

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-638

28.6.2021

Gjensidige Forsikring ASA

Livsforsikring/uføredækninger/pensjon

Tegning – uriktige opplysninger - svik/GU – 100 % avkortning – advokatutgifter – uten ugrunnet opphold- fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3, 13-4 og 13-13.

Forsikrede avga helseerklæring 29.2.12 og 12.6.12 i forbindelse med tegning av uføreforsikring. På spørsmål om sykmelding, legebesøk, sykehusbesøk, medisinske prøver og bruk av reseptbelagte medisiner svarte forsikrede ja, både i februar 2012 og i juni 2012, og oppga bihulebetennelse og antibiotika mot bihulebetennelse, legesjekk, helsesjekk, mammografi, fødselsklinikk og gynekolog som årsak. Hun svarte nei på spørsmål om psykiske plager, på spørsmål om muskel og skjelettplager i mer enn 2 uker de siste fem år, og på spørsmål om andre sykdommer. Forsikrede fikk innvilget forsikring til normale vilkår. Av journalen før tegning fremgikk en rekke plager og smerter, herunder ryggplager, magesmerter, bekkenmerter, depresjonsfølelse, stress hodepine og bihuleplager. I forbindelse med magesmertene hadde forsikrede vært innlagt på sykehus. Hun hadde også vært i kontakt med kiropraktor grunnet ryggsmertene. Forsikrede hadde videre vært sykmeldt på grunn av plagene. Saken reiste spørsmål om forsikrede svikaktig, subsidiært grovt uaktsomt, ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om selskapet i så tilfelle kunne avslå kravet og si opp dekningen. Saken reiste også spørsmål om avslaget var gitt uten ugrunnet opphold, og om forsikrede hadde krav på dekning av advokatutgifter. Etter en konkret vurdering fant nemnda at selskapet hadde oppfylt bevisbyrden for grov uaktsomhet. Det samlede bildet viste et betydelig avvik fra det som ville ha vært riktige svar på spørsmålene. Slik nemnda så det ville en avkortning med 100 % best være i samsvar med nemndas tidligere avgjørelser. Avslaget ble gitt uten ugrunnet opphold og nemnda kunne ikke se at det var noe rettsgrunnlag for krav om dekning av advokatutgifter. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (butikkansatt, f. 1984) søkte 29.2.12 en individuell uføredekning i selskapet og fikk tilbud om dekningen. Denne dekningen ble imidlertid raskt avsluttet, og forsikrede søkte på ny 12.6.12. Det foreligger helseerklæringer utfylt både 29.2.12 og 12.6.12. Spørsmålene i de to skjemaene er ikke identiske og likartede spørsmål har ulike nummer.

I den første helseerklæringen svarte forsikrede ja på spørsmål 7 om sykemelding i mer enn 1 uke sammenhengende og oppga sykemelding februar-september 2008 pga. kvalme/uvel ved graviditet. Det var presisert at alle aktuelle sykmeldinger skulle oppgis. På spørsmål 9 om hun de siste 5 årene hadde vært hos fastlegen svarte hun ja, og opplyste om helsesjekk uten resultat i 2011. På spørsmål 10 om hun i løpet av de siste 5 årene hadde vært hos andre leger opplyste hun om gynekolog i 2010 og ingen diagnose. På spørsmål 11 om sykehusopphold mv. i løpet av de siste 10 år svarte hun ja, og oppga fødselsklinikk i 2 dager i 2008. På spørsmål 12 om medisinske prøver mm. de siste 12 måneder svarte hun ja, og oppga mammografi (vanlig sjekk), og ingen diagnose. Hun svarte nei på spørsmål 15 om psykiske plager. På spørsmål 19 om bruk av reseptbelagte medisiner de siste 5 årene opplyste hun om antibiotika mot bihulebetennelse i 2011. Hun svarte

nei på spørsmål 26 om muskel-/skjelettplager i mer enn 2 uker de siste 5 årene, og nei på spørsmål 24 om andre sykdommer/plager hun ikke var spurt om.

