapet avsto kravet 31.5.18.

Klager har opplyst at han "i forkant av" at han søkte om uførekapitalforsikring i selskapet, kontaktet dette for å få veiledning om aktuelle forsikringer som kunne dekke hans ønske om økonomisk sikkerhet i tilfelle uførhet/sykdom. Før søknaden var han i telefonisk kontakt med selskapet, men fikk lite eller ingen relevant veiledning av selskapet om alternative forsikringsprodukter. Kundebehandleren var uinteressert. Klager fikk det inntrykk at uførekapital/-pensjon var de eneste dekningene for ham. Heller ikke da selskapet avsto søknaden om uførekapitalforsikring, informerte selskapet om alternative dekninger.

Manglende informasjon om dekningen Kritisk Sykdom har påført ham et økonomisk tap som følge av en senere kreftdiagnose.

Selskapet sier i avslagsbrevet av 31.5.18 at klagers beskrivelse av tegningssituasjonen er uriktig. Klager tok eksplisitt kontakt med selskapet om tilbud på dekningen Uførhet Total. Dette ble gjort over selskapets netttjeneste "der ... har gjennomgått ... ulike personforsikringsprodukter og krysset for at han ønsket tilbud på ...". Forsikringsproduktet Kritisk Sykdom er "tydelig beskrevet samme sted". Etterfølgende kontakt viste at klager bare ønsket uføredekningen. Det er klager som må sannsynliggjøre at han ikke var kjent med dekningen Kritisk Sykdom, at selskapet uoppfordret skulle ha informert ham om dekningen, at han ville ha søkt om den og at den ville ha gitt ham rett til utbetaling.

Sekretariatets avgjørelse

Sekretariatet avviste 4.6.20 behandling av klagen i Finansklagenemnda.

Det følger av Finansklagenemndas vedtekter pkt. 4.1 bokstav d) at en sak kan avvises dersom saken ikke lar seg behandle uten at dette i særlig grad går utover klageorganets effektivitet, jf. Lov om godkjenning av klageorganer for forbrukersaker § 14 første ledd bokstav f.

Det følger av Prop. 32 L (2015-2016) under pkt. 10.6.1.3 at avvisningsregelen kan benyttes "der klageorganet ikke anser tvisten å være egnet for deres behandling, for eksempel på grunn av bevissspørsmål". Saksbehandlingen ved Finansklagenemnda er utelukkende skriftlig og saker som krever muntlig bevisføring blir derfor avvist. Dette fremgår bl.a. av nemndas avgjørelser FinKN 2019-553 og FinKN 2019-994.

Twistespørsmålet i den aktuelle sak forutsetter umiddelbar bevisførsel i form av partsforklaring fra klager og fra selskapets representant. Saken kan således ikke la seg behandle uten at det i særlig grad går utover klageorganets effektivitet og saken egner seg derfor ikke for klagebehandling via Finansklagenemnda.

Klager har krevd at sekretariatets avgjørelse må omgjøres av nemnda. Klager avviser at saken ikke kan behandles av nemnda og viser bl.a. til lovforarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) IV pkt. 2.2.2:

Det vil ofte være vanskelig for forsikringstageren å påvise den nødvendige årsakssammenheng mellom mangelfull informasjon og manglende eller inadekvat forsikring. Dette må bli opp til domstolene å vurdere nærmere. Det bør imidlertid ikke stilles for strenge krav til bevisene dersom det er på det rene at en sentral informasjonsbestemmelse er overtrådt fra selskapets side.

Terskelen for å avvise en sak må være høy og det kan ikke være tilstrekkelig at det er uenighet om hva som eventuelt ble sagt i en telefonsamtale mellom partene. I praksis har ikke en klager andre muligheter for å prøve sin sak enn en behandling ved FinKN og en avvisning vil frata klager en reell mulighet til en overprøving av selskapets standpunkt.

Sekretariatets sammendrag ble sendt klager og selskapet 20.7.20. Klager har etter flere utsettelse sendt inn omfattende kommentarer til sammendraget som han mener ikke gjengir hans synspunkter og anførsler i tilstrekkelig grad. Dessuten har han gitt forskjellige kommentarer om nemndas og sekretariatets arbeid. Det er imidlertid ikke fremkommet nye opplysninger om de konkrete forholdene i saken. Klager mener imidlertid at Høyesteretts avgjørelse HR-2012-642-S (Røeggen) har stor overføringsverdi når det gjelder et forsikringsselskaps informasjonsansvar.

Nemnda har fått tilsendt kommentarene. Nemnda har dessuten, som i alle saker, fått tilsendt samtlige dokumenter i saken.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Klagen reiser spørsmålet om nemnda skal endre eller opprettholde sekretariatets avgjørelse. Nemnda behandler i samme nemndsmøte sju klager over sekretariatets avvisning av tilsvarende klager, se avgjørelsene FinKN 2020-631, FinKN 2020-632, FinKN 2020-633, FinKN 2020-634, FinKN 2020-636, FinKN 2020-637.

Etter fal. § 11-1 plikter et selskap å analysere en kundes behov og deretter gi råd om hvilke forsikringer selskapet kan tilby for å dekke behovet. Hensikten med bestemmelsen er at kunden skal kunne velge de forsikringsprodukter som best dekker vedkommendes behov. Etter lovteksten skal informasjonen gis ved tegningen, dvs. at informasjonen må gis før forsikringsavtalen inngås. I saken her er det også spørsmål om ansvar for mangelfull rådgivning om alternativ dekning etter at selskapet hadde avslått klagers søknad om uføredekning og nemnda er enig i at selskapet også har et ansvar for da å gi informasjon om andre mulige forsikringsdekninger.

