

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-632

28.6.2021

Gjensidige Forsikring ASA

Livsforsikring/uføredækninger/pensjon

Tegning - uriktige opplysninger – langvarige plager/sykemeldingsperioder – svik/GU – 100 % avkortning – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-4 og 13-13.

Forsikrede tegnet en uførepensjon i juni 2017. I helseerklæringen opplyste hun om sykemelding i 2014 grunnet graviditet og legebesøk i 2014 og 2016 pga. graviditet. På spørsmål om besøk hos fysioterapeut eller kiropraktor svarte forsikrede ja, i forbindelse med graviditet og bekkenløsning. Forsikrede opplyste også om en senebetennelse i hånden og behandling uten sykmelding, men svarte ellers nei på spørsmål knyttet til hennes helse, herunder spørsmål om hun hadde hatt vondt i muskler, benyttet reseptbelagte medisiner eller legemidler, hatt angst, depresjon, utbrenthet eller andre psykiske plager m.m. Forsikrede fikk innvilget forsikring til normale vilkår. Hun fremmet krav om erstatning i mars 2020 og oppga "muskulatur syndrom" og "betennelse muskel" som årsak. Av journalene innhentet i forbindelse med kravet fremgikk det blant annet langvarige plager og sykemeldingsperioder før tegning, herunder slitenhetssyndrom og utbredte muskelsmerter, angstpreget dystymi, samt behandling hos DPS. Saken reiste spørsmål om forsikrede svikaktig eller grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved tegning. Videre om selskapet kunne nekte henne å være kunde i fem år. Etter nemndas syn forelå det ikke annen fornuftig forklaring på at forsikrede ga ufullstendige/uriktige opplysninger ved besvarelsen av helseerklæringen enn at hun ønsket en forsikringsavtale eller en bedre avtale enn hun ville ha fått om hun hadde fylt ut helseerklæringen på korrekt måte. Selskapet hadde sannsynliggjort svik og forsikrede hadde da ikke rett til utbetaling under forsikringen. Nemndas flertall kunne videre ikke se at det var noe å bemerke til selskapets uttalelse om at forsikrede vil være uønsket som kunde i en periode på fem år. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (kokk, f. 1983) søkte om dekningen individuell uførepensjon 28.6.17. I helseerklæringen datert 28.6.17 opplyste hun under spørsmål 6 at hun for tiden var i mamma permisjon. Spørsmålet gjaldt om hun hadde "for tiden redusert arbeidsevne?". På spørsmål 7: "Har du i løpet av de siste 5 år vært sykmeldt i mer enn 1 uke sammenhengende? Oppgi både den siste og eventuelt tidligere sykemeldinger siste 5 år", opplyste hun om en sykemelding i 2014 grunnet graviditet. På spørsmål 9: "Har du i løpet av de siste 5 år vært hos fastlege og/eller annen lege?" opplyste hun om graviditet i 2014 og 2016. På spørsmål 24: "Har du i løpet av de siste 5 år vært undersøkt eller behandlet av fysioterapeut, eller kiropraktor?" svarte hun "Ja" og opplyste som grunn "graviditet, bekkenløsning" i 2015, og at hun nå var frisk og symptomfri.

Hun svarte nei på følgende spørsmålene:

8. Har du søkt om, mottar du eller har du mottatt noen form for trygdeytelser? Med dette mener vi: - arbeidsavklaringspenger - grunnstønad - hjelpestønad - uførepensjon

10. Har du i løpet av de siste 10 år vært – undersøkt – behandlet – operert – kontrollert ved sykehus, kurssted eller annen helseinstitusjon

13. Har du i løpet av de siste 10 år hatt: - angst – depresjon – utbrenthet – spiseforstyrrelser – eller andre psykiske problemer i mer enn 2 uker?

17. Bruker du – eller har du i løpet av de siste 5 år brukt – reseptbelagte medisiner eller legemidler?

22. Har du andre sykdommer fysiske eller psykiske funksjonshemninger eller plager utover det som er oppgitt på spørsmålene ovenfor?

25. Har du i løpet av de siste 5 år hatt vondt i – eller problemer med – muskler, skjelett, sener og ledd i en periode på mer enn 2 uker?