I helseerklæringen av 12.6.12 svarte hun nei på spørsmål 9 om hun de siste 5 årene hadde vært sykmeldt i mer enn 1 uke sammenhengende. Det var presisert at alle aktuelle sykmeldinger skulle oppgis. På spørsmål 11 om hun hadde vært hos lege de siste 5 årene svarte hun ja, og oppga vanlig legesjekk/bihulebetennelse/mammografi i 2011/2012. På spørsmål 12 om undersøkelse/behandling ved sykehus/helseinstitusjon de siste 10 årene, opplyste hun om "mammografi/sjekk" i 2011/2012, og at hun var nå var frisk og symptomfri. På spørsmål 13 om prøver/undersøkelser de siste 12 månedene opplyste hun om mammografi/sjekk i 2012. På spørsmål 15 om hun de siste 10 år hadde hatt angst/depresjon/utbrenthet/andre psykiske problemer i mer enn 2 uker svarte hun nei. På spørsmål om bruk av reseptbelagte medisiner de siste 5 årene opplyste hun om antibiotika mot bihulebetennelse i 2011/2012. Hun svarte nei på spørsmål om muskel-/skjelettplager i mer enn 2 uker de siste 5 årene, og på spørsmål om andre sykdommer/plager hun ikke var spurt om.

Forsikrede meldte krav om erstatning 12.9.19. Egenerklæring for krav om utbetaling av uføreerstatning er datert 18.9.19.

Selskapet innhentet medisinske opplysninger. Der fremgår det om hennes helse før tegningen(e):

Fastlegens journal har opplysninger om ryggplager og sykemelding pga. dette fra 8.1.8, og av Infotrygd fremgår at hun var 100 % sykmeldt frem til 9.8.8. Fastlegen noterte 25.3.8 at ryggplager skyldtes et uhell noen år tidligere, men at røntgen var negativt. Hun var blitt gravid. Legen noterte 25.4.8 at kiropraktor hadde påvist skjevt bekken, og at tester tydet på sikker bekkenløsning. I juni noterte legen at forsikrede knapt klarte å gå. Hun fødte 10.9.08, og mottok fødselspenger til 10.7.09.

I januar 2009 hadde hun mageproblemer og endret avføringsmønster etter fødsel og samlivsbrudd, og den 6.7.09 ble det notert fortsatte bekkensmerter, tolket som bekkenløsningsrelatert, og 27.11.09 kvalme mm.

Fastlege noterte 4.11.10 smerte i magen, og i flere notater omtales økende smerter i november. Forsikrede ble 17.11.10 henvist til og innlagt på sykehus for smertene. Det er videre hyppige notater om magesmerter frem til legen 14.12.10 igjen la henne inn til undersøkelse på sykehus, kirurgisk avdeling. Hun fikk Ranitidin på sykehuset, som hjalp. Magerelatert diagnose ble notert 19.4.11, og legen foreskrev Azitromax (et antibiotika).

Infotrygd viser at hun mottok 100 % sykepenger 11.11.-31.12.10.

Legen noterte 9.9.11 mye stress på jobb, mye å gjøre og ofte ikke tid til matpause. Forsikrede kjente at det knøt seg i alle muskler og hadde hodepine, og orket ikke å jobbe. Hun mente seg uønsket av sjefen, og var sykmeldt fra 2.12.11- 29.2.12 i tilknytning til konflikt på jobb, og med diagnoser depresjonsfølelse/stress/problem i arbeidsforhold. Hun ble friskmeldt da hun startet i ny jobb etter 29.2.12.

Etter tegningen i juni 2012 notert fastlegen depresjonsfølelse henholdsvis 26.6.12 og 3.8.12, uten sykemelding.

Av fastlegejournalen 13.8.12 fremgår at forsikrede i flere år hadde vært plaget med sinusitter (bihuleplager) og med at slimhinnen ofte tørket inn. Hun ble henvist til øre-/nese-/hals-lege. Legen benyttet først diagnosen for sinusitt, før legen 27.8.12 noterte hodepine VAS 5, og trykk i øyet, og sykmelding. Deretter er notert hodepine og smerter bihule. Legen skrev at plager mulig kunne knyttes til malingslukt på arbeidsstedet - en fargebutikk.

