

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-55

29.1.2021

Fremtind Livsforsikring AS (tidligere SpareBank 1 Forsikring AS, Liv)

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Selskap avsluttet uføredekning i 2005 – krav fremmet i 2018 - aksept av opphør - passivitet – fal. §§ 11-1 og 11-3.

Forsikrede tegnet en fortsettelsesforsikringsavtale med dekning for død og uførhet i 2002. Den årlige premien for uførhetsdekningen var i 2005 oppgitt til kr 365. Samme året ble forsikrede tilbudt dekningen Kritisk sykdom. Av tilbudet fremgikk at ved aksept, ville forsikredes uføredekning opphøre. Selskapet avsluttet uføredekningen samme dag som tilbudet ble fremsatt, men dekningen for Kritisk sykdom ble senere samme året avsluttet grunnet manglende aksept av tilbudet. Fra og med februar 2006 mottok forsikrede forsikringsbevis som kun viste dekning ved død, med en årlig premie i 2006 på kr 78. I 2013 mottok forsikrede blant annet vilkår som inneholdt bestemmelser om uførekapital og i nettbanken under hennes forsikringer lå det en mappe kalt "Livsforsikring og uførekapital". Forsikrede kontaktet selskapet i 2018 etter å ha blitt ufør. Selskapet avsto krav om dekning, da hun ikke var omfattet av noen uføreforsikring. Saken reiste spørsmål om forsikrede var omfattet av uføreforsikringen. Nemnda bemerket at forsikredes uføredekning opphørte i 2005, antageligvis som følge av en intern feil i selskapet. Med bakgrunn i senere mottatte forsikringsbevis, og reduksjon i premiens størrelse, konkluderte nemnda med at forsikrede via passivitet hadde tapt sine innsigelser knyttet til selskapets avslutning av avtalen i 2005. Det var ikke grunnlag for en anførsel om at selskapet for øvrig hadde brutt informasjonsplikten etter fal.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1960) var omfattet av en fortsettelsesforsikringsavtale etter en gruppegjeldsforsikring med dekning for død og uførhet. Forsikrede aksepterte avtalen 1.2.02 og forsikringssummene for hver av dekningene er oppgitt til kr 400 000.

Det fremgår videre at forsikrede i 2005 hadde en gjennomgang med selskapets representant mht. sitt forsikringsbehov og at dette resulterte i et tilbud datert 28.4.05 om dekningen Kritisk Sykdom (forsikringssum kr 250 000). Det fremgikk av tilbudet at ved forsikredes aksept, så ville forsikredes uføredekning opphøre. Avtalen forutsatte en helsebedømmelse. Frist for aksept var satt til 27.7.05. Helseerklæring ble innsendt selskapet i mai og juni 2005, mens endelig tilbud ble utsendt 6.7.05. Selskapet avgangsførte uføredekningen samme dag som tilbudet første gang ble fremsatt (28.4.05). Som årsak til opphøret oppgis oppsigelse grunnet bytte til Kritisk sykdom.

Selskapet har anført at forsikrede aksepterte tilbudet, men at selskapet i dag ikke lenger har arkivert aksepten. Forsikrede har etter 2005 ikke mottatt forsikringsbevis for uførekapital og hun har heller ikke betalt for en slik dekning. Selskapet har videre opplyst at dekningen Kritisk sykdom opphørte senere i 2005 grunnet manglende aksept av tilbudet, mens livsforsikringen har løpt videre.

Forsikrede har opplyst at hun aldri aksepterte tilbudet og at hun heller ikke ble informert av selskapet om at uføredekningen var opphørt. Dette støttes av det faktum at selskapet henholdsvis 20.7.05 og 18.8.05 purret på tilbagemelding mht. tilbudet, samt varslet om at Kritisk sykdomsdekning nå var opphørt.

Av fremlagte årlige bevis i perioden 2002-2005 fremgår at forsikrede mottok separate bevis for henholdsvis livsforsikringen og uføredekningen. I forsikringsbevis fra 1.2.05 er dekningene slått sammen i et bevis. Premien oppgis her til månedlig kr 437,72 hvorav livsforsikringen utgjør kr 73,07. Fra og med 1.2.06 har forsikrede kun mottatt forsikringsbevis som viser dekning ved død og hvor premien i 2006 var på kr 78,41. Selskapet har opplyst at bevisene er utsendt per post til forsikredes postadresse.

