

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2022-376

3.5.2022

Eika Forsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Tegning - opplysninger om bl.a. ekstraundersøkelser ved helsestasjon/atferdsproblematikk – grov uaktsomhet – uten ugrunnet opphold – fal. §§ 13-1 a, 13-2 og 13-13.

Forsikringstaker (mor) fylte i 2010 ut helseerklæring ved søknad om barne- og ungdomsforsikring for sitt barn på ca. ett år. Av erklæringen fremkom opplysninger om at forsikrede hadde klumpfot med nedsatt funksjonsevne, samt en infeksjon i forbindelse med fødsel. Ut over dette ble det ikke opplyst om andre helseforhold hos forsikrede. Forsikringen ble antatt med reservasjon for forhold knyttet til klumpfot. Krav om ytelser under forsikringen ble fremsatt i 2020 som følge av at forsikrede hadde fått påvist endring i arvematerialet og bl.a. diagnosen blandet utviklingsforstyrrelse. Ca. 3 ½ måned etter mottak av skademelding, anførte selskapet at forsikringstaker grovt uaktsomt hadde gitt uriktige/mangelfulle helseopplysninger ved tegningen, bl.a. om flere ekstrakonsultasjoner ved helsestasjonen knyttet til søvn, manglende smil/mimikk og selvstimulering, herunder unnlatte opplysninger om forsikringstakers bekymring for forsikredes utvikling på tegningstidspunktet. Det var omstridt om forsikringstaker mottok råd fra selskapet mht. hvordan enkeltspørsmål i egenerklæringen skulle besvares. Saken reiste spørsmål om forsikringstaker grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved forsikringstegningen og om dette tilsa en avkortning på 75 %. Saken reiste også spørsmål om selskapets standpunkt var gitt uten ugrunnet opphold. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at selskapet hadde sannsynliggjort at forsikringstakeren grovt uaktsomt hadde gitt uriktige helseopplysninger ved forsikringstegningen og at dette tilsa en avkortning på 75 %. Nemnda bemerket ellers at selskapet i en sak som foreliggende måtte kunne avvente tilbakemelding fra samtlige helseforetak og bruke noe tid på sin vurdering, før det tok standpunkt. Selskapets avslag var gitt uten ugrunnet opphold og selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker (forsikredes mor) fylte 23.12.10 ut en helseerklæring ved søknad om en barne- og ungdomsforsikring (ulike dekninger) for sitt barn (ca. ett år). Av erklæringen fremkom det opplysninger om at forsikrede hadde klumpfot med nedsatt funksjonsevne som medførte jevnlig kontroll i form av gipsing og skinnebruk. Videre opplyste klager om en infeksjon i forbindelse med fødsel.

På spørsmål 11: *"Har barnet blitt undersøkt, behandlet eller vært til utredning hos lege på sykehus eller annen helseinstitusjon? (Vanlig kontroll på helsestasjon oppgis ikke)"*, svarte forsikringstaker ja, og viste til forsikredes klumpfot, samt at forsikrede ble fulgt opp en gang i måneden ved ortopedisk verksted for dette.

På spørsmål 14: *"Har barnet, eller er det grunn til å tro at barnet har forsinket utvikling, sykdom, kroppsfeil, fysisk eller psykisk handikap?"*, var svaret ja og det ble vist til forsikredes klumpfot.

På spørsmål 16: *"Har barnet synsfeil?"*, svarte forsikringstaker nei.

På spørsmål 18: "Er det avtalt ny undersøkelse hos lege, på sykehus eller annen helseinstitusjon? (Prøver, røntgen, utredning eller annen behandling)?" opplyste forsikringstaker om planlagt oppfølging grunnet klumpfot.

På spørsmål 19: "Har du opplysninger om andre forhold om barnets helse som du må forstå har betydning for selskapets vurdering?", svarte forsikrede nei.

Etter at selskapet innhentet opplysninger om forsikredes klumpfot fra hennes legesenter, ble forsikringen tegnet med reservasjon for forhold knyttet til klumpfot.

Den 16.1.20 mottok selskapet skademelding/krav under forsikringen med bakgrunn i påvist endring i arvematerialet og diagnosene F83 (blandet utviklingsforstyrrelse) og F90 (forstyrrelse i aktivitet og oppmerksomhet). Det opplyses at de første symptomene viste seg ved at barnet hang etter i utviklingen i 1-årsalderen.

Selskapet innhentet opplysninger fra forsikredes legesenter (R), fra S. Hospital, fra helsestasjonen og fra Nav.

