

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-242

22.3.2021

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Uriktige opplysninger ved tegning - svik/grov uaktsomhet - avkortning - fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-3.

Forsikringstaker (mor) tegnet i juli 2016 barneforsikring på sønnen (f. 2006). Tannlege hadde i oktober 2015 henvist til undersøkelser for mistanke om mulig OFG. Barnet var våren 2016 til undersøkelser knyttet til blant annet Morbus Crohns og OFG. Det var planlagt videre undersøkelser sommer/høst 2016. Saken reiste spørsmål om forsikringstaker utviste svik, subsidiært grov uaktsomhet ved ikke å opplyse om dette, og i så tilfelle om selskapet kunne avslå/avkorte krav, og si opp dekningen. Forutsatt grov uaktsomhet reiste saken også spørsmål om selskapet hadde tilbudsplikt etter § 13-3 annet ledd. Nemnda fant etter en konkret vurdering at selskapet ikke hadde oppfylt den strenge bevisbyrden for svik. Selskapet kunne derimot påberope grov uaktsomhet og nemnda konkluderte med at rett avkortning var 75 %. Vilårene for å si opp avtalen forelå. Nemnda bemerket ellers at selskapet etter krav fra forsikrede hadde plikt til å tilby en ny forsikring på de vilkår som ville blitt gitt dersom forsikrede hadde gitt korrekte opplysninger, jf. fal. § 12-12. Det var ikke grunnlag for å dekke advokatutgifter. Forsikrede ble gitt delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker tegnet i juli 2016 en barneforsikring Basis på sønnen (forsikrede, f. 2006). Hun tegnet først dekningene Basis og utvidelsene Standard og Super, men endret kort tid etter til bare å ha dekningen Basis.

Helseopplysninger

Forsikringstaker ga helseopplysninger 3.7.16. Under spørsmål om luftveislidelser, allergier og eksem ble det opplyst om tørr hud. På spørsmål om barnet var blitt undersøkt eller behandlet for annen sykdom, skade, plage, problem eller symptom (fysisk eller psykiske) som ikke tidligere var nevnt i skjema, svarte hun nei. Hun svarte også nei på spørsmål om det var mistanke om sykdom (fysisk eller psykisk) eller det var anbefalt/planlagt fremtidige undersøkelser/behandling/operasjon) ut over det som var nevnt i skjema.

Legejournaler

S. Hospital skrev 11.12.15, der forsikrede av tannlege var henvist for mulige OFG (orofacital granulomatose) og Crohnsforandringer i munnhulen, at forsikrede var i utmerket allmenntilstand. Fra vurdering:

Ikke aktiv sykdom nå. Fortsatt uavklart om dette er lokal sykdom i munnhule/OFG eller mb Crohn. For å komme videre i utredningen skal det gjennomføres gastro- og kolonoskopi. Henvises til dette i februar/mars.

...

I rapport fra S. Hospital 1.3.16:

Mor til (forsikrede) ringer grunnet skopi planlagt 10. mars grunnet symptomer fra munnhule. Ikke verifisert med biopsi som OFG. Begge foreldre med IBD. Han har nå også som i desember da FeCal-testen var normal følelsen av "rar mage", blir ikke ordentlig tømt når han er på do, plages med luft, har kløe i anus, det kommer litt avføring ofte ila dagen. Dette hadde han da han var på kontroll også, men ville ikke si noe om det til lege da han ikke vil ha IBD.

Det ble antatt at gutten hadde forstoppelse og det ble gitt råd om dette for hjemmet. Det skulle tas ny FeCal-test i mai/juni og i oktober/november. Han ble foreløpig satt opp til skopi til høsten.

Legevakt noterte 11.3.17 en utposning ved anus, og vondt å gå på toalettet. Det ble notert at begge foreldrene hadde inflammatorisk tarmsykdom. Forsikrede ble operert ved S. Hospital 14.3.17, og rektoskopi 13.3.17 viste normale funn. Under videre plan ble han henvist til oppfølging og videre utredning for mulig IBD.

Hospital poliklinisk noterte 2.5.17 "OFG og penianal abcess, sannsynligvis Morbus Crohn.", men dette var ikke avklart. I de påfølgende årene var det videre notater knyttet til mulig OFG og Crohns, men uten klare funn. Han var til videre undersøkelser for avklaring av Crohns, og avklaring og diagnose Morbus Crohns kom da han var innlagt til undersøkelser 4.2.-7.2.20. Klinik og funn var forenlig med Morbus Crohns, og han fikk diagnosen K 50.8 (Crohns).

Sakens behandling

Det ble fremmet krav i saken 13.2.20, i form av forespørsel om påvist Crohns sykdom ga rett til utbetaling.

Selskapet ba 25.3.20 om utfyllende opplysninger fra fastlege, som ga svar 31.3.20.