I 2012 var forsikrede og hennes ektefelle i kontakt med selskapet. Forsikrede har opplyst at hennes forsikringsavtaler, herunder hennes uføredekning, ble diskutert i forbindelse med kjøp av leilighet/lånopptak i selskapet. Det er ikke fremlagt noen dokumentasjon på hva som ble uttalt eller informert om under møtet. Selskapet har opplyst at det i 2012 var i kontakt med forsikrede om ny personforsikring for forsikrede og ektefellen og det ble avtalt ny livsforsikring for forsikrede.

Den 20.12.13 mottok forsikrede brev fra selskapet hvor det fremgikk at hun hadde en fortsettelsesforsikring etter en gjeldsgruppeliv og med forsikringssum kr 400 000. Premien ble oppgitt til månedlig kr 152,73. Det ble også oversendt vilkår som inneholdt bestemmelser om uførekapital. Forsikrede mottok også brev 15.12.16 med samme informasjon, dog med en økning av premien.

Forsikrede fikk en kreftdiagnose i 2016 og etter at hun ble ufør, kontaktet hun selskapet i 2018 mht. uføreerstatning. Selskapet avslo krav om uføreerstatning 5.9. og 3.10.18 og anførte at hun ikke hadde uføreforsikring i selskapet, herunder at tidligere forsikring med uføredekning ble endret i 2005 til dekningen død og kritisk sykdom. Etter avslaget i 2018 har forsikrede fremlagt et skjermbilde fra nettbanken som tydet på at hun også var omfattet av en uføredekning. Selskapet har som mulig forklaring på informasjon i nettbanken gitt slik orientering:

Den opprinnelig forsikringen var et kombinasjonsprodukt av Livsforsikring og Uførekapital (pakkeløsning), og det var i utgangspunktet ikke laget for at den kunne splittes eller at deler av avtalen kunne sies opp. Dette er årsaken til at det er sendt ut vilkår både for livsforsikring og uførekapital, selv etter at uførekapitalen er sagt opp. Dette er også årsaken til at det i nettbanken til Klager kan se ut som hun har begge forsikringene (...)

Selskapet har opplyst følgende om informasjonen i nettbanken:

Selskapet meldte ifra om at feilen var oppdaget internt den 05.09.2018, og den ble rettet 14.09.2018, men vi kan ikke med sikkerhet si noe om hvor lenge informasjonen lå i kundens nettbank.

Forsikrede viste i klagen til at hun tegnet en avtale fra 1990 med U. forsikring. Av forsikringsbeviset fremgår at livsforsikringen skulle løpe til 12.11.50 og uførhetsforsikringen skulle løpe til 12.11.20. Selskapet har avvist avtalens betydning og vist til at U. forsikring aldri har vært en del av selskapet.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun aldri har sagt opp uføredekningen i 2005, jf. at opphør forutsatte at hun aksepterte det fremsatte tilbudet om Kritisk sykdomsdekning. Det fremgår av selskapets påminnelsesbrev i 2005 at hun ikke aksepterte tilbudet og hun har således hele tiden lagt til grunn at hun var omfattet av en uføredekning. Dette har hun også fått bekreftet etter flere forespørsler blant annet via møter med banken/selskapets representant. Hun har med andre ord ikke forholdt seg passiv. At hun var omfattet av en uføredekning fremgår også av det faktum at hun etter 2005 har fått tilsendt vilkår for uføredekning. Det vises videre til at det har fremgått av forsikredes nettbank at hun har hatt en uføredekning. Det er selskapet som må stå ansvarlig for