Hun var sykmeldt 20.9.12-24.9.13. Legen noterte friskmelding til arbeidsformidling 4.4.13.

I legeerklæring til Nav ved arbeidsuførhet, 13.8.19, oppga fastlegen diagnosene trigeminus nevralgi og Fibromyalgi. Legen antydte at trigeminus nevralgi kunne være en følge av tannbehandling. Dette ga mye plager, og forsikrede hadde dessuten mye plager med fibromyalgi.

Nav innvilget arbeidsavklaringspenger fra 10.10.19.

Forsikredes fastlege ved det legekontoret som hun hadde benyttet siden 1993, oppga i Legeerklæring til selskapet 21.10.19, at årsaken til uførheten var trigeminus nevralgi og at forsikrede første gang ble behandlet for det 5.8.18, og at det ikke var andre medvirkende medisinske årsaker.

Selskapet avsto kravet 15.4.20. Det ble lagt til grunn at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, subsidiært at dette var grovt uaktsomt. I begge tilfeller sa selskapet også opp dekningen.

I brev til FinKN har selskapet gitt en samlet oversikt over sin behandling av saken:

12.09.2019: Saken blir meldt til selskapet; 13.09.2019: Selskapet sendte brev med fullmakt til forsikrede; 30.09.2019: Mottatt fullmakt og egenerklæring; 07.10.2019: Selskapet sendte forespørsel om opplysninger til NAV og lege; 25.10.2019: Mottatt legeerklæring fra fastlege; 30.10.2019: Mottatt tryggedokumenter; 06.11.2019: Selskapet sender brev med forespørsel om ny fullmakt til forsikrede; 22.11.2019: Mottatt fullmakt; 26.11.2019: Forespørsel om journalnotater og epikriser fra lege; 02.01.2020: Purrebrev til lege; 24.01.2020: Mottatt helseopplysninger fra lege; 01.03.2020: Sak oversendt til risikoavdeling i selskapet for ny risikovurdering; 03.03.2020: Selskapet foretar ny risikovurdering; 05.03.2020: Saken oversendes til utreder (utreder tar kontakt med forsikrede som ikke ønsker å gjennomføre en samtale, og fikk i stedet tilsendt spørsmål selskapet ønsket svar på skriftlig.); 25.03.2020: Frist for skriftlig tilbakemelding på selskapets spørsmål. Selskapet mottar ingen svar; 26.03.2020: Mottatt forespørsel fra (forsikredes advokat) om oversendelse av sakens dokumenter før spørsmål fra selskapet kan besvares; 02.04.2020: Saken behandles i selskapets sentrale utvalg; 15.04.2020: Internt notat: Sluttsamtale forsøkt, ikke svar; 15.04.2020: Brev med orientering om avslag på erstatning sendt til forsikrede; 04.05.2020: Mottatt brev fra (forsikredes advokat) med forespørsel om oversendelse av sakens dokumenter; 19.05.2020: Svar sendt til (forsikredes advokat) med vedlegg.

Selskapets kundeombud har opprettholdt avslaget.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke har utvist svik eller grov uaktsomhet. Ryggplagene i 2008 var bekkenløsning pga. graviditet. Hun opplyste om sykmelding høsten 2011 til kunderådgiver da hun fylte ut skjema i februar 2012, men fikk da opplyst at hun ikke trengte å opplyse om denne siden den var situasjonsbestemt pga. stress/mistrivsel jobb. På spørsmål fra forsikrede om hun burde innhente legejournaler svarte rådgiveren at det ikke var nødvendig. Hun var ikke psykisk syk, men ble mobbet på jobb. Mageproblemene i 2010 gikk etterhvert over, og ville ikke gitt grunnlag for avslag. Hadde hun gitt opplysningene ville de vært uten betydning, eventuelt ville de ha ført til en reservasjon. Disse forholdene har uansett ikke noen sammenheng med årsaken til at hun senere ble ufør. Forsikrede hadde rett til å tegne ny forsikring uten nye helseopplysninger dersom hun søkte innen 6 måneder, og det er da opplysningene gitt i februar som må legges til grunn. Tegningen var en overgang fra annen forsikring på grunn av endret livssituasjon.