Fastlegen opplyste at sykdommen debuterte 11.12.15 med diagnosen

... Z03.8 obs Mb Crohn. Uavklart om dette er lokal sykdom i munnhule/OFG eller mb Crohn. Planlagt endoskopi.

I telefonsamtale med selskapets utreder 7.5.20 oppga forsikringstaker at det ikke var noe spesielt med barnet før tegning, men fordi hun selv hadde Crohns fikk hun sønnen sjekket. Legene fant ikke noe før i 2020. Det som ble gjort før tegning var ifølge henne ikke ordentlige funn. Videre:

Hun forklarte videre at hun hadde sendt en melding til sykepleieren som (forsikrede) hadde på sykehuset etter at han fikk diagnosen i februar, og hun hadde svart henne at første skopien (forsikrede) var på, for å sjekke ut, var 15.06.17, og det stod "ikke sikker diagnose da".

Forsikringstaker mente videre at sønnen ikke fikk noen sikker diagnose for munnen før 13.12.18, og at sønnen ikke hadde hatt tarmproblemer før tegning. Etter hennes mening fremgikk det klart av de tidligere notatene at det ikke var påvist Crohns, og hun hadde ved tegningen ikke noen grunn til å tro at sønnen hadde Crohns. Han hadde bare hatt vondt i munnen sin.

Selskapets rådgivende spesialist i barnesykdommer vurderte saken 12.5.20, og mente at forsikringstaker ved tegning i 2016 skulle ha oppgitt at barnet hadde vært til undersøkelser.

Selskapet avsto kravet 28.5.20, og anførte svik, subsidiært grov uaktsomhet. Det varslet mulig oppsigelse av kundeforholdet.

Selskapet har vedlagt oppsigelse av avtalen 3.6.20.

Etter prosessvarsel fra forsikringstaker/forsikrede 8.7.20 fastholdt selskapet avslaget 17.9.20.

Klage til Finansklagenemnda ble registrert 21.9.20.

Forsikrede har i det vesentlige anført at forsikrede fylte ut skjema etter beste evne, og at den strenge bevisbyrden for svik eller grov uaktsomhet uansett ikke er oppfylt. Forsikringstaker ga videre selskapet fullmakt til å innhente opplysninger, og innrettet seg i tiltro til at dette ble gjort.

Notatet 1.3.16 viste ingen funn, og de slo seg til ro med dette. Dette må også sees i lys av at forsikringstaker ved tegning var under et stort press på grunn av vanskelig livssituasjon med separasjon og flytting. Det er ikke dokumentert at selskapet verken hadde adgang til, eller ville ha avslått tegningen dersom hun hadde opplyst om de foretatte undersøkelser. Avkortningen er uansett urimelig høy. Selskapet må også dekke forsikredes utgifter til saken.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikringstaker utviste svik, subsidiært grov uaktsomhet, ved ikke å opplyse om mistanke og konsultasjoner om OFT og Morbus Crohn eller liknende sykdom, og at dette skulle følges opp videre. Selskapet kunne avslå kravet, og si opp forsikringen.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikringstaker ga uriktige eller mangelfulle helseopplysninger, da hun fylte ut helseskjema, og om selskapet i så fall kan avslå eller avkorte i kravet, og si opp avtalen. Det er videre et spørsmål om selskapet må tilby dekning iht. fal. § 13-3 annet ledd.

Nemnda ser først på spørsmålet om selskapet har sannsynliggjort utvist svik eller grov uaktsomhet. Det følger av fal. § 13-1a at selskapet ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen, og at forsikringssøkeren skal gi riktige og fullstendige svar på disse spørsmålene.

Opplysningsplikten går for det første ut på at det skal gis riktige og fullstendige svar på de konkrete spørsmålene selskapet stiller for å kunne vurdere risikoen. For det annet skal forsikringstakeren og den forsikrede på selskapets oppfordring gi opplysninger om særlige forhold som han eller hun må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, selv om dette ikke direkte omfattes av spørsmålene som er stilt i helseerklæringen. Det sentrale for de opplysningene selskapet ber om i helseerklæringen, er at de skal danne grunnlaget for selskapets risikovurdering. Dette formålet står sentralt både ved tolkingen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld.

Dersom opplysningsplikten er svikaktig forsømt, følger det av fal. § 13-2 første ledd at selskapet er uten ansvar dersom det har inntruffet et forsikringstilfelle. Etter fal. § 13-2 annet ledd kan selskapets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstakeren har forsømt opplysningsplikten, og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last.

Selskapet har bevisbyrden for at opplysningsplikten er svikaktig eller grovt uaktsomt forsømt. Når selskapet anfører svik må det foreligge en klar sannsynlighetsovervekt for dette jf. Rt. 1989 s. 689. Selskapet må bevise at forsikrede handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp nr. 49 (1988-1989), s. 88. Det innebærer at selskapet må påvise et økonomisk motiv. Høyesterett har i Rt. 2000 s. 59 presisert at både vilkåret om at det ble gitt uriktige og ufullstendige opplysninger bevisst og vilkåret om at det ble gjort for å få til en forsikringsavtale eller en bedre avtale må være oppfylt for at det skal kunne legges til grunn at det foreligger svik. Og videre at det for begge vilkårene må foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt.