uklarheten, jf. nemndas avgjørelse 2015-286. Forsikrede anfører ellers at hun har blitt trukket automatisk for forsikringspremien. Beløpene har vært relativt beskjedne og hun har derfor ikke lagt merke til endringer etter 2005. Dersom uføredekningen likevel var fjernet, må selskapet uansett være ansvarlig som følge av brudd på opplysningsplikten i fal. §§ 11-1 og 11-3. Som støtte for dette syn vises det til Rt. 2003 s. 1524.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede sa opp uførekapitalen i april 2005, og at hun derfor ikke er berettiget til utbetaling under denne forsikringen grunnet uførhet inntruffet i nyere tid. Selskapet viser ellers til at forsikrede årlig har mottatt forsikringsbevis etter avtaleetableringen i 2002 og at det av bevisene frem til og med 2005 fremgikk at hun i tillegg til dødsrisikodekning også hadde en uføredekning. Fra og med forsikringsbevisene utsendt 1.2.06 fremgår at hun kun har dekning for død. Det anføres også at forsikrede må ha registrert at forsikringspremien knyttet til avtalen ble redusert til anslagsvis en femtedel av premien før endringen. Dersom forsikrede mente at noe var feil, måtte hun ta kontakt med selskapet. Det vises til nemndas avgjørelse FSN-4580 hvor det fremgår at en forsikret plikter å sette seg inn i forsikringen, samt reklamere dersom noe er galt. Det foreligger ingen dokumentasjon på at selskapet i møter med forsikrede har feilinformert om hvilke dekninger hun har hatt i selskapet og det er ikke grunnlag for fremsatt erstatningskrav.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om forsikrede har krav på utbetaling under en uføreforsikring. Nemndas skriftlige saksbehandling innebærer at saken vurderes basert på fremlagte dokumenter.

Når det gjelder tilbudet om avtaleendring i 2005, er nemnda av den oppfatning at selskapet ikke har dokumentert at forsikrede ønsket å si opp uføreavtalen på dette tidspunktet uavhengig av om hun takket ja til tilbudet om Kritisk sykdomsdekningen.

Nemnda kan heller ikke se at selskapet har dokumentert at forsikrede på noe tidspunkt har takket ja til tilbudet om Kritisk sykdomsdekning med den konsekvens at uføredekning, ifølge tilbudet, skulle opphøre, jf. bl.a. selskapets påminnelsesbrev knytte til tilbudet. Det kan ikke være tilstrekkelig dokumentasjon for selskapets beskrivelse av faktum, at selskapet rent faktisk avsluttet uføredekningen samme dag som tilbudet ble utsendt. Etter nemndas syn fremstår det som mest sannsynlig at selskapets avslutning av uføredekningen i 2005 skyldes en intern feil.

I 2018 påberopte forsikrede at fjerningen av uføredekningen i 2005 var uriktig. Spørsmålet for nemnda er om forsikrede via passivitet har tapt sine innsigelser knyttet til selskapets avslutning av avtalen i 2005.

Nemnda har på grunn av den skriftlige saksbehandlingen ikke grunnlag for å vurdere hvilken muntlig informasjon forsikrede eventuelt har mottatt fra selskapets representant i møter underveis i avtaleforholdet. Etter nemndas vurdering er det heller ikke grunnlag for å konkludere med at selskapet har brutt informasjonsplikten, jf. fal. §§ 11-1 og 11-3.

Det følger klart av saken, herunder forsikringsbevisene forsikrede fikk tilsendt, at selskapet etter 2005 har behandlet avtaleforholdet med forsikrede slik at hun ikke lenger har hatt en uføredekning. Etter 2005 har ikke forsikrede betalt for en uføredekning. Forsikrede har på denne bakgrunn hatt en oppfordring til å avklare med selskapet hva som var bakgrunnen for den vesentlige premiereduksjon som fant sted fra 2006 og hvorfor hun ikke lenger mottok forsikringsbevis for uføredekningen.

På denne bakgrunn, og på bakgrunn av tidsmomentet, jf. at forholdet først tas opp mer enn 10 år etter endringen, er nemnda etter en konkret vurdering kommet til at forsikrede i 2018 ikke kan

påberope at hun var omfattet av den omtvistede uføredekningen. Konklusjonen endres ikke av at forsikrede også etter 2005 har fått utsendt vilkår for uføredekning, og at forsikrede i 2018 registrerte informasjon om uføredekning i nettbanken.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Barbro Paulen (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).