

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2020-824

18.11.2020

Fremtind Livsforsikring AS (tidligere DNB Livsforsikring AS)

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Svik ved tegning – tidligere ryggplager – selgers medvirkning – premie – juridisk bistand - fal.
§§ 13-1a, 13-2, 13-3.

Forsikrede tegnet en uføredekning i mai 2011. Han opplyste ikke om tidligere ryggplager. Forsikrede anførte at en pågående rådgiver fylte ut skjema som han deretter signerte uten å se gjennom. Selskapet hadde også unnlatt å følge opp plikten det påtok seg til å innhente forsikredes journaler hos fastlegen. Det kunne heller ikke utelukkes at selskapet hadde mottatt journaler. Saken reiste bl.a. spørsmål om forsikrede skulle opplyst om tidligere ryggplager, og om de strenge beviskravene for svik eller grov uaktsomhet i så tilfelle var oppfylt. Etter en konkret vurdering uttalte nemnda at den strenge bevisbyrden for uriktige opplysninger og svik var oppfylt. Det at selskapet hadde mulighet til å innhente opplysninger, fritok ikke forsikringstakeren for opplysningsplikten. Ved svik var det videre uten betydning at uførheten skyldtes annet enn de opplysninger som ble holdt tilbake. Forsikrede hadde ikke krav på refusjon av premie og det var ikke noe rettslig grunnlag for at selskapet skulle dekke utgifter til juridisk bistand. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1972) tegnet våren 2011 en uføredekning i selskapet. Han undertegnet 12.5.11 "Helseerklæring uten legeundersøkelse" som gir selskapet fullmakt til å innhente journaler fra fastlegen.

På spørsmål 1 b om kontakt med lege siste 12 måneder svarte forsikrede ja, og opplyste at det var en generalsjekk. Forsikrede oppga fastlegens kontor. Han svarte nei på spørsmål om han hadde vært i kontakt med lege eller andre behandlere de siste fem årene. Han svarte nei på spørsmål om han de siste 5 årene i mer enn 14 dager hadde hatt plager i rygg eller knær. Han ga ingen opplysninger på spørsmålet om andre plager han ikke var blitt spurt om.

Fordi forsikringstaker ønsket høye forsikringssummer ba selskapet om opplysninger fra fastlegekontoret, og purret på svar 22.7.11. Selskapet mottok imidlertid ikke journaler og aksepterte søknaden 14.9.11, men med reduserte beløp. I forsikringsbeviset er uførekapital angitt med forsikringssum kr 960 000 og uførrente til kr 100 000 per år.

I notat fra konsultasjon hos fastlegen 19.2.09 omtales smerte korsrygg og knesmerter:

Siste 2-3 år smerter korsryggen, periodisk etterhvert nesten daglig. Siste tiden noeng. smerterutstråling ned ant. h. lår. Smerter hoftene, spes h. s. og mellom skulderbladene. Også smerter begge knær.

Hjelper å være litt i beveg, men ikke for mye. Verst å stå stille. Verre om vinteren. Jobber nattevakt, klarer ikke å jobbe nå.

Funn: Upåfallende ved beveg. Noe palp.ømhhet korsrygg.

Den 11.5.09 noterte legen diagnosene kneleddsmerte og rygg syndrom med smerteutstråling, og henviste til MR. Røntgen/MR av lumbosacralcolumna 8.7.09 viste moderat skiveforandring i nivå L4/L5. Legen noterte 29.7.09 diagnoser kneleddsmerte og rygg syndrom med smerteutstråling, og at forsikrede ønsket henvisning til spesialist.

Den 31.5.11 noterte legen at forsikrede ofte var plaget av hovne mandler med feber, og var da sengeliggende. Han var hos spesialist 30.6.11.

Den 27.12.12 (halvannet år etter tegning) noterte legen "Kjent residiverende ryggproblem", og henviste til røntgen og CT av lumbalrygg samt MR.

Fastlegejournalen fra 2013 og senere viser ryggplager med sykmelding fra 14.1.-28.5.14. Det samme i 2018. Fra april 2018 omtales psykisk relaterte diagnoser. Legen noterte 5.4.18 at forsikrede i januar 2016 var til vurdering på ryggortopedisk klinikk og at han da hadde slitt med lavlumbale korsryggsmerter i mange år.