Under "Tilleggsopplysninger om din helse", svarte hun: "Fikk betennelse på handa mi da jeg var på jobb, men er helt frisk nå".

I erklæringen var tatt inn samtykke til å innhente "de opplysninger om meg som for selskapet anses nødvendige og relevante for å vurdere min forsikringssøknad". Hun undertegnet også på at hun hadde forstått "spørsmålene og at opplysningene jeg har gitt, er så fullstendige og nøyaktige som mulig. Jeg er kjent med at mine opplysninger sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen ...".

Selskapet ønsket ytterligere opplysninger og stilte spørsmål om senebetennelse. Forsikrede opplyste om noen måneders plager i 2005 i skulderen, og at hun ikke hadde hatt senebetennelse flere ganger. Hun hadde fått fysioterapibehandling for plagene, men var ikke sykemeldt for dette.

Avtale ble inngått på normale vilkår.

Før tegningen

Journalene fra tiden før tegningen viser flere langvarige plager og sykemeldingsperioder, blant annet langvarige plager i nakke og skuldre, at hun ikke hadde jobbet siden august, jf. notat 24.11.08. At hun var redd for kreft, hadde myalgier/spenningsrelaterte smerter i nakke/skuldre, hode og armer, se journal 23.3.09. Sykemelding for slitenhetssyndrom og søvnforstyrrelse fremgår av journal 20.12.10, 10.1.11 og 31.1.11. Hun var senere sykemeldt for angst, depresjon angstpreget dystymi, angstnevrose, depresjon moderat tilbakevendende, utbredte muskelsmerter/fibromyalgi, bekkenløsning, skulder- og rygg syndrom, svangerskapskontroll, skuldersmerter og magesmerter.

Navs sykemeldingsoversikt viser:

Uførhet fra 27.12.10 for Depressiv lidelse med utbetalinger 12.1.11 til 23.12.11 (gikk over på AAP)

Uførhet fra 2.9.13 for Skuldersyndrom med utbetalinger 18.9.13 til 28.2.14.

Uførhet fra 1.9.14 for Skuldersyndrom med utbetalinger 17.9.14 til 5.7.15.

Uførhet fra 11.6.16 for Psykiske symptomer plager IKA med utbetalinger 13.6.16 til 4.5.17.

Nav innvilget 21.12.11 AAP fra 26.12.11 til og med 25.12.12. AAP ble justert 30.6.12 pga. grunnbeløpsendring. Vedtaket ble forlenget 26.11.12, men Nav vedtok stans av 21.1.13.

Forsikrede ble henvist til DPS i 2015 og 2016 og i epikrise fra DPS 9.2.17 er den psykiatriske sykehistorien oppsummert. Der fremgår blant annet at forsikrede var tilknyttet poliklinikk DPS i sin forrige hjemkommune, frem til hun flyttet i november 2007, og hadde vært tilknyttet DPS i sin nye hjemkommune i perioden 2011-2012.

I legeerklæring ved uførhet 17.2.17 anbefalte legen AAP med hoveddiagnose Slitenhetssyndrom og bidiagnose Muskel symptomer/plager. Sykehistorien er oppsummert slik:

... Sek muskel skjelelttsmerte og depresjon, hatt psykolgbeh ... Lenge slite i forh. til arb.miljøet, mykje tungt arbeid, slite med korsrygg- og skuldersmerter , sek. nummenhet i be. hendene. ... På arb.plassen mykje press

til ekstra arb., i lange periodar vore åleine kokk, etter kvart opplevd mykje forskjellsbeh. og dårleg oppflg./opplevd urettferdig behandling frå overordna. I to periodar måtta seia nei til beh.opplegg ved ... DPS pga.økonomien, sist etter henv. i juni 2016. Langvarig slitenhet og depresjon, forverra p.g.a. konflikt med arb.gjevar ... Tilrådd jobbskifte, ser seg om etter anna arb.,men vanskeleg arb.marknad p.t., i tillegg gravid att i sept. -16. SM pg.a slitenhet og sek. muskel-/skjelletplager og dystymi rel til arb.konflikt fra 10.06.16, nå i tillegg bekkensmerter rel til akt. graviditet.

Legemiddeloversikt i fastlegejournalen viser resepter for diverse medikamenter siste par årene før tegning, herunder Cerazette Desogestrel, Niferex (mot jernmangel), Gaviscon (mot sure oppstøt), Hirudoid (mot åreknuter), Postafen (mot kvalme i svangerskap), Zantac (mot dyspepsi).