Før tegningen

Av journaler fra helsestasjonen fremgikk bl.a. at det ble observert skjeling hos forsikrede helt fra hun var 5 måneder gammel. Skjeling er omtalt på konsultasjon ved helsestasjon 5.7.10, 9.8.10, 6.9.10 og 20.9.10.

Av journalnotat 5.10.10 fremgikk at forsikrede var henvist til sansesenter og av journalnotat 3.12.10 fremgikk at det etter 6 samlinger på sanseklinikken ble det avholdt et oppsummerende samarbeidsmøte. Av journalnotatet fremgikk at forsikrede hadde lite mimikk, viste smalt følelsesregister og rugget. Forhold rundt mimikk, rugging/mulig selvstimulering skulle tas opp med foresatte.

Av journalnotat 20.12.10 fremgikk at mor kontaktet helsesenteret på telefon og det siteres:

Mor forteller også at (forsikrede) har begynt å slå hodet sitt i senga med vilje, startet for ca 2-3 uker siden. Mor sier at hun har prøvd forskjellige strategier med å ta henne opp el. Overse henne. Mor blir rådet til å ikke la K. få skade seg selv i senga. Må tas bort fra situasjonen og gis oppmerksomhet. Informerer om at det ikke er bra at barn skader seg selv ved hodedunking, dette må drøftes videre når vi møtes neste gang.

I ny telefonsamtale med helsestasjonen samme dag, ba mor om at det planlagte samarbeidsmøte samme dag måtte utsettes. Ny dato ble satt til 3.1.11.

Etter tegningen 23.12.10

Av journalnotat fra helsestasjonen datert 3.1.11 fremgikk at de foresatte ble informert om helsestasjonens bekymring for forsikredes utvikling. Videre fremgikk at: "Mor forteller at hun ser at (forsikrede) henger etter jevngamle når det gjelder kontakt og utvikling, samt at mor bekrefter at hun er mer glad i leker enn folk." Forsikrede ble etter møtet henvist BUP. ... Mht. synsproblematikken fremgikk at forsikrede hadde vært til undersøkelse ved S. øyelegesenter og at det ikke forelå noen avklaring i forhold til syn.

I notat fra S. hospital 24.1.13 fremgikk at forsikrede smilte første gang ved 3-4 måneders alder og at mor fikk mistanke om at det kunne være noe med forsikrede da hun var ca. 5 uker gammel.

Etter å ha vurdert mottatte helsejournaler opp mot egenerklæringen ved forsikringstegningen, var selskapet av den oppfatning at forsikringstaker grovt uaktsomt hadde gitt uriktige opplysninger ved forsikringstegningen. Selskapet avkortet 1.5.20 100 % i fremsatt erstatningskrav og sa opp forsikringsavtalen med 14 dagers varsel.

Mht. fremdriften i selskapets saksbehandling har selskapet gitt slik orientering:

16.1.20 - Mottar skademelding.
20.1.20 – Ber om helseopplysninger – forsikredes (legesenter, helsestasjon og S Hospital.
21.1.20 – Ber om helseopplysninger nav.
18.2.20 – Mottar dokumenter fra nav og S Hospital.
24.2.20 – Mottar dokumenter fra helsestasjonen.
2.3.20 - Mottar dokumenter fra legesenteret.
6.-13. 4.20 – Påskeferie.
1.5.20 – Avslag.

Selskapets avgjørelse ble klaget inn til FinKN. Under klagebehandling har selskapet endret avkortningsprosenten fra 100 % til 75 %.

