

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-397

10.5.2021

Fremtind Livsforsikring AS (tidligere DNB Livsforsikring AS)

Sykeforsikringer/barnekasko

Flytte barneforsikring - informasjon - erstatningsansvar - passivitet - fal. § 11-1.

I forbindelse med flytting av barneforsikring i 2016 ba forsikringstaker om å få en minst like god dekning som den han allerede hadde. Ved flyttingen mottok selskapet forsikringsbevis i gammelt selskap og via selskapets rådgiver ble det søkt om en basis barneforsikring. Forsikringstaker mottok deretter årlig forsikringsbevis som viste dekningene. Etter at forsikrede fikk påvist en sykdom i 2019, oppdaget forsikringstaker at tidligere dekning for utvalgte sykdommer ikke var omfattet av den nye barneforsikringen. Saken reiste spørsmål om selskapet på en erstatningsbetingende måte hadde forsømt opplysningsplikten ved tegningen og eventuelt om forsikringstakeren via passivitet hadde tapt sine innsigelser knyttet til dekningsomfanget. Nemnda uttalte at selskapet hadde opptrådt erstatningsbetingende uaktsomt, da det ikke informerte om avvikende vilkår i forhold til det forsikringstaker hadde bedt om. Nemndas flertall bemerket videre at forsikringstaker likevel selv hadde et ansvar for å kontrollere at dekningen var i tråd med egen bestilling. I foreliggende sak hadde avtalen vært i kraft i over 3 år og innsigelsene var derfor tapt grunnet passivitet. Selskapet ble gitt medhold. Dissens.

Saksfremstilling

I forbindelse med flytting av barneforsikring fra Landbruksforsikring til innklaget selskap i 2016, ba forsikringstaker om å få en minst like god dekning som den han allerede hadde. Ved flyttingen mottok selskapet forsikringsbevis i gammelt selskap og via selskapets rådgiver ble det 21.5.16 søkt om en basis barneforsikring hvor forsikringstakers datter (f. 1999) var forsikret. Søknaden ble innvilget 2.6.16 med reservasjon knyttet til diagnosen eksem. Forsikringstaker mottok samme dag forsikringsbevis med slik beskrivelse av dekningen:

Avtalen inneholder følgende dekninger:

Forsikringsdekning Forsikringssum Opphør Helsebedømmelse

Medisinsk invaliditet ved sykdom eller ulykke Inntil 2200000 Fylte 26 år Reservasjon

Erstatning ved død 100000 Fylte 26 år

Ombygging av bolig og tekniske hjelpemidler Inntil 160000 Fylte 26 år Reservasjon

Utvidet hjelpestønad Sats 1 – 15 000 per år Sats 2 – 30 000 per år Sats 3 – 70 000 per år Sats 4 – 120 000 per år Fylte 20 år Reservasjon

Dagpenger ved sykehusopphold 400 per dag Fylte 20 år Reservasjon

Behandlingsutgifter ved ulykke Inntil 100000 Fylte 26 år

Tilsvarende forsikringsbevis ble utsendt i perioden 2017-2019 (siste gang 10.4.19).

Premien på den opprinnelige forsikring (Landbruksforsikring) var årlig kr 1 355, mens ny premie var kr 1 560 (kr 130 pr mnd.).

I desember 2019 klaget forsikringstaker til selskapet og påpekte at tidligere dekning for Utvalgte sykdommer i Landbruksforsikring var utelatt fra dekningen i DNB. Det fremgikk av klagen at forsikrede nå hadde behov for denne forsikringsdekningen.

Selskapet avviste klagen 17.1.20 med slik begrunnelse:

Barneforsikring er et produkt der det er stor variasjon i markedet hva produktet inneholder både i forhold til dekninger, begrensninger og vilkår. Du som kunde må derfor ta et selvstendig ansvar for å sjekke om produktet har den samme dekningsgraden som eksisterende forsikring. Det fremgikk av både produktark og vilkår, som dere mottok ved etablering av forsikringen, hva den dekket. I tillegg har dere også mottatt forsikringsbevis som viser hvilke dekninger forsikringen inneholder. Vi kan derfor ikke gi medhold til deres klage.