Etter tegningen

Fastlegejournalen 27.11.17 nevner flere stressreaksjoner, "snakka om å byrja att arb. i april el mai neste år, men ho er svært usikker på om det er tilrådelig å gå tilbake i jobb ved ..., har ingen andre". Diagnosene ble fastsatt til slitenhetssyndrom og stress. I notat 7.3.18 nevnes en del smerter i begge hofteregioner etter fødsel i 2015. Smertene ble verre ved mye gåing. Hun var fremdeles i foreldrepermisjon, og det var fortsatt et fastlåst forhold til arbeidsgiver, som motarbeidet at hun skulle komme tilbake. Røntgen av bekken og hofter viste ingen skjelettforandringer. Hun ble sykemeldt 27.4.18 med diagnosene psykisk ubalanse reaksjon, slitenhetssyndrom og stress.

Nav avslo søknad om AAP 18.3.19, under henvisning til at det ikke kunne se at arbeidsevnen var nedsatt med minst 50 %.

Forsikrede meldte om uførhet til selskapet 20.3.19. I egenerklæringsskjemaet 10.7.19 oppga hun at uførheten skyldtes "muskulatur syndrom" og "Betennelse muskel" med sykemelding fra 3.4.18.

I legeerklæring 30.8.19 oppgis hovedårsaken til arbeidsuførheten som "Ryggsyndrom uten smerteutstråling" og "Skuldersyndrom", med første behandlingsdato var 2.9.05. Medvirkende årsak var "Stress/Psykososial Belastning". Sykdommen oppstod i 2005, og ble forverret etter bekkenløsning ved svangerskap i 2014. Legen opplyste også at forsikrede hadde vært 50 % ufør 1.10.13-28.2.14 og 1.9.-30.11.14, og 100 % ufør fra 1.12.14 til dags dato, men kunne ta opp igjen 50 % arbeid om hun kunne finne lettere arbeid. Store psykososiale/økonomiske problemer med langvarig arbeidsufør ektefelle og dårlig økonomi hadde også "begrensa muligheter for behandling".

Selskapet innhentet gradvis mer dokumentasjon, før en samtale med forsikrede 11.2.20. Det fremgår av referatet fra samtalen at forsikrede hadde forstått spørsmålene og besvart dem så godt hun kunne. Hun hadde kontaktet selskapet i forbindelse med andre dekninger og snakket med en person som hadde snakket med henne om personforsikringer, og gitt et tilbud. "Personen hadde også sagt at selskapet ville innhente medisinsk dokumentasjon, så det hadde vært viktig at hun fylte ut fullmakten skikkelig". Til svaret på spørsmål 7 om sykemeldinger siste 5 år, hvor forsikrede hadde opplyst om en sykemelding i 2014 for graviditet, fortalte forsikrede at hun "trodde spørsmålet gjaldt sykemeldinger på 100% arbeidsuførhet. Basert på dette var spørsmålet korrekt besvart." Hun ble så bedt om å kommentere periodene 2.9.13-28.2.14 for skulder, arm med 100 og 50 % sykemelding, 1.9.14-31.5.15 for rygg og skulder som gikk over til fødselspermisjon til april 2016, og perioden 11.6.16-4.5.17 for psykiske plager (inkl. graviditet fra sept. 2016).

Forsikringstager svarte at hun ikke forstod at hvorfor Gjensidige hadde godkjent henne som kunde uten å innhente opplysninger om hennes helsehistorikk når hun hadde gitt selskapet fullmakt til å kontakte legen hennes. Hun svarte videre at hun hadde glemt sykemelding fra 2013 og at hun ikke vet årsaken til at dette ikke er opplyst. Sykemelding i forbindelse med graviditet hadde hun opplyst om. På spørsmål om hva som er

årsaken til at hun kun oppga graviditet som årsak til sykemeldingen og ikke skulder/rygg svarte hun at hun ikke husket dette.

På spørsmål 8 om søknad eller mottak av trygdeytelser hvor hun hadde svart "Nei" mente forsikrede fortsatt at dette svaret tegnet et riktig bilde ved tegning.

