

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-560

8.6.2021

Tryg Forsikring NUF

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uriktige opplysninger ved tegning – grov uaktsomhet – avkortning - uten ugrunnet opphold - fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-13.

Forsikrede utvidet en uføredekning fra 15 til 20 G, og ga 17.10.16. helseopplysninger. Hun opplyste ikke om helseplager. I journal 13.10.16 var økende plager og tendens til deformitet i fingerledd notert, og det ble tatt revmaprøve. Prøvene ble notert negative seks dager senere. Hun var sykmeldt 12.12.16 - 22.12.16 med diagnose "leddsmerter". Forsikrede utvidet 2.1.17 dekningen til ytterligere 30 G. Hun avga ikke ny helseerklæring, men bekreftet på spørsmål fra selskapet at "Helsetilstanden har ikke endret seg" siden helseopplysningene 17.10.16. Saken reiste spørsmål om det ved de to utvidelsene var grovt uaktsomt å ikke opplyse om det som i journal var notert som økende leddsmerter i fingre siden sommeren, og som hun var svært bekymret for. I så tilfelle spørsmål om selskapet kunne avkorte kravet med 100 %, si opp dekningene og om avslaget var gitt uten ugrunnet opphold. Nemnda bemerket at selskapets saksbehandlingsskritt var nødvendige for å sikre avgjørelsesgrunnlaget og avslaget var dermed gitt uten ugrunnet opphold. Etter en konkret vurdering uttalte nemnda videre at selskapet hadde sannsynliggjort at både de subjektive og objektive vilkårene for en anførsel om grov uaktsomhet forelå. Nemnda hadde ingen merknader til selskapets avkortning og selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (lærer, f. 1963) tegnet i 2010 en kollektiv uføredekning med en forsikringssum tilsvarende 15 G.

I oktober 2016 søkte hun om økning av forsikringssummen til 20 G. I den forbindelse fylte hun 17.10.16 ut en helseerklæring. Hun ga ikke der noen opplysninger om helseplager. Hun svarte nei på spørsmål om hun de siste 10 årene hadde vært sykmeldt mer enn i 14 dager sammenhengende, hadde hatt revmatisme eller leddsykdommer, var eller hadde vært henvist til spesialist/sykehus/andre behandlere, eller regelmessig brukte eller hadde brukt reseptbelagte medikamenter. Videre svarte hun nei på spørsmål om hun de siste 5 årene i mer enn 2 uker/gjentatt hadde plager med "Rygg, nakke, skuldre eller armer, Muskler, sener og ledd, Andre plager i muskler og skjelett, Diffuse smertetilstander", var eller hadde vært henvist til spesialistundersøkelse og/eller røntgen/CT/MR. Hun svarte også nei på spørsmål om hun hadde hatt "andre plager, sykdom, legemsfeil eller men etter skader" enn de hun var spurt om.

Den 2.1.17 søkte forsikrede om en ny utvidelse av forsikringssummen, til 30 G, og bekreftet da at helsetilstanden ikke hadde endret seg etter helseopplysningene 17.10.16.

Fra journaler mm

Infotrygd viser at hun var sykmeldt i tidsrommet 26.11.10- 31.3.11, for det meste 50 %.

Den 5.5.15 ble hun henvist til UNN gynekologisk avdeling.

Fastlegen noterte 4.4.16 renning fra venstre øye og svie på huden lateralt. Videre:

Fingrene har endre seg siste år. Har ikke smt el stivhet men lillefinger på ve hånd har bøyd seg i ytterledd. Har også blitt no mer hoven i småledd i fingrene generelt. Artrose?

Hun ble undersøkt ved Kvinneklinikken, UNN, 25.7.16 på grunn at kontaktblødning.

Den 10.8.16 noterte fastlegen lang telefonsamtale med forsikrede i forbindelse med eks-mannens bortgang.

Den 17.8.16 noterte fastlegen stor belastning og sorgprosess, og forsikrede ble sykmeldt 17.8.-31.8.16.

Fastlegen noterte 13.10.16:

Økende plager med leddsmerter i fingre. Hoven over fingerledd, varm av og til, tendens til deformitet. Stivhet. Føler at hun blir svakere i fingrene. Jobber som formingslærer+. Søster med RA, seroneg

Vi tar rheumapr. råd om symptomatisk behandling første omg. Paracet/voltaren. Kan bli akt. med Napren E hvis behov for hyppig beh. med Voltaren.

Fastlegen noterte 19.10.16 negativ revmaprøve.