Klage ble innsendt FinKN 20.1.20. Vedlagt klagen fulgte en oversikt over tidligere dekning i Landbruksforsikring som ble oversendt DNB forut for avtaleinngåelsen:

Dekningsomfang:

Medisinsk invaliditet – 25 G
Behandlingsutgifter – 1 G
Død som følge av ulykke – 1 G

Utvidet dekning:

Arbeidsuførhet – 9 G
Utvalgte sykdommer – 4,5 G
Død som følge av sykdom – 1 G
Dagpenger ved sykehusopphold 146.000
Utvidet hjelpestønad – 5 G
Ombygging av bolig – 2 G

Selskapet oversendte 11.5.20 en uttalelse datert 3.2.20 fra selskapets rådgiver som beskrev salgssituasjonen slik:

Dette er lenge siden, men jeg skal prøve å svare så bra og nøytralt på dette som mulig. Usikker på hvordan jeg skal formulere dette. Kunden har sendt over forsikringsbevis på alle dekningene han hadde inkludert barneforsikring. Kunden har skrevet at han ønsker like god eller bedre dekninger i epost. Jeg klarer ikke å huske dialog vi har hatt, men jeg pleier alltid å vise de 3 alternativene som finnes og deretter la kundene velge det de mener er best for de. Men når dette er sagt om hvordan jeg pleier å selge barneforsikring, er det utfra eposter vanskelig å komme unna at kunden har en god sak. Forsikringsbeviset kunden sendte fra tidligere selskap viser klart at han hadde utvidet dekning på sine barn. Jeg burde valgt vår Superdekning for kundene i forhold til det kundene skriver om at de ønsket samme eller bedre dekning. Så basert på eposter som er det jeg har av dokumentasjon har kanskje ikke kunden fått det han etterspurte. Selv om kunden har et ansvar for å sjekke dette selv, vil jeg påstå at det fremstår som jeg har gjort en svak jobb her. Det er dessverre helt umulig for meg å huske telefonsamtaler og møter vi hadde den gang og hva som ble sagt på disse. Men dersom jeg har sagt at kunden har fått lik eller bedre dekninger som de han hadde skjønner jeg godt at kundene stolte på det uten å sjekke nøyere etter. De har vært kunder hos meg i flere år nå og vi har hatt god dialog og et godt forhold hele veien. Slik jeg kjenner kundene sett i ettertid ville de ikke spart noen få 1000 i året på barneforsikring og valgt det beste alternativet som var for sine barn, men dette blir spekulasjon.

Konklusjon: Jeg har ikke gitt kundene det de etterspurte og presiserte i epost at de ville ha.

På spørsmål om hvilket økonomisk tap forsikringstaker mente forelå som følge av påstått mangelfull informasjon, ga han 22.7.20 slik tilbakemelding:

Jeg mener at engangsutbetalingen på 250.000,- fra DNB som ved tegningstidspunkt var dekning på utvalgte sykdommer, er det vi har lidd som økonomisk tap. Denne var i utg pkt 4.5G hos Landbruksforsikring, i Pluss forsikringen hos DNB (som inkluderer sykdommen Ulcerøs Kolitt) var denne en fastsatt sum. Vår datter (...) har fått påvist Ulcerøs Kolitt ...

Selskapet har ellers påpekt at merpremie må komme til fradrag i et eventuelt erstatningsbeløp. Selskapet har også vist til at det ikke foreligger noen skademelding i saken og at selskapet således ikke har tatt stilling til om vilkårene for erstatning foreligger verken etter den foreliggende avtale eller etter den avtale forsikringstaker mener selskapet skulle ha tilbudt.

Forsikringstaker har i det vesentlige anført at selskapet har forsømt sin informasjonsplikt etter fal. § 11-1 ved flytting av barneforsikring fra Landbruksforsikring til Fremtind. Ved tegningen oversendte forsikringstaker kopi av den dekningen han allerede hadde og ba om en tilsvarende dekning. Selskapets rådgiver har i ettertid bekreftet at forsikringstaker ikke fikk den forsikringsdekningen han ba om og at forsikringstaker burde ha fått tilbud om å tegne den "beste" barneforsikringen selskapet hadde. Forsikringstaker har ellers vist til at årlig forsikringspremie økte ved avtaleinngåelsen, noe som ikke tydet på at han hadde fått en "dårligere" dekning enn tidligere. Selskapets informasjonssvikt må anses som vesentlig og erstatningsbetingende. Forsikringstaker krever på denne bakgrunn erstatning tilsvarende det beløp han/forsikrede ville hatt krav på dersom han hadde fått tilbud om rett forsikringsprodukt. Merpremie vil komme til fradrag i et eventuelt erstatningsbeløp.