Forsikringstager ble bedt om å fortelle om årsaken til at hun ikke opplyste om AAP vedtak av 21.01.13 som gjelder stans av AAP fra 21.01.13. Forsikringstager svarte at hun ikke er sikker på om det ble søkt om AAP for henne i 2013, men hun er sikker på at hun ikke har fått AAP tidligere ...

På spørsmål 9 om hun de siste 5 år hadde vært hos fastlege og/eller annen lege, og hun kun hadde oppgitt graviditet i 2014 og 2016, ellers frisk og symptomfri, mente hun dette ga et riktig bilde av helsesituasjonen slik hun husket det.

Forsikringstager ble bedt om å fortelle om årsaken til at hun ikke opplyste om at hun hadde oppsøkt lege grunnet muskel- og skjelettplager (rygg, arm, skulder som hovedplager), depresjon angstpreget, søvnplager, arbeidskonflikt og mageplager. Forsikringstager svarte at hun ikke husket disse besøkene hos lege før tegning, men hun forstod nå at svaret som var avgitt ikke var helt korrekt.

På spørsmål 10 hvor hun svarte nei på om hun de siste 10 år hadde vært undersøkt, behandlet, operert eller kontrollert ved sykehus, kursted eller annen helseinstitusjon, mente hun dette var besvart korrekt.

Forsikringstager ble bedt om å fortelle om årsaken til at hun ikke opplyste om at hun har vært til behandling ved ... DPS i 2015/2016/2017 og fysikalsk behandling ved ... fysikalske i 2016. Forsikringstager svarte at hun ikke visste at disse opplysningene var viktige for selskapet. "Behandlingen" ved ... fysikalske var ikke behandling men massasje ifølge forsikringstager.

På spørsmål 13 hvor hun opplyste at hun ikke hadde hatt psykiske plager (angst, depresjon, mv.) siste 10 år, svarte hun blant annet at dette ikke ga et helt korrekt bilde.

På spørsmål 17 hvor hun svarte nei til bruk av reseptbelagte medisiner/legemidler siste fem år, mente forsikrede dette var korrekt besvart.

Forsikringstager ble bedt om å fortelle om årsaken til at hun ikke opplyste om resepter for vimovo og Zantac. (mot dyspepsi/fordøyelsesbesvær m.m.) Forsikringstager svarte at hun ikke hadde hentet medisinen og derfor ikke hadde brukt medisinen det var snakk om.

Hun mente også hun hadde besvart korrekt da hun hadde svart graviditet bekkenløsning i 2015 ellers frisk og symptomfri på spørsmål 24 om behandling/undersøkelse hos fysioterapeut/kiropraktor siste 5 år.

Forsikringstager ble bedt om å fortelle om årsaken til at hun ikke opplyste om behandling grunnet plager i rygg, arm, albue og skulder. Forsikringstager svarte at hun ikke husket behandling i 2013 og hun tenkte heller ikke på at det kunne være viktig for selskapet.

På spørsmål om hun de siste 5 år hadde hatt vondt/problemer med muskel/skjelett/sener/ledd i en periode på mer enn 2 uker, mente hun at det "skulle vært krysset for "ja" på dette spørsmålet. Hun visste ikke årsaken til at hun hadde utelatt opplysningene om muskel -og skjelett plagene". Under avslutningen beklaget hun at hun ikke hadde opplyst om alt det var spurt om i skjemaet.

Selskapet avsto kravet 13.3.20, under henvisning til at det forelå svikaktig brudd på opplysningsplikten jf. fal. § 13-1a og § 13-2. Subsidiært 100 % avkortning pga. grov uaktsomhet. De "fortiede opplysningene" var av vesentlig betydning for selskapets risikovurdering, og det ville avslått søknaden dersom det hadde hatt kjennskap til plagene. Selskapet sa opp uførepensjonsforsikringen, og opplyste at hun var uønsket som kunde i selskapet i fem år.

Av avslaget fremgikk at samtalereferatet ikke ble godkjent av forsikrede før advokat hadde fått sett på det. Videre at forsikrede mente at det også var feil at hun hadde mottatt AAP i 2013 og at opplysningene i journalen omkring henvisningen til DPS august 2016 var feil.