Forsikringstaker har i det vesentlige anført at hun har fylt ut helseerklæringen etter beste evne og at hun har gitt så korrekt og fullstendig informasjon om sitt barns helse som hun mente var riktig. Det avvises at hun har gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger, eller har fortiet faktum på noen måte, verken grovt uaktsomt eller uaktsomt. Forsikringstaker viser til at hun har opplyst om foreliggende objektive diagnoser, jf. klumpfot samt en infeksjon ved fødsel som skulle følges opp ved S. hospital. Mht. barnets skjeling anfører forsikringstaker at hun kontaktet selskapet pr. telefon og at hun fikk beskjed om at dette ikke var en synsfeil og at hun ikke trengte å opplyse om dette, jf. korrigeringen som ble foretatt i helseerklæringen. Mht. forsikringstakers (mor og førstegangsfødende) bekymringer rundt barnet, oppfattet forsikringstaker dette som normale bekymringer som foreldre har de første månedene etter fødsel. Alle barn er til kontroller på helsestasjon, og forsikringstaker oppfattet det ikke som unormalt at hun tok opp problemstillinger rundt barnet. Dette gjaldt vansker med søvn og vurdering av samspill. Forsikringstaker ble henvist til sansesenter, som var et kommunalt ressurscenter for spedbarn og deres foreldre. Dette ble av forsikringstaker oppfattet som en forlengelse av tilbudet fra helsestasjonen og som hjelp til å forstå barnets oppførsel og hjelp til å vite hvordan man som foreldre skulle reagere. Dette må anses å være helt normalt i spedbarnsfasen. Det presiseres ellers at saken må vurderes i lys av forsikringstakers kunnskap på tegningstidspunktet. Det er feil når selskapet i ettertid, og med fasiten i hånden, tolker barnets oppførsel ved tegningen slik at mor den gang hadde opplysninger om senere sykdom som hun skulle ha gitt opplysninger om ved tegningen. Mht. de to preaurikulære skin tags forsikrede hadde gjennomført, så var dette kun kosmetiske inngrep. Generelt gjelder ellers at helseerklæringen har en del vurderingspregede spørsmål og forsikringstaker har besvart spørsmålene så godt hun har kunnet. Det må legges til grunn en viss terskel for når spørsmålene kan anses uriktig besvart. Forsikringstaker anfører på denne bakgrunn at hun ikke er mer enn lite å legge til last for eventuelle uriktige svar. Det er derfor ikke grunnlag for avkortning etter fal. § 13-2 annet ledd.

Subsidiært anføres det at selskapet har reklamert for sent etter fal. § 13-13 og det vises til at selskapet hadde tilstrekkelig informasjon til å kunne gjøre en forsvarlig vurdering av saken senest den 24.2.20, da selskapet mottok journalen fra helsestasjon. Reklamasjonsfristen starter å løpe når selskapet "*ble kjent med det forhold*" som medfører at bestemmelsen om ansvarsfrihet eller avkortning kommer til anvendelse. Det kreves ikke at selskapet har fått alle opplysninger som kreves for å ta standpunkt, jf. Rt-2013-1235 premiss 42-50. En kvalifisert mistanke kan være nok. Reklamasjonen skal skje "*uten ugrunnet opphold*". I teori og praksis er det lagt til grunn at inntil 2 måneder kan aksepteres, se Norsk Lovkommentar ved Trine-Lise Wilhelmsen datert 28.4.17. Kommentaren er gitt til fal. § 4-14, men i lovkommentaren til fal. § 13-13 vises det til notene til § 4-14 da bestemmelsene i hovedsak er like. Går det mer enn 2 måneder, krever dette en særskilt begrunnelse, jf. ovennevnte dom i Høyesterett, Rt-2013-1235. Det anføres på denne bakgrunn at selskapet har reklamert for sent.

Selskapet har i det vesentlige anført at det er sannsynliggjort at forsikringstakeren grovt uaktsomt har forsømt informasjonsplikten ved tegningen og at det er grunnlag for en avkortning på 75 %. Konkret viser selskapet til mangelfulle svar knyttet til forsikredes synsproblematikk og utviklings-/atferdsproblematikk før avtaleinngåelsen. Faktum viser at forsikrede hadde en rekke ekstra konsultasjoner og oppfølging i sitt første leveår og det må legges til grunn at forsikringstaker har forstått at dette var forhold som ville være av betydning for selskapets vurdering av barnets helse ved tegning av en barneforsikring. Korrekte svar ville ha medført at selskapet hadde innhentet supplerende opplysninger om barnets helse utover opplysninger om klumpfot. Ved utviklings- og adferdsavvik under utredning/oppfølging, og uavklarte forhold rundt synsproblematikk, ville forsikringssøknaden ha blitt avslått. Det er videre årsakssammenheng mellom manglende opplysninger og bakgrunnen for kravet og vilkårene for oppsigelse av avtalene er dermed også til stede.