Selskapet har i det vesentlige anført at barneforsikring i forsikringsmarkedet har mange ulike dekninger og vilkår som varierer fra selskap til selskap. Ved etablering av barneforsikring i DNB må kunden kjøpe en av DNB sine barneforsikringer slik disse er sammensatt. (Basis, Pluss eller Super) Kunden kan ikke kun kjøpe dekningen "utvalgte sykdommer" alene, men en pakke med uførekapital og utvalgte sykdommer. (Barneforsikring Pluss) Det er derfor ikke mulig å kjøpe en barneforsikring i DNB som er fullstendig identisk deknings- og vilkårmessig med barneforsikringen i Landkreditt. I denne saken ble det søkt om og etablert barneforsikring Basis. Selskapet har gitt forsikringstaker en avtale i samsvar med innsendt søknad på etableringstidspunktet og har hvert år sendt forsikringsbevis/vilkår som viser hva avtalen omfatter. At rådgiver mener at han kanskje ikke har solgt den forsikringen forsikringstaker ønsket kan ikke få betydning når avtalen har løpt over flere år. Forsikringstaker har selv et ansvar for å sjekke at avtalen han mottar er i samsvar med ønsket løsning. Avtalen har løpt i over 3 år uten at forsikringstaker har tatt spørsmålet om dekningsomfang opp med selskapet, slik at avtalens dekningsomfang og vilkår må anses akseptert av forsikringstaker. Eventuelle innsigelser mot avtalens innhold må derfor anses tapt ved passivitet. Etter selskapets mening er det for øvrig ikke utvist erstatningsbetingende uaktsomhet ved etableringen av forsikringen, og heller ikke dokumentert noe økonomisk tap.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om selskapet på en erstatningsbetingende måte har forsømt informasjonsplikten etter fal. § 11-1 og eventuelt om forsikringstaker i så fall har tapt sine innsigelser grunnet passivitet.

Etter fal. § 11-1 første ledd skal selskapet i forbindelse med tegningen av en forsikring "så vidt mulig sørge for at forsikringstakeren får råd om dekning av foreliggende forsikringsbehov". Videre følger det av annet ledd første punktum at selskapet skal gi "opplysninger om viktige sider ved de forskjellige typer forsikringer som kan dekke forsikringsbehovet". I annet ledd tredje punktum er det presisert at dette blant annet omfatter vesentlige begrensninger i dekningen i forhold til det forsikringstakeren med rimelighet kan vente er dekket under vedkommende forsikring.

Forsikringstakerens behov for informasjon forutsetter at denne gis før tegningen, noe som også følger av ordlyden, jf. "i forbindelse med". Det fremgår av forarbeidene at også kunden må analysere sine egne forsikringsbehov, jf. NOU 1983: 56 s. 50. På den annen side må selskapet ta standpunkt til om produktet det tilbyr gir en dekning som tilsvarer den dekningen som forsikrede har i et annet selskap, og peke på konstaterte behov som ikke vil bli dekket. Sagt med andre ord skal selskapet både gjøre en vurdering av kundens forsikringsbehov og en vilkårscentrert vurdering.

Forsikringsavtaleloven inneholder ingen alminnelige bestemmelser om de rettslige konsekvenser av brudd på informasjonsplikten, men forarbeidene forutsetter at "grov feilinformasjon i

forbindelse med tegningen etter omstendighetene (vil) kunne føre til erstatningsansvar for selskapet", jf. NOU 1983: 56 s. 52.

Forsikringstaker oversendte i 2016 selskapet kopi av eksisterende avtale i et annet selskap og ba om tilbud på tilsvarende dekning i selskapet. Når det gjelder det videre hendelsesforløpet, legger nemnda til grunn den redegjørelse som selskapets rådgiver har gitt om hendelsen i uttalelsen datert 3.2.20. Det fremgår av redegjørelsen at forsikringstaker ikke fikk tilbud om den dekningen som ble etterspurt, dvs. en bedre eller minst like god dekning som den eksisterende avtalen ga han. Rådgiveren har i redegjørelsen presisert at:

"(j)eg burde valgt vår Superdekning for kundene i forhold til det kundene skriver om at de ønsket samme eller bedre dekning. Så basert på eposter som er det jeg har av dokumentasjon har kanskje ikke kunden fått det han etterspurte. Selv om kunden har et ansvar for å sjekke dette selv, vil jeg påstå at det fremstår som jeg har gjort en svak jobb her. Det er dessverre helt umulig for meg å huske telefonsamtaler og møter vi hadde den gang og hva som ble sagt på disse. Men dersom jeg har sagt at kunden har fått lik eller bedre dekninger som de han hadde skjønner jeg godt at kundene stolte på det uten å sjekke nøyer etter.

Nemnda har delt seg i et flertall og et mindretall.