I klagen til FinkN heter det:

... at ho teikna forsikringa etter at ho vart kontakta av forsikringsselskapet. Ho svarte på spørsmåla så godt ho kunne og signerte fullmakt til forsikringsselskapet slik at dei kunne innhente fullstendige opplysningar om ho hos lege mm. Samla sette, tenkte (hun), at svara hennar og opplysningane i journal mm ville gi eit fullstendig bilete av hennar sjuke- og helsehistorikk. ...

Vedlagt var en erklæring fra fastlege 9.3.20 hvor det fremgikk at hun ifm. søknad om oppholdstillatelse (etter kontakt med myndigheter i opprinnelseslandet) ble pålagt å skifte fødselsdato og navn, og derfor fikk nytt personnummer. Dette resulterte i en ny journal ved legekantoret fra mai 2017. Legen stadfestet at hun hadde flere lange sykemeldinger i perioden des. 2012 til mai 2017, "men aldri i over eitt år, og ho har i denne perioden verken søkt om eller bedt om legeerklæring i høve til evt søknad om arbeidsavklaringspenger, ...".

I brev 24.11.20 opplyste forsikrede at hun kontaktet selskapet for å kjøpe barneforsikring for sitt fjerde barn, og at selger tok opp om hun ikke ville kjøpe uføreforsikring. Selger "presenterte produkta, spurte nokre spørsmål om kreft og diabetes, og sa at (hun) skulle få tilsendt søknadsskjema og fullmakt som ho kunne signerer slik at selskapet kunne innhente opplysningar frå fastlege m.m."

Når det i ettertid viser seg at ho objektivt sett har svart feil på nokre av punkta, skuldast det at [hun] ikkje hugsa medisinske forhold så langt tilbake i tid og blanda saman ting, samt at ho var av den oppfatning at selskapet ville få opplysningane dei trengde frå legen mm.

Vedlagt var også ny kopi av referatet fra samtale 11.2.20 hvor det var påskrevet "feil" ved hennes svar på spørsmål 17 hvor hun opplyste at "hun ikke hadde hentet medisinen og derfor ikke hadde brukt medisinen det var snakk om".

I brev 21.1.21 har selskapet opplyst at det ikke har "en praksis for å ta opptak av samtaler med kunder. Selskapet har klare retningslinjer for sine selgere, hvor det på spørsmål fra forsikrede skal informeres om riktige og fullstendige svar."

Forsikrede har i det vesentlige anført at det ikke er grunnlag for en avkortning på 100 % og at hun skal være uønsket som kunde i selskapet i 5 år. Det er klart at hun rent objektivt har svart feil på noen av spørsmålene, men selskapet har ikke oppfylt den strenge bevisbyrden for at opplysningene er gitt i sviks hensikt (evt. grovt uaktsomt). Mangelfulle svar skyldtes dårlig hukommelse og at hun blandet ting sammen. I tillegg til at hun har født fire barn har hun opplevd en flyktningetilstand, lang prosess med å få opphold med tilhørende utrygghet. I en slik situasjon har man mange bekymringer og utfordringer som gjør det vanskelig å huske nøyaktig tilbake mange år i tid. Hun var også av den oppfatning at selskapet ville få opplysningene de trengte fra legen mv. Hun fikk opplyst i telefonsamtalen med selgeren at selskapet ville bruke fullmakten til å innhente erklæring og dokumentasjon fra fastlege mm, jf. også opplysningene om dette i helseerklæringen. Der står det "opplysninger som hentes inn fra andre", som bare kan forstås som at selskapet aktivt henter inn informasjon fra andre. I kombinasjon med neste boks om fullmakt, gav dette forsikrede den oppfatning at hennes opplysninger ville bli komplementert med opplysninger fra fastlegen, m.m. Det gir ikke mening å fylle ut en fullmakt, om den ikke skal brukes. Når det gjelder spørsmålet om AAP har fastlegen stadfestet at det ikke er søkt om dette fra desember 2012 og framover. At hun støtter seg til dokumentasjon fra fastlegen er naturlig. Hun var også i 40 % jobb da hun mottok AAP, jf. arbeidsevnevurderingen. Selskapet har for øvrig