Informasjonsplikten går således ut på å informere om hvilke relevante produkter selskapet tilbyr, etter at selskapet har analysert kundens behov. Etter forarbeidene til loven må imidlertid også kunden selv analysere sitt behov og velge hvilket produkt vedkommende ønsker, se NOU 1983:56 Lov om avtaler om personforsikring, s. 50.

Fal. § 11-1 første og annet ledd har ikke bestemmelser om hvordan informasjonen skal gis. Oppfyllelse av informasjonsplikten kan være muntlig eller skriftlig, eller begge deler.

Brudd på informasjonsplikten kan medføre erstatningsansvar for selskapet såfremt kunden derved er påført økonomisk tap. Forsikringsavtaleloven har ikke bestemmelser om konsekvensene av brudd på informasjonsplikten. Spørsmålet om slikt ansvar må derfor avgjøres etter alminnelige erstatningsrettslige regler. Det må sannsynliggjøres at selskapet (dets representant): 1) Har opptrådt uaktsomt (culpøst); 2) at det foreligger et økonomisk tap; og 3) at det er årsakssammenheng mellom tapet og den uaktsomme handlingen/unnlåtelsen.

Den som krever erstatning må innledningsvis sannsynliggjøre at det foreligger både rettslig og faktisk grunnlag for kravet. Ved krav om erstatning for mangelfull rådgivning har således den som fremsetter kravet en innledende plikt til å vise til omstendigheter som sannsynliggjør dette. Den endelige vurderingen av om de tre vilkårene (uaktsomhet, økonomisk tap og årsakssammenheng) for ansvar er oppfylt, vil imidlertid skje på grunnlag av den samlede informasjon som partene har fremlagt. Ved avgjørelsen av en erstatningssak vil det mest sannsynlige faktum bli lagt til grunn ved den rettslige vurderingen av saken.

Avgjørelsen av et krav om erstatning pga. mangelfull informasjon vil – når selskapet ikke aksepterer ansvar – ofte kreve omfattende umiddelbar bevisførsel i form av parts- og vitneavhør og ikke bare middelbar bevisførsel i form av skriftlige dokumenter.

Saker som krever omfattende umiddelbar bevisførsel byr ofte på spesielle problemer for nemnda, og som sekretariatets avgjørelse viser åpner pkt. 4.1 bokstav d) for at en sak kan avvises fra behandling i nemnda dersom den ikke lar seg behandle uten at dette i særlig grad går utover klageorganets effektivitet. Bestemmelsen er i samsvar med § 14 første ledd bokstav f i lov 17. juni 2016 nr. 29 om klageorganer for forbrukersaker. I proposisjonen, som ligger til grunn for loven av 2016, Prop. L (2015-2016), heter det i pkt. 10.6.1.3 at avvisningsregelen kan benyttes "der klageorganet ikke anser tvisten å være egnet for deres behandling, for eksempel på grunn av bevissspørsmål".

Finansklagenemndas ulike nemnder er et såkalt lavterskeltilbud til blant andre kunder av forsikringsselskapene. Oppgaven er å søke å løse uenigheter mellom selskapene og kundene. Saksbehandlingen er utelukkende skriftlig. Avgjørelser treffes på grunnlag av den dokumentasjon som partene har fremlagt i den enkelte sak. Noen saker reiser i det vesentlige rettslige spørsmål, andre reiser spørsmål om hvilket faktum som er det mest sannsynlige og om de aktuelle reglenes anvendelse på dette grunnlaget, og atter andre saker gjelder prinsipielt uenighet om sakens faktum. Mangler en klage skriftlig dokumentasjon som sannsynliggjør klagen, kan nemnda avvise saken, subsidiært avgjøre den på grunnlag av bevisbyrdebetraktninger. Verken nemnda eller sekretariatet foretar utredning av faktum i sakene herunder innhenting av bevis. Klager avgjøres utelukkende på grunnlag av den dokumentasjon som sakens parter legger frem.

I den konkrete saken er nemnda enig i at et selskap kan være erstatningsrettslig ansvarlig for mangelfull informasjon. Men i likhet med sekretariatet mener nemnda at klager i liten utstrekning har sannsynliggjort at det foreligger et grunnlag for et erstatningsansvar. Etter nemndas syn krever saken omfattende umiddelbar bevisførsel, ikke bare om selskapet/dets representant har opptrådt culpøst, men også om det påståtte økonomiske tapet og om det – såfremt det foreligger – skyldes at han ikke fikk informasjon om den aktuelle dekningen Kritisk Sykdom.

Nemnda peker på at klager i begynnelsen av juni 2017 tok kontakt med de sju forsikringsselskapene han har krevd erstatning av, men dessuten med If og Troll. For å kunne si at rådgivningen er culpøs er det vesentlig med faktiske opplysninger om hva som skjedde da klager

tok kontakt med selskapet om en forsikring. Det er ikke tilstrekkelig for erstatningsrettslig ansvar å anføre at rådgiveren ikke var interessert og ikke ga eller bare ga lite informasjon av interesse. Det er heller ikke tilstrekkelig å si at man har hatt et økonomisk tap pga. en senere sykdomsdiagnose eller at det er årsakssammenheng mellom tapet og den mangelfulle informasjonen. Klager har verken i sitt kravbrev eller senere gitt opplysninger som gjør det mulig for nemnda å vurdere hans anførsler om erstatningsansvar.

Nemnda er etter dette enstemmig enig med sekretariatet i at saken avvises.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Saken avvises fra Finansklagenemnda.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).