Avslag var uansett ikke uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13, se avgjørelsene 2012-204, LG-2017-079426 og Rt-2013-1235. Selskapet fikk i denne saken kvalifisert mistanke ved mottak av Nav-dokumenter i oktober 2019, og i alle fall ved mottak av fastlegejournal 24.1.20. Det er også vist til LB-2012-1484 og Rt-2000-59. Forsikrede krever dekket sine utgifter til juridisk bistand.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige opplysninger, og at det kunne avslå kravet og si opp dekningen. Uansett mener selskapet at forsikrede har opptrådt grovt uaktsomt og at dette medfører 100 % avkortning. Avslaget var innen fristen i § 13-13. Videre foreligger det ikke rettslig grunnlag for krav om erstatning for juridisk bistand, jf. avgjørelsene 2021-58 og 2020-824.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken reiser spørsmål om forsikrede svikaktig/grovt uaktsomt har forsømt sin opplysningsplikt slik at selskapet er uten ansvar etter fal. § 13-2, men også om selskapet har tapt sin rett til å gjøre dette gjeldende fordi selskapet ikke ga beskjed "uten ugrunnet opphold", se fal. § 13-13.

Etter fal. § 13-1a kan selskapet ved tegning be om opplysninger som grunnlag for sin vurdering av risikoen. Har forsikrede utvist svik ved tegningen er selskapet uten ansvar og kan avslå kravet, se § 13-2 første ledd. Selskapet kan da også si opp forsikredes avtaler i selskapet, se § 13-3. Har den forsikrede ellers forsømt sin opplysningsplikt og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last, kan selskapets ansvar settes ned eller falle helt bort, se § 13-2 annet ledd. I slike tilfeller kan selskapet også si opp forsikringer i selskapet etter § 13-3 første ledd.

Forsikringstakers/forsikredes svar på de spørsmålene som et selskap stiller i en helseerklæring, skal være riktige og fullstendige, og, når det blir spurt om det, skal det også gis opplysninger om særlige forhold som vedkommende må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, selv om dette ikke er direkte omfattet av de spørsmålene som er stilt i helseerklæringen.

Beviskravet ved svik er sterk eller klar sannsynlighetsovervekt, og det er selskapet som må bevise at den forsikrede bevisst har gitt uriktige opplysninger i vinnings hensikt, jf. Rt-2000-59. Dette innebærer at forsikrede må ha visst at opplysningen var uriktige eller ufullstendige, og at opplysningene ble gitt eller holdt tilbake i den hensikt å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale. Etter dommen fra 2000 må det "for begge disse vilkårene foreligge en klar eller sterk sannsynlighetsovervekt for at uriktige opplysninger er gitt bevisst og i vinnings hensikt" s. 66.

Beviskravet for grov uaktsomhet er tilnærmet lik den som gjelder for svik, dvs. klar sannsynlighetsovervekt for at det foreligger et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte, se avgjørelse 2020-532.

Forsikrede har anført at saken skal vurderes på grunnlag av besvarelsen av helseerklæringen av 29.2.12. Omstendighetene rundt den første tegningen og hvorfor denne forsikringen ble avsluttet er omtvistet. Slik saken er opplyst, kan nemnda ikke legge til grunn at det skyldes selskapet. Nemnda kan imidlertid ikke se at dette har noen avgjørende betydning for avgjørelsen av saken.

Forsikrede har også anført at tegningen var en overgang fra en annen forsikring pga. endret livssituasjon. Dette er ikke dokumentert, og betydningen av dette for vurderingen av om forsikrede har gitt uriktige eller ufullstendige svar, er ikke angitt.