hele tiden mottatt betaling fra forsikrede, uten å protestere på det. Dette hadde ikke skjedd hvis de hadde innhentet ytterligere opplysninger og evt. gitt avslag på søknaden før oppstart.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede svikaktig har brutt opplysningsplikten, og at hun ikke har rett til utbetaling, jf. fal. § 13-1a og § 13-2. Omfattende journaler og langtidssykemeldinger viser at hun svarte mangelfullt på spørsmål 7-9, 13, 17, 24 og 25. Journalen dokumenterer en rekke legebesøk for sammensatte og tilbakevendende plager med mage, rygg, skulder, slitenhet, angst og depresjon, samt langvarige sykemeldingsperioder. Korrekte opplysninger ville ført til avslag på forsikringssøknaden grunnet summen av plager. Opplysningene var derfor av vesentlig betydning for selskapet. Når det gjelder den subjektive vurderingen bærer forsikredes forklaringer preg av at hun forsøker å bagatellisere plagene. Det er påfallende at hun velger å gi noen opplysninger i helseerklæringen, men unnlater å gi opplysninger om mer alvorlige og tidsnære helseplager. Hun har holdt tilbake opplysninger om sjeldent mange legebesøk og hun har unnlatt å opplyse om flere sykemeldingsperioder. Hun var f.eks. sykemeldt grunnet psykiske plager frem til hun gikk ut i foreldrepermisjon en måned før forsikringen ble tegnet. Det er en presumsjon i nemndspraksis, jf. blant annet 2014-413, 2019-197 og 2019-301, for at dersom det ikke finnes annen rimelig forklaring på hvorfor forsikrede har gitt uriktige/mangelfulle opplysninger, må det antas at det ble gjort i den hensikt å få en forsikringsavtale som man ellers ikke ville fått. Dette er tilfellet i denne saken. Hun har også under saksbehandlingen løyet om hvorvidt hun har mottatt AAP, noe som er ekstra klanderverdig. Helsevurderingen baseres videre kun på opplysninger gitt i helseerklæringen. I dette tilfellet gav ikke helseerklæringen grunnlag for å innhente dokumentasjon fra lege, sml. LF-2010-101848. Dersom det foreligger et uavhengig krav om innhenting av journal ved tegning, vil reglene om forsikredes opplysningsplikt i fal. kapittel 13 få liten praktisk betydning. Forsikrede signerte også på at hun er kjent med at opplysningsplikten gjelder selv om hun har gitt fullmakt til selskapet til å innhente opplysninger. Det er for øvrig lite troverdig at selger har opplyst at det skal innhente journaler, da selskapets rutiner er at selgeren skal veilede kunden til å gi riktige og fullstendige svar, og ikke uttale seg om risikoavdelingens rutiner. Når det gjelder anførsel om dårlig hukommelse, har selskapet bemerket at bruddet ikke kun gjelder opplysninger 5-10 år tilbake i tid, men også kontinuerlig kontakt med helsetjenesten for diverse plager siste årene, og helt frem til tegning av forsikringen 28.6.17. F.eks. epikrise fra DPS 9.2.17 viser at hun rett før tegning har klart å redegjøre for tidligere helsehistorikk. Hun klarte også å opplyse om graviditet tilbake til 2014, men ikke sykemelding som ble avsluttet 1,5 mnd. før tegningen. Selskapet kan heller ikke protestere på innbetaling av premie, på grunnlag av forhold som selskapet ikke er kjent med. Selskapet har subsidiært hevdet grovt uaktsomt misligholdt opplysningsplikt, med 100 % avkortning. Det er vist til at bruddet på opplysningsplikten fremstår som svært grovt og at hun ville fått avslag på forsikringssøknaden om uførepensjon. De utelatte opplysningene har direkte årsakssammenheng med de plager som i dag er årsak til hennes arbeidsuførhet, jf. også avgjørelse 2020-50. Forsikrede var uønsket som kunde i selskapet i 5 år og selskapet sa opp dekningen.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om selskapet har sannsynliggjort at forsikrede svikaktig, subsidiært grovt uaktsomt, ga uriktige opplysninger ved tegning, jf. forsikringsavtaleloven (fal.) § 13-1 a og § 13-2. Saken gjelder også om selskapet kan nekte henne å være kunde i 5 år.

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 slik at det kan 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-1989-689. 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-2000-59 presisert at både vilkåret om at det ble gitt uriktige og ufullstendige opplysninger bevisst og vilkåret om at det ble gjort for å få 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.