Av et poliklinisk notat 25.9.18, etter en undersøkelse ved L. sykehus, fremgår at forsikrede før han kom til Norge hadde vært i en krigssituasjon i E. Han var i E. innesperret i 34 dager under krevende forhold og fikk i etterkant skiveprolaps. Han hadde gått til psykiater i K. og fått medisiner mot PTSD og søvn. I legeerklæring ved arbeidsuførhet til Nav, datert 11.10.18, er hoveddiagnosen depresjon dyp. Legen opplyser at forsikrede har vært langtidssykemeldt for ryggsmerter som han ikke ønsker å operere, invalidiserende psykiske plager, og at han ble utredet for PTSD etter traumatiske opplevelser i hjemlandet. I rapport fra DPS 18.12.18 er diagnosen PTSD. Nav innvilget 20.12.18 arbeidsavklaringspenger.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet (til selskapet) 13.2.19 angir fastlegen (siden 2012) at hoveddiagnosen er ryggsmerter lumbosakralt og bidiagnosen depresjon og om objektive funn noe uleselig om "skive ...". Videre at forsikrede hadde symptomer første gang i 2009, at diagnose ble stilt 18.3.13, og at dette ga "*Konstante smerter og funksjonsfall*". Han vurderte uførheten som varig.

Forsikrede fremmet 20.1.19 krav om uføredekning og oppga at han hadde vært arbeidsufør siden 2.1.18 på grunn av dyp depresjon som oppsto 1.12.17, og ikke forventet å komme tilbake i arbeid.

Han fremmet også krav 11.2.19, der han opplyste at årsak til uførheten var "*Syk med vondt i ryggen og andre ting som står i legeerklæring*". Dette skulle ha oppstått i 30.12.17, og første sykemeldingsdag var 2.1.18. Han svarte ja på spørsmål om han ventet å komme tilbake til arbeid eller øke sin arbeidsevne.

Selskapets rådgivende lege uttalte 6.5.19:

Jeg vurderer det slik at opplysningsplikten ikke er overholdt når det gjelder ryggplagene, som han burde ha opplyst om, og som ville ha medført reservasjon for ryggglidelser dersom vi hadde fått kjennskap til de langvarige ryggplagene før tegning.

Selskapets utreder hadde en samtale med forsikrede 16.5.19. Forsikrede svarte stort sett at han ikke husket, og stemningen ble etter hvert slik at samtalen ble avsluttet.

Selskapet avsto kravet 3.6.19. Det ble lagt til grunn at forsikrede med sviiks hensikt hadde gitt uriktige helseopplysninger, subsidiært grovt uaktsomt. I begge tilfeller avsto selskapet kravet og sa opp dekningene. Avslaget er opprettholdt etter klage.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke ga uriktige opplysninger, og at beviskravet for at dette ble gjort med sviiks hensikt eller grovt uaktsomt uansett ikke er oppfylt. Det var en pågående selger som fylte ut helseskjema. Forsikrede svarte etter beste evne, og leste ikke gjennom skjemaet før han signerte det. Han ga fullmakt til å innhente medisinske journaler og forutsatte at

selskapet fulgte opp avtalen og innhentet og sjekket disse. Selskapet må selv bære risikoen for at det ikke oppfylte egen undersøkelsesplikt. Det kan heller ikke utelukkes at selskapet mottok de nødvendige journaler, jf. legens uttalelse. De aktuelle opplysningene gjaldt uansett mindre forhold, og har ingen betydning for de psykiske lidelser som er årsak til hans nåværende uførhet. Subsidiært, dersom selskapet kan avslå kravet, krever forsikrede tilbakebetalt innbetalt premie. I alle tilfelle krever han dekket sine saksomkostninger.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede ga uriktige helseopplysninger på spørsmålene 1c og 6d om kontakt med leger og om ryggplager. Disse hadde betydning for selskapets risikovurdering. Det var ikke avtalt at selskapet skulle innhente journaler før aksept av søknaden noe som heller ikke er vanlig praksis. Selskapet forsøkte å innhente journaler pga. de høye forsikringssummene, men mottok ikke journaler.

Subsidiært har forsikrede utvist grov uaktsomhet. I begge tilfelle kan selskapet avslå kravet og si opp forsikringen. Forsikrede har ikke krav på tilbakebetaling av premie. Det er vist til avgjørelse 2017-724.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken reiser spørsmål om selskapet kan avslå forsikredes krav, si opp dekningene, og om han kan kreve tilbakebetaling av premie og har krav på å få dekket sine utlegg til juridisk bistand.