Finansklagenemnda Persons flertall, leder og Giertsen, bemerker:

Flertallet legger til grunn at forsikringstakers bestilling var en dekning som var minst like god som tidligere avtale. Dersom selskapet ikke kunne tilby dette, måtte det ha informert spesielt om dette. I aktuelle sak måtte selskapet, som en del av rådgivningen, informere om avvikende vilkår som innebar et ulikt dekningsomfang. På bakgrunn av redegjørelsen finner flertallet at selskapet på en erstatningsbetingende måte har gitt mangelfull informasjon i forbindelse ved avtaleinngåelsen.

Selskapet har anført at forsikringstaker har tapt innsigelsen grunnet passivitet.

Det er på det rene at avtalen har løpt i over 3 år uten at forsikringstaker har tatt opp spørsmålet om dekningsomfanget med selskapet. Forsikringstakeren mottok forsikringsbevis med klar beskrivelse av dekningen 2.6.16, og tilsvarende forsikringsbevis ble sendt til forsikringstaker i perioden 2017-2019. Tidligere dekning for "Utvalgte sykdommer" fremkommer ikke i forsikringsbevisets dekningsbeskrivelse. Videre fremgikk dekningen av produktark og vilkår, som forsikringstaker mottok ved etablering av forsikringen.

Flertallet bemerker at det ikke kan oppstilles strenge krav til forsikringstakerens kontroll av tilsagnet i tilfeller som det foreliggende. Der forsikringsbehovet er klart formidlet må kunden kunne stole på selskapets vurderinger. Like fullt har kunden et visst selvstendig ansvar for å kontrollere at dekningen er i tråd med egen bestilling, og etter nemndas syn må det som et minimum kreves at kunden innen rimelig tid leser gjennom forsikringsbeviset og reklamerer dersom en oppdager feil. Det bemerkes at hvilke krav man kan stille til forsikringstaker blant annet må bero på hva slags forsikring det er tale om og til en viss grad også kundens individuelle forutsetninger. I dette tilfellet er det tale om en barneforsikring der dekningsfeltet et kort og presist formulert i forsikringsbeviset. Produktet er i seg selv ikke mer komplisert enn at det vil være mulig for forbrukere å forstå hvordan dekningen er satt sammen. Det nevnes også at forsikringstakeren hadde tidligere erfaring med barneforsikring i et annet selskap, og hadde tatt et bevisst valg om at han fortsatt ønsket en tilsvarende dekning. Flertallet er på denne bakgrunn kommet til at forsikringstakeren måtte forstå at dekningen etter ordlyden i beviset ikke omfattet dekning for "Utvalgte sykdommer", og finner etter en konkret vurdering at innsigelsene er tapt grunnet passivitet.

Mindretallet, Sandvik, bemerker:

Mindretallet er enig i at selskapet har handlet erstatningsbetingende uaktsomt ved tegning. Videre mener mindretallet at det har oppstått et økonomisk tap som følge av dette, da forsikringstilfellet inntraff og det ikke var dekning på det solgte produktet. Mindretallet mener at forsikringstaker har krav på å få det økonomiske tapet dekket av selskapet.

Passivitetsbetraktninger er først og fremst aktuelt i obligasjonsretten, og tradisjonelt blitt knyttet opp til at krav og innsigelser på partens hånd kan gå tapt dersom han venter urimelig lenge med å fremme disse, se bl.a. HR-2018-383-A. Passivitetsbetraktninger synes derfor å forutsette at det foreligger eller kan foreligge et krav som oppfordrer en viss aktivitet. For at passivitetsvirkninger skal slå inn, forutsettes videre normalt at den annen part har vært i aktsom god tro, se Viggo Hagstrøm, Obligasjonsrett, 2. utgave, Universitetsforlaget, 2011 s. 366. I perioden som gikk mellom tegning og frem til sykdommen inntraff forelå det intet rettskrav på privatpersonens hånd.

Spørsmålet om forsikringstaker burde ha avdekket feilen før forsikringstilfellet inntraff og det økonomiske kravet oppsto, er etter mindretallets oppfatning mer et spørsmål om forsikringstakers medvirkning etter skl. § 5-1, slik Rt-2003-1524. I en sak hvor en profesjonell aktør handler erstatningsbetingende uaktsomt ut fra informasjonsplikten som er lovfestet i fal. § 11-1, kan mindretallet ikke se at en passiv adferd hos privatpersonen kan begrunne en form for medvirkningsansvar, som fører til bortfall av et ellers berettiget krav.

Mindretallet kan heller ikke se at forsikringstaker har handlet passivt etter at forsikringstilfellet inntraff.

Avgjørelsen er avgitt under dissens.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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