Det er enighet mellom partene om at enkelte av spørsmålene er uriktig besvart. Etter nemndas syn viser gjennomgåelsen foran av dokumentasjonen av forsikredes helsetilstand i årene før juni 2017 at svarene på flere av spørsmålene er uriktige eller ufullstendige. Nemnda finner ikke grunn til å gå nærmere inn på det her, men legger til grunn at kravet om objektivt uriktige/ufullstendige opplysninger er oppfylt.

I tillegg må imidlertid selskapet som nevnt, sannsynliggjøre at forsømmelsen av opplysningsplikten skyldes svik. Beviskravet er sterk eller klar sannsynlighetsovervekt og det er selskapet som har bevisbyrden, jf. Rt-2000-59 hvor det fremgår at forsikrede må ha visst at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, og at opplysningene ble gitt eller holdt tilbake i den hensikt å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale. Nemnda tilføyer at den i sin praksis har lagt til grunn at svik må anses bevist dersom det ikke fins andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene.

Forsikrede har anført at hun trodde at selskapet ville innhente journaler mv. og har vist til informasjonen på egenerklæringsskjemaet om det, og til opplysninger gitt av selger på telefonen.

Det foreligger ikke opptak av samtalen, og nemnda kan ikke se at forsikrede har sannsynliggjort at selger har gitt opplysninger som innebar at hun kunne unnlate å oppfylle sin opplysningsplikt.

For så vidt gjelder anførselen om at selskapet fikk fullmakt til å innhente ytterligere informasjon, og at svarene må ses i lys av det, viser nemnda til at en slik fullmakt ikke fritar forsikrede for opplysningsplikten. Selskapet har ikke noen generell plikt til å innhente helseopplysninger, og det er ikke grunn til å tro at selskapet i dette tilfellet har påtatt seg en slik forpliktelse.

Nemnda finner videre at det ikke kan legges til grunn at forsikrede ikke husket bedre og viser til at forsikrede unnlot å opplyse så vel om forhold tilbake i tid som helt frem til tegningstidspunktet. Den medisinske dokumentasjon viser heller ikke problemer med hukommelsen.

Etter nemndas syn foreligger det ikke annen fornuftig forklaring på at forsikrede ga ufullstendige/uriktige opplysninger ved besvarelsen av helseerklæringen enn at hun ønsket en forsikringsavtale eller en bedre avtale enn hun ville ha fått om hun hadde fylt ut helseerklæringen på korrekt måte. Selskapet har uttalt at hun ikke ville ha fått forsikringen om hun hadde gitt korrekte opplysninger om sin helsesituasjon. Nemnda legger det til grunn.

Nemnda finner etter dette at selskapet har sannsynliggjort svik og forsikrede har da ikke rett til utbetaling under forsikringen, jf. fal. § 13-2.

Saken reiser også spørsmål om selskapet kan nekte forsikrede ny forsikring i en femårsperiode. Ved behandlingen av dette spørsmålet har nemnda delt seg i et flertall og et mindretall:

Finansklagenemnda Persons flertall, leder og Ytreøy Grøndalen, bemerker:

Flertallet kan ikke se at det er noe å bemerke til selskapets uttalelse om at forsikrede vil være uønsket som kunde i en periode på fem år regnet fra 13.3.20. I denne forbindelse viser flertallet til Ot.prp. nr. 41 (2007-2008) s. 100 hvor "forhold som er av betydning for tillitsforholdet mellom forsikringssøkeren og selskapet" nevnes som et grunnlag for å nekte forsikring.

Mindretallet, Sande Kvålen, bemerker:

Mindretallet mener selskapet ikke har anledning til å nekte henne som kunde i en periode på 5 år, uten å vurdere hva slags kundeforhold som etterspørres og om vilkårene i § 12-12 er oppfylt på søketidspunktet. Forsikringssøker har rett til å få vurdert om et avslag på en forsikring oppfyller vilkårene i § 12-12 etter søknad og den konkrete begrunnelsen for det, jf. § 12-12, 4.ledd.

Avgjørelsen er avsagt med slik dissens som fremgår av merknadene. Slutningen er utformet i samsvar med flertallets syn.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant) og Ingrid Sande Kvålen (forbrukerrepresentant).