Ved anført grov uaktsomt er beviskravet tilnærmet likt det som gjelder ved svik. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

I aktuelle sak ble forsikrede henvist av tannlegespesialist til undersøkelser for mulig OFG og Morbus Crohns. Han var til undersøkelser ved S. Hospital henholdsvis 11.12.15 og 1.2.16. Det ble ikke konkludert, men forsikrede hadde plager med magen/avføring. Ved siste undersøkelse skulle det tas nye avføringsprøver i mai/juni og i oktober/november, og han ble forsøksvis satt opp til skopi til høsten.

Etter nemndas syn viser dette at funn/symptomer ga begrunnet mistanke om mulig OFG og Morbus Crohns, og som sykehuset fant det nødvendig å utrede videre. I rapport fra S. hospital 1.3.16 er det etter samtale med forsikringstaker opplyst at begge foreldrene har IBD. Det fremgår også at forsikrede tidligere hadde unnlatt å ta opp plager med legen, fordi han ikke ville ha IBD. Opplysningene i rapporten taler klart for at foreldrene selv så en mulig sammenheng. Forsikrede var 10 år gammel på tegningstidspunktet, plan for videre oppfølging mm. må ha blitt formidlet til foreldrene.

På denne bakgrunn finner nemnda at det var objektivt uriktig å ikke opplyse om disse undersøkelsene på spørsmål om undersøkelser av andre sykdommer/plager/problem/symptomer enn det det allerede var spurt om, eller om det var anbefalt/planlagt undersøkelser.

Spørsmålene i helseerklæringen var klare. Forsikringstaker har selv Morbus Crohns, og må forutsettes å ha vært innforstått med at dersom forsikrede hadde Crohns kunne dette ha vesentlig betydning for selskapets risikovurdering.

Forsikringstaker har vist til at selskapet fikk fullmakt til å innhente opplysninger, og at svarene må sees i lys av at hun innrettet seg etter dette. Videre har hun vist til at barnet ikke hadde fått noen diagnose. Det er forsikringstakeren som plikter å svare riktig på selskapets spørsmål. Det forhold at selskapet har fullmakt til å innhente ytterligere opplysninger innebærer ikke at forsikringstakeren kan unnlate å gi relevante opplysninger av eget tiltak. Videre bemerker nemnda at det ikke kreves at det foreligger en diagnose, jf. 2017-231.

Selskapet har opplyst at forsikrede ikke ville ha fått tegnet forsikringen dersom hun hadde oppgitt korrekte svar, og nemnda legger til grunn at forsikringstaker i alle fall ikke hadde fått tegnet på vanlige vilkår.

Nemnda finner etter en konkret vurdering at selskapet ikke har oppfylt den strenge bevisbyrden for svik. Derimot har selskapet etter nemndas syn oppfylt den strenge bevisbyrden for grov uaktsomhet etter fal. § 13-2 annet ledd.

Ved grov uaktsomhet kan selskapet etter fal. § 13-2 tredje ledd avslå eller avkorte i forsikredes krav, og det skal tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers.

De klare spørsmålene som objektivt sett er besvart uriktig, og det faktum at forholdene forsikringstaker skulle ha opplyst om er grunnlag for kravet som er fremmet, tilsier en høy avkortning. Etter en konkret vurdering der avkortningsgraden i sammenlignbar nemndspraksis er vurdert, finner nemnda at riktig avkortning i saken er 75 %.

Selskapet kan etter fal. § 13-3 første ledd si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Nemnda kan ikke overprøve selskapets utøvelse av denne retten. Videre følger det av fal. § 13-3 annet ledd at selskapet etter krav fra forsikrede har en plikt til å tilby en ny forsikring på de vilkår som ville blitt gitt dersom forsikrede hadde gitt korrekte opplysninger. Vurderingen av om selskapet må tilby en forsikring som ville blitt innvilget dersom forsikringstaker hadde gitt korrekte opplysninger, må gjøres i lys av fal. § 12-12, jf. 2020-106. Skulle forsikringstaker være uenig i det tilbudet selskapet gir kan hun eventuelt klage dette inn til Finansklagenemnda som en ny sak.

Forsikrede har etter nemndspraksis ikke krav på refusjon av innbetalt premie ved utvist grov uaktsomhet.

Det er fremsatt krav om at selskapet må dekke forsikredes advokatutgifter til saken. Nemnda kan ikke se at det er grunnlag for kravet, og det er heller ikke anført noe grunnlag fra forsikredes side.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).