Den 7.12.16 noterte fastlegen blant annet:

Leddsmarter i fingre. Økende plager med leddsmerter i fingre spesielt siden i sommer. Hoven over fingerledd, varm av og til. tendens til defomitet. Stivhet, blir noe mykere utover dagen. Forverring ved værforandring. ... Søster med RA, seroneg. Datter med sjøgrens syndrom.

...

Hun har forsøkt NSAIDS som demper sympt. noe. Hun får råd om fast NaprenE x2 og evt paracet om dette ikke er tilstrekkelig. Pas er svært bekymret, tenker på fremtiden og redsel for at sympt utvikler seg.

Siden hun har en søster som bruker flere medikamenter som hun ikke husker navn på pga leddgikt, og at hun har fått økende plager og nedsatt funksjon de siste mnd henvises hun for vurdering hos rheumatolog.

Forsikrede var 50 % sykemeldt 12.-16.12.16, forlenget 19.12.16 og endret til 100 % 17.-22.12.16, med diagnosen leddsmerter/fingre.

Fastlegen noterte 3.2.17 at forsikrede brukte NSAIDS ved behov.

Legen noterte 27.3.17 bedring av leddsmertene, og 19.5.17 at forsikrede hadde fått avslag på en forsikringssøknad pga. opplysninger om ledd. Hun skulle søke et annet selskap.

Fastlegen noterte 20.9.17 økte leddsmerter, og opplevelse av slitenhet. Deretter er det videre notater om leddsmerter, slitenhet mm.

I en epikrise fra UNN, Revmatologisk avdeling, etter en vurdering 16.2.17, heter det under "Vurdering":

Denne pasienten har en ganske typisk polyartrose jeg kan ikke finne holdepunkter for revmatoid artritt eller noen annen autoimmun sykdom. Hun har en veldig svak positiv anti ds-DNA men symptomer og klinikk er ikke forenlig med SLE. Jeg rekvirerer røntgen ...

UNN revmatologisk avdeling uttaler i en ny epikrise av 23.10.18:

Denne pasienten har en kjent SLE + sekundær artrose, hennes hovedsymptom er så absolutt bindevevssykdom en med det uttalt fatigue, generelle smerter og stivhet i muskel og skjelett apparatet. ...

Fastlegen har i erklæringer, 3.5.19, 21.6.19, 16.12.19, presisert at forsikrede da hun søkte om utvidelsene var frisk og i arbeid. Forsikrede var en periode sliten på grunn av store personlige påkjenninger. Det var ikke mistanke om revmatiske plager, og revmaprøve ble tatt fordi forsikrede

selv ba om det. Det forelå heller ikke var mistanke om Lupus (SLE) som ble påvist i november 2017, som en bidiagnose til artrose.

Selskapets behandling av saken:

Forsikrede meldte krav 29.10.18. Hun opplyste at hun hadde SLE, med de første symptomene 20.9.17, og hadde oppsøkt lege første gang for dette 9.11.17. Hun opplyste videre at hun ble sykemeldt fra 20.9.17 og at Nav hadde innvilget arbeidsavklaringspenger til 24.10.18.

Selskapet mottok innsynsfullmakt 28.11.19. Sykehuset oversendte journal 20.12.18. Fastlegen fra 2015 oversendte journalutskrifter i slutten av desember 2018, mottatt av selskapet tidlig i januar 2019. Selskapet har også i mars 2019 mottatt opplysninger fra andre selskap om tegninger/-dekninger.

Selskapet avtalte i mars 2019 et møte med forsikrede om saken. Møtet fant sted 15.4.19 og referat ble oversendt forsikrede samme dag. Forsikredes endelige tilbakemelding er datert 7.5.19.

Etter en intern behandling av slo selskapet kravet 7.6.19 for så vidt gjelder erstatning i samsvar med utvidelsene av dekningene. Selskapet mente at forsikrede grovt uaktsomt hadde gitt uriktige helseopplysninger ved begge utvidelsene. Selskapet har utbetalt erstatning under den opprinnelige dekningen.

Selskapet opprettholdt avslaget henholdsvis 24.9.19 og 13.5.20.

Forsikrede har vedlagt flere uttalelser om at hun fungerte fullt ut ved utvidelsene. En språkekspert har vurdert spørsmålene i helseskjema, og konkludert med at disse er uklare.

Forsikrede har gitt omfattende redegjørelser for de opplysningene hun ga ved utvidelsene.

