

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2020-637

4.9.2020

DNB Livsforsikring AS (Pensjon, Personal)

Livsforsikring/uføredækninger/pensjon

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

Klager søkte om uførepensjonsforsikring 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 avslo erstatningskravet. Sekretariatet avviste klagen. Etter nemndas syn krevde saken omfattende umiddelbar bevisførsel og saken ble avvist fra Finansklagenemnda.

Saksfremstilling

Klager (f. 1978) søkte om uførepensjonsforsikring i selskapet i juni 2017. Søknaden ble avslått etter en helsebedømmelse. Han krevde 10.4.18 erstatning av selskapet pga. mangelfull informasjon, jf. fal. § 11-1 første og annet ledd. Selskapet har avvist erstatningsansvar.

Klager opplyste i brevet av 10.4.18 at han hadde kontaktet selskapet juni 2017 for veiledning om aktuelle forsikringsdekninger som ville gi økonomisk trygghet i tilfelle uførhet/sykdom. Selskapets representant var lite interessert i å klarlegge klagers forsikringsbehov, og ga lite eller ingen relevant informasjon. Klager fikk ikke tilsendt/tilgang til informasjonsmateriale. Klager trodde uførekapital/-pensjon var den eneste mulige forsikringsdekningen for ham. Det ble ikke gitt informasjon om den rimeligere dekningen Kritisk Sykdom som kunne ha vært tegnet i kombinasjon med en uføredækning eller alene, i kontakt med selskapet. Klager fikk i juni 2017 tegnet Kritisk Sykdom dekningen i lf.

Da selskapet avslo søknaden om dekningen uførekapital/-pensjon, ble klager ikke gitt informasjon om alternative dekninger.

Selskapet ikke har fremlagt noe undertegnet skjema om informasjon gitt under rådgivningssamtalen.

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

Selskapet nektet ansvar og viste i brevet av 25.5.18 til at klager kontaktet Storebrand telefonisk 8.6.17. Han ønsket ikke at selskapet skulle gjøre opptak av samtalen. Etter telefonsamtalen sendte selskapet ham en e-post med oversikt over tilbudt uføredækning. Han fylte 19.6.17 ut helseerklæringen. Selskapet hadde problemer med å få kontakt med klagers fastlege og fikk av den grunn fullmakt til å innhente opplysninger fra en annen lege, 18.9.17. Selskapet mottok også opplysninger om at et annet selskap hadde avslått klagers søknad om uføredækning. Selskapet avslo søknaden om uføredækning 8.11.17.

Sekretariatets avgjørelse

Sekretariatet avviste klagen 4.6.20.

Det følger av pkt. 4.1 bokstav d) i Finansklagenemndas vedtekter 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 heter i Prop. 32 L (2015-2016) 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 selskapet/selskapets rådgiver. Sentralt i denne vurderingen vil det være å avklare på hvilken måte klager presenterte sitt forsikringsbehov for selskapet, herunder om klagers beskrivelse av tegningssituasjonen er korrekt, jf. at partenes forklaringer er motstridende. Helt avgjørende vil det også være hvilken kunnskap klager allerede hadde om de ulike utførepunktene på tegningstidspunktet, jf. opplysningene om at klager hadde søkt om forsikringer i flere selskap. 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 i Finansklagenemnda.

Klager har klaget over sekretariatets avgjørelse. Saken kan behandles av nemnda. Han har bl.a. vist til følgende uttalelse i 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 en klager ikke andre muligheter for å prøve sin sak enn en behandling ved FinKN og en avvisning fratar klager en reell mulighet til en overprøving av selskapets standpunkt.

Sekretariatets sammendrag ble sendt klager og selskapet 21.7.20. 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 2020-635, FinKN 2020-636.

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 utføredekning 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 akseptere 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 reglens 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. I den konkrete saken bestrider selskapet at det foreligger mangelfull informasjon ved tegningen og senere. Nemnda har merket seg at selskapet har lagt frem en undertegnet erklæring fra klager om behovsavdekning og har dessuten pekt på at informasjon om dekningen Kritisk Sykdom er lett tilgjengelig på selskapets hjemmeside.

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).