Etter fal. § 13-1 a kan et selskap ved tegningen be om opplysninger som har betydning for selskapets vurdering av risiko. Dersom forsikrede utviste svik ved tegningen er selskapet uten ansvar og kan avslå kravet, jf. § 13-2 første ledd. Selskapet kan også si opp forsikredes forsikringsavtaler, jf. fal. § 13-3.

En forsikringstakers/forsikredes svar på spørsmålene skal være riktige og fullstendige, og på spørsmål skal vedkommende også gi opplysninger om særlige forhold som han/hun må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, selv om dette ikke direkte er omfattet av de konkrete spørsmålene som er stilt i helseerklæringen. Spørsmålene og svarene på disse i helseerklæringen danner grunnlaget for selskapets risikovurdering. Dette formålet er sentralt ved tolkingen av erklæringens spørsmål og svar, og ved nemndas vurdering av om forsikrede har forsømt opplysningsplikten. Forsikringstakeren har på den annen side ikke plikt til å gi opplysninger som det ikke spørres om.

Beviskravet ved en anførsel om svik er høyt: sterk eller klar sannsynlighetsovervekt for at forsikrede svikaktig har forsømt opplysningsplikten. Dette innebærer både at forsikringstaker må ha visst at opplysningene var uriktige og ufullstendige, og at opplysningene ble gitt i den hensikt å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale, jf. Rt. 2000 s. 59. Kravet om hensikt innebærer at det ikke er tilstrekkelig at forsikringstaker grovt uaktsomt har undervurdert selskapets behov for opplysninger. I Rt. 2000 s. 59 er fremhevet at for "begge disse vilkårene (må det) foreligge en klar og sterkt sannsynlighetsovervekt for at uriktige opplysninger er gitt bevisst og i vinnings hensikt".

Slik nemnda ser det var det objektivt sett uriktig i 2011 ikke å opplyse om langvarige korsryggsmerter. Tilsvarende gjelder knesmertene som ble notert av fastlegen ved tre anledninger i 2009. Det var videre objektivt sett uriktig ikke å opplyse om konsultasjoner hos leger og andre behandlere de siste frem årene som ikke fremgikk under spørsmålet om det samme i de siste 12 månedene.

Ryggsmerter har vært langvarige og tilbakevendende. Det er vanskelig å se noen annen rimelig forklaring på at forsikringstaker på helt enkle spørsmål om ryggplager unnlot å opplyse om disse enn at han ønsket å holde dette skjult.

Slik nemnda ser det, er den strenge bevisbyrden for uriktige opplysninger og svik oppfylt.

Selskapet har opplyst at det ville blitt tatt reservasjon for ryggplager om dette var blitt opplyst, og nemnda legger det til grunn.

Forsikrede har anført at selskapet kunne ha innhentet opplysninger fra hans fastlege, noe han hadde gitt fullmakt til. Vurderingstemaet etter § 13-2 annet ledd er om de uriktige/mangelfulle opplysningene har hatt betydning for selskapets risikovurdering. At selskapet hadde mulighet til å innhente opplysninger, fritar ikke forsikringstakeren for opplysningsplikten. Selskapet har ikke noen generell plikt til å innhente helseopplysninger, og det er heller ikke grunnlag for å tro at det har påtatt seg å gjøre det.

Forsikrede har videre anført at det var en pågående representant for selskapet som fylte ut helseerklæringen. Anførselen er ikke kommentert av selskapet. Nemnda finner grunn til å understreke at forsikringstakeren underskriver på at opplysningene er så fullstendige og nøyaktige som mulig.

Når det er konstatert svik ved avgivelsen av helseopplysninger er det uten betydning at forsikredes uførhet skyldes annet enn de opplysninger som ble holdt tilbake. Det kreves således ikke årsakssammenheng mellom de uriktige opplysninger og de plager som begrunner kravet som saken gjelder.

Ved utvist svik har forsikrede ikke krav på refusjon av innbetalt premie, se avgjørelse 2019-301. Ved svik kan selskapet som nevnt foran, si opp forsikringen og øvrige forsikringer som den forsikrede måtte ha i selskapet med øyeblikkelig virkning, se fal. § 13-3 første ledd.

Det finnes ikke noe rettslig grunnlag for å kreve at selskapet skal dekke den forsikredes utlegg til juridisk bistand, når det konstateres svik.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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