Forsikrede har videre anført at selskapets representant skal ha sagt at forsikrede ikke trengte å gi de aktuelle opplysningene, angivelig fordi de var situasjonsbestemt og at det ikke var nødvendig å innhente legejournaler. Anførselen er udokumentert, og nemnda legger til grunn at den har lite for seg.

Det er en rekke av spørsmålene som ikke er besvart riktig eller ufullstendig, både i den første og den andre helseerklæringen. Som nevnt foran er de to erklæringene ikke identiske. Nemnda viser til redegjørelsen foran i saksfremstillingen for hvordan de ulike spørsmålene ble besvart og hvilke opplysninger som fremgår av den innhentede medisinske dokumentasjonen. Slik nemnda ser det, er opplysningsplikten objektivt sett utvilsomt brutt.

Spørsmålene om sykemeldinger, legebesøk og sykehus var klare. Forsikrede var sammenhengende sykemeldt i 8 måneder i 2008, ca. 1,5 måneder i 2010 og i ca. 2,5 måneder ved årsskiftet 2011-2012. Forsikrede må utvilsomt ha kjent til at hun hadde hatt flere lengre sykemeldinger, og det er etter nemndas syn sterkt klanderverdig ikke å opplyse om dette. Den siste perioden ble avsluttet dagen før hun første gangen ga helseopplysninger og fire måneder før hun fylte ut den andre helseerklæringen. Det er også sterkt klanderverdig ikke å ha opplyst om de mange legesamtalene de siste årene, herunder 2 sykehusinnleggelser.

Nemnda finner det ikke tvilsomt at selskapet har oppfylt bevisbyrden for grov uaktsomhet. På den annen side kan det være tvilsomt om selskapet har oppfylt sin bevisbyrde for at forholdet skal kunne rubiseres som svik. Nemnda finner ikke grunn til å gå nærmere inn på dette i saken ettersom selskapet også ved grovt uaktsomt forsømmelse av opplysningsplikten kan avslå eller redusere forsikredes krav helt. Ved grov uaktsomhet skal det likevel tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, for skyldgraden, skadefølgen og forholdene ellers, jf. fal. § 13-2 tredje ledd.

Det samlede bildet viser et betydelig avvik fra det som ville ha vært riktige svar på spørsmålene. Det er videre skjerpene at den siste sykemeldingen på 2,5 måneder ble avsluttet samme dag som den første erklæringen ble undertegnet og tre og en halv måned før hun underskrev den andre egenerklæringen. Etter nemndas syn ligger avviket i den grove uaktsomhetens øvre sjikt. At det ikke synes å være årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og årsaken til den senere ertversuførheten er uten nevneverdig betydning.

Slik nemnda ser det vil en avkortning med 100 % best være i samsvar med nemndas tidligere avgjørelser.

Nemnda behandler til slutt anførselen om at avslaget uansett ikke ble gitt uten ugrunnet opphold, og at selskapet derfor ikke vil være fri for ansvar, jf. § 13-13 første ledd første og annet punktum.

Nemnda viser til at forsikrede fremmet krav 12.8.19 og at selskapet avslå kravet 15.4.20. Selskapet har lagt frem en detaljert redegjørelse for sine ulike utredningsskritt i saken, se foran.

Redegjørelsen viser at det ikke på noe punkt foreligger noen ubegrunnet passivitet i behandlingen av saken. Det å anføre svik/grov uaktsomhet er en alvorlig beskyldning og nemnda mener at det må aksepteres at selskapet foretar en god del undersøkelser før det av den grunn avslår erstatning. Nemnda kan ikke se at selskapet i dette tilfellet er avskåret fra å avslå kravet etter § 13-2.

Etter fal. § 13-3 første ledd kan selskapet si opp forsikringen med 14 dager varsel ved grov uaktsomhet. Nemnda kan ikke overprøve det skjønn selskapet har utvist på dette punkt.

Forsikrede har krevd erstattet sine utlegg til juridisk bistand. Nemnda kan ikke se at det er noe rettsgrunnlag for dette kravet, se avgjørelse 2020-460.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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