Forsikrede har i det vesentlige bestridt at hun har brutt opplysningsplikten grovt uaktsomt. Hun tok det som en selvfølge at selskapet sjekket helseopplysningene på bakgrunn av fullmakter. I oktober 2016 var hun sliten pga. store personlige påkjenninger. Hun tok opp litt plager i en finger, noe legen senere bekreftet var minimalt. Fastlegen mistenkte ikke noe, men forsikrede ønsket at det ble tatt prøver for å være helt sikker. Prøvene var negative for revmatisme, og hun var helt frisk. Opplysningen i journalen om økende smerter er feil. Helsebildet endret seg ikke i tidsrommet fra 17.10.16 til 2.1.17 og hun har således heller ikke gitt uriktige helseopplysninger ved utvidelsen 2.1.17.

Under enhver omstendighet er selskapet avskåret fra å påberope uriktige opplysninger fordi avslaget ikke ble gitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13. Selskapet hadde allerede i januar mottatt nødvendig medisinske opplysninger, og et avslag i juni er da for sent. Det er vist til Rt. 2013 s. 1235, og at fristen kan starte å løpe selv om selskapet ikke har kjennskap til alle forhold som begrunner et avslag. Forsikrede anfører subsidiært at avkortningen er for høy, og viser til at det ikke er årsakssammenheng mellom mangelfulle opplysninger og årsak til uførhet.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved utvidelsene. Dette lå tett opptil svik, og selskapet kan avkorte kravet under utvidelsene med 100 %. Avslaget ble gitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Forsikrede har mottatt utbetaling etter uføredekningen tegnet i 2010, men selskapet har avslått utbetaling under de to utvidelsene av dekningsbeløpet som fant sted i hhv. 2016 og 2017. Selskapet har begrunnet dette med at forsikrede utviste grov uaktsomhet ved de to forhøyelsene av forsikringsbeløpet. Forsikrede har anført dels at hun ikke har utvist grov uaktsomhet, men også

at selskapet ikke ga beskjed om at det ville anføre ansvarsfrihet hurtig nok, se fal. § 13-13 første ledd annet punktum.

Nemnda drøfter først innsigelsen om at selskapet er avskåret fra å gjøre sine rettigheter gjeldende etter fal. § 13-13. Det følger av § 13-13 første ledd første punktum at selskapet plikter å gi skriftlig beskjed om at det mener seg fri for ansvar og har rett til å si opp forsikringen. Etter bestemmelsens annet punktum skal slik beskjed gis "uten ugrunnet opphold etter at selskapet ble kjent med det forhold som medfører at reglene kan anvendes".

Utgangspunktet for selskapets frist er selskapets kunnskap. I dette ligger et krav om at selskapet må ha positiv kunnskap, se NOU 1983: 56 s. 56, jf. dog Rt. 2013 s. 1235 avsnitt, hvor det blir gitt uttrykk for at en kvalifisert mistanke kan være nok for at fristen skal begynne å løpe. Fristens lengde er relativ, jf. bruken av uttrykket "ugrunnet opphold", og må vurderes konkret i hver enkelt sak. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at et selskap tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet.

En anførsel om grov uaktsomhet er belastende for den forsikrede og selskapet må derfor gis anledning til å innhente journaler og annen medisinsk dokumentasjon. Selskapet fikk tilsendt fastlegens journaler i januar. Det fremkom da opplysninger om at forsikrede også hadde søkt om dekning i andre selskap og fått avslag, og etter nemndas syn er det rimelig at selskapet ønsket å innhente informasjon om dette. Selskapet fikk denne informasjonen i mars og berammet deretter raskt møte med forsikrede. Møtet ble holdt 15.4.19, og forsikredes tilbakesendelse av referatet fra møtet, ble mottatt 7.5.19. Selskapet avsto deretter kravet under de forhøyede dekningene 7.6.19. Nemnda kan ikke se at det har vært unødige opphold i sakens behandling. De foretatte skrittene var etter nemndas syn nødvendige for å sikre avgjørelsesgrunnlaget. Avslaget er sålede fremsatt uten ugrunnet opphold.

Nemnda behandler så selskapets anførsel om at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige eller mangelfulle helseopplysninger i forbindelse med søknadene om forhøyelse av forsikringssummen i 2016 og 2017.

Etter fal. § 13-1a kan selskapet ved tegningen av en forsikring be om opplysninger som har betydning for dets vurdering av risikoen, og etter paragrafens annet ledd skal forsikringstakeren, så lenge selskapet ikke har påtatt seg å dekke forsikringen, gi riktige og fullstendige svar på spørsmålene som selskapet stiller, og, om oppfordret til det, "opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapet for vurderingen av risikoen." De innhentede opplysningene skal således danne grunnlag for selskapets risikovurdering, og dette formålet vil stå 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. Dette gjelder tilsvarende ved en utvidelse av en løpende forsikring.

Beviskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet likt det som gjelder ved svik, dvs. klar sannsynlighetsovervekt. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte. Det er selskapet som har bevisbyrden.

Forsikrede har anført at opplysninger i fastlegens journal er uriktige, og at disse opplysningene derfor ikke kan legges til grunn. Slik nemnda ser det, egner nemndas skriftlige saksbehandling seg dårlig for å vurdere spørsmålet om journalnotater er uriktige. Finansklagenemndas saksbehandling er skriftlig, og nemnda må bygge sine standpunkter på bevis og opptegnelser som er tidsnært til de aktuelle hendelsene. Nemnda viser til at Høyesterett i HR-2018-2344-A avsnitt 39 og 40, påny har fremhevet at tidsnære bevis skal tillegges større vekt enn senere tilkomne bevis.

Nemnda finner derfor i det følgende å måtte legge de fremlagte journalnotatene til grunn.

Selv om det av infotrygd fremgår at forsikrede var sykemeldt i 90 dager i 2010-2011 velger nemnda, ettersom hennes daværende fastleges journaler ikke er innhentet, å se bort fra selskapets anførsel om at det ble gitt et uriktig svar på et spørsmål om sykefravær ved forhøyelsen i 2016.

Det var imidlertid en objektiv feil ikke å opplyse om en henvisning til UNN kvinneklinikken 8.5.15 og om undersøkelsen der 25.7.16 under spørsmål om henvisning/undersøkelse ved sykehus.

Fastlegen noterte i forbindelse med en konsultasjon 4.4.16 som primært gjaldt venstre øye, at forsikrede også tok opp at fingrene hadde endret seg siste år, at hun ikke hadde smerter eller stivhet, men at lillefinger på venstre hånd hadde bøyd seg i ytterledd. Hun var også blitt mer hoven i fingrenes småledd generelt. Legen har 3.5.19 opplyst at forsikrede høsten 2016 ble utredet for smerter i fingerledd, og at en revmatolog i februar 2017 konkluderte med artrose. I sin erklæring av 21.6.19 skiver fastlegen om et notat fra desember 2016 at forsikrede ble henvist til revmatolog pga. smerter i fingerledd, at sykemeldingen med diagnosen leddsmerter var riktig, men at forsikrede også ble sykemeldt da fordi hun var svært sliten. Fastlegen har videre opplyst at forsikrede i november 2017 fikk diagnosen Lupus som bidiagnose til artrose. I erklæringen av 16.12.19 uttaler legen:

Hun ba om økt forsikring i januar -17. På dette tidspunktet var hun frisk, ikke sykemeldt. Hun hadde på seinhøsten vært utredet pga forandringer i to fingerledd, der hun bla hadde negative rheumatologiprøver og ingen arteritt, og fastlege hadde ikke mistanke om leddgikt. Pga. leddgikt i familien og det at hun hadde haft noe leddsmerter av varierende grad og forandringer i fingerledd ble hun henvist etter eget ønske for utredning hos revmatolog for vurdering.

Hun fikk diagnosen polyartrose etter vurdering hos revmatolog februar -17.

Selv om nemnda legger begrenset vekt på et slikt notat som er tilkommet i etterhånd, bekrefter legen her at forsikrede har tatt opp leddplager og at leggplager var riktig som diagnose ved sykemelding i desember 2016.

Fastlegenotatet 13.10.16 gjelder økende plager med fingerleddene. Når dette ses sammen med notatet 4.4.16 og av 7.12.16 om økende smerter i leddene siden sommeren, finner nemnda det sannsynliggjort at forsikrede i oktober 2016 hadde leddplager som var økende. Det var da objektivt sett ikke riktig ikke å opplyse om disse under noen av spørsmålene om leddsykdommer, plager i muskler/sener/ledd, andre plager i muskler og skjelett eller diffuse smertetilstander.

Nemnda legger til grunn at forsikrede var kjent med at hun hadde vært hos fastlegen en rekke ganger de siste årene og også med at hun var blitt henvist til undersøkelse ved UNN. Det er ikke tale om rutinekonsultasjoner, og hennes svar om legebesøk/henvisninger og undersøkelser ved sykehus var objektivt uriktige.

Fastlegen noterte 7.12.16 igjen økende leddplager i hendene og at forsikrede var svært bekymret for utviklingen. Hun ble henvist til revmatolog fordi hun hadde "fått økende plager og nedsatt funksjon de siste månedene". Hun ble sykemeldt med diagnosen leddsmerter. Dette viser etter nemndas syn med klar sannsynlighetsovervekt at forsikredes leddplager fortsatte å utvikle seg etter at hun hadde søkt om en forhøyelse av forsikringssummen 16.10.16. Selskapet må derfor anses å ha oppfylt sin bevisføringsplikt mht. at det hadde skjedd en forverring mellom de to tegningene.

Nemnda peker på at selskapet her har valgt en forenklet fremgangsmåte for så vidt gjelder innhenting av opplysninger om forsikredes helse i forbindelse med den andre forhøyelsen (januar 17). Gitt at den forrige forhøyelsen fant sted to og en halv måned tidligere, finner nemnda etter omstendighetene at dette kan godtas.

Med den fremgangsmåten som selskapet benyttet i januar 2017 vil imidlertid ikke enhver forandring i forsikredes helse bli fanget opp. Her er det imidlertid tale om ytterligere forverring av de samme leddplagene som forsikrede ikke opplyste om i forbindelse med forhøyelsen i oktober 2016. Leddplagene førte til konsultasjon av fastlegen i desember 2016 og til at legen noterte at hun var svært bekymret for utviklingen. Hun fikk utskrevet ytterligere medisiner, som hun må ha brukt ettersom legen en uke senere endret medisinen pga. bivirkninger for magen. Hun var dessuten sykemeldt med diagnose relatert til disse plagene i midten av desember. Etter nemndas syn har selskapet her oppfylt bevisbyrden for at det var uriktig å svare bekreftende på spørsmålet om helsetilstanden ikke hadde endret seg siden 16.10.16.

Etter nemndas syn fremstår det som uforklarlig at forsikrede 16.10.16 ikke innså at de aktuelle leddplagene var omfattet av ett eller flere av spørsmålene om denne typen plager. Forsikredes anførsel om at de aktuelle spørsmålene er uklare kan heller ikke føre frem.

Nemnda mener videre at det er sterkt klanderverdig og grovt uaktsomt at forsikrede ikke innså at hun skulle opplyse om disse plagene. Da hun ikke opplyste om noen av legekonsultasjonene, mistet selskapet enhver mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål og å vurdere risikoen. Konsultasjonene var ikke rutinekontroller og den siste fant sted tre dager før hun søkte om utvidelsen av forsikringen 17.10.16. Nemnda mener det fremstår som et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte og nemnda finner at selskapet har bevist grov uaktsomhet.

Forutfor søknaden om utvidelsen i januar 2017, og etter utvidelsen i oktober 2016, hadde forsikrede på ny vært hos legen pga. forverrede smerter og blitt sykemeldt med en leddrelatert diagnose. Det fremstår som uforklarlig at hun da likevel svarte at helsen var uforandret. Også på dette punkt anses selskapet å ha sannsynliggjort grov uaktsomhet.

Nemnda understreker at det ikke er noe krav om årsakssammenheng mellom det forsikrede ikke opplyste selskapet om og de plager som senere er grunnen til at hun senere har søkt om dekning under forsikringen. Det er også uten betydning om det forelå noen diagnose da hun søkte om utvidelse av forsikringsdekningen, se avgjørelse 2020-339.

Forsikrede har videre anført at hun la til grunn at selskapet innhentet opplysninger fra lege og helsevesen, slik hun ga fullmakt til. Det er imidlertid den forsikringssøkende som plikter å gi fullstendige og riktige svar på de spørsmålene som selskapet stiller. En forsikringssøker kan ikke unnlate å gi opplagt relevante opplysninger ved å vise til at selskapet har fullmakt til å innhente ytterligere opplysninger.

Selskapet har opplyst at forsikrede ikke ville ha fått utvidet forsikringsbeløpet om hun hadde gitt korrekte svar. Nemnda finner å måtte legge det til grunn.

Forsikrede har subsidiært anført at selskapets avkortning med 100 % er for høy. Etter fal. § 13-2 tredje ledd skal det tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers.

Det fremstår som vanskelig å forstå at forsikrede ikke ga opplysninger om leddplager over tid og om legekonsultasjoner blant annet av den grunn. Slik nemnda ser det, ligger forsikredes grove uaktsomhet i det øvre sjikt, noe som tilsier en høy avkortning. I lys av nemndas praksis har nemnda ikke noe å bemerke til selskapets avkortning med 100 %.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).