Selskapet viser ellers til at de påberopte telefonsamtalene mellom forsikringstaker og selskapet ikke er registrert i selskapets logg. Dersom telefonsamtalen fant sted, må det uansett legges til grunn at selskapets veiledning var betinget av hvordan forsikringstaker fremla problemstillingene. Hvis forsikringstaker hadde opplyst at barnet var under oppfølging hos øyelege (ev. henvist) slik det fremkommer av den medisinske dokumentasjonen, er det utelukket at hun kan ha blitt veiledet slik hun påstår. Ukomplisert skjeling vil gi standard vilkår på en barneforsikring. Forutsetningen er at det er avklart at barnet ikke har behov for behandling, eller at barnet har gjennomgått vellykket behandling. Det må også være avklart at skjelingen ikke skyldes en annen bakenforliggende sykdom. Ved forestående utredning eller behandling ville selskapet ikke ha tegnet forsikringen. Selskapet bemerker ellers at forsikringstakeren har unnlatt å opplyse om at barnet faktisk skulle til ytterligere utredning/oppfølging hos en øyelege. Selskapet anfører ellers at dette forholdet er av begrenset betydning for den konkrete helsevurderingen selskapet ville ha gjort ved mottak av korrekte helseopplysninger. Dette fordi forsikredes skjeling kommer i tillegg til de andre forhold som forelå før tegning, og som samlet uansett ville medført avslag på søknaden om forsikring. Forsikringstaker kan ikke høres med at hennes bekymringer knyttet til barnets helse forut for forsikringstegningen kun var "*normale bekymringer*", som det ikke var nødvendige å opplyse om. Tilsvarende må gjelde for forsikringstakers anførsel om at hun oppfattet henvisningen til sansesenteret som en forlengelse av tilbudet fra helsestasjonen, som det ikke skulle opplyses om. Basert på den medisinske dokumentasjonen som er fremlagt er det etter selskapets syn uforståelig at klager har besvart helseerklæringen slik hun gjorde. De beskrivelser som er angitt i forhold til barnets syn, atferd og utvikling i tiden før helseerklæringen ble utfylt, tilsier at mor må ha forstått at opplysningene hun ga var mangelfulle eller feilaktige, jf. opplysningene fra S. hospital 24.1.13 hvor det fremkommer at mor fikk mistanke om at noe kunne være galt med forsikrede allerede da hun var ca. 5 uker gammel. Selskapets konklusjon er at forsikringstaker har opptrådt grovt uaktsomt ved tegningen og at vilkårene for å avkorte med 75 %, samt si opp forsikringsavtalen er tilstede.

Selskapet avviser ellers at reklamasjonsfristen etter fal. § 13-13 ikke er overholdt. Utgangspunktet for reklamasjonsfristen er selskapets kunnskap. I dette ligger et krav om at selskapet skal ha positiv kunnskap, se NOU 1983:56 s. 56 jf. s. 96, jf. dog Rt-2013-1235 avsnitt 49, hvor det gis uttrykk for at en kvalifisert mistanke kan være nok for at fristen skal begynne å løpe. Når fristen har begynt å løpe, skal selskapet gi skriftlig beskjed om sitt standpunkt "*uten ubegrunnet opphold*". Fristens lengde er relativ, og må vurderes konkret i den enkelte sak. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at selskapet tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet. Det vises blant annet til nemndas avgjørelse 2015-083. Det må i en viss utstrekning tas hensyn til avvikling av ferie mv., se Agder lagmannsretts dom av 29.10.1999 (LA-

1999-392) (skadeforsikring) og FSN-4976, FSN-5383, FSN-5535 og FSN-6172 (skadeforsikring). Tidsbruken i aktuelle sak har medgått til nødvendig innhenting og vurdering av medisinsk dokumentasjon, og til juridisk vurdering av om det forelå brudd på opplysningsplikten da forsikringen ble tegnet. Mht. til anførselen om at selskapet hadde tilstrekkelig informasjon til å kunne gjøre en forsvarlig vurdering av saken senest den 24.2.20, er selskapet uenig i dette. Selskapet må gis mulighet til å innhente komplette medisinske opplysninger før det kan avgjøre om det foreligger brudd på opplysningsplikten. I dette tilfellet hadde selskapet fått fullmakt til å innhente helseopplysninger hos flere instanser, og disse vil naturligvis oversende opplysningen til forskjellige tidspunkt. I denne saken fikk selskapet tilgang til komplette helseopplysninger den 2.3.20, og det er først på dette tidspunkt man har tilstrekkelig kunnskap om forholdet. Selskapet avviser ellers at det foreligger en absolutt frist på to måneder og anfører at selskapets avslag 1.5.20 er gitt uten ugrunnet opphold.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet til nemnda er om forsikringstaker grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved forsikringstegningen og om dette tilsier en avkortning på 75 %, og om selskapets standpunkt ble gitt uten ugrunnet opphold.

Nemnda ser først på spørsmålet om selskapet meldte fra i tide om at det ønsket å benytte innsigelsen om grov uaktsomhet, jf. fal. § 13-13 første ledd annet punktum.

Bestemmelsen krever at slik beskjed skal gis "uten ugrunnet opphold" etter at "selskapet ble kjent med det forhold som medfører at regelen kan anvendes". Dette innebærer at fristen først begynner å løpe når selskap har kunnskap nok til å kunne ta et standpunkt. Samtidig må bestemmelsen suppleres av alminnelige passivitetsregler. Selskapet har en aktivitetsplikt om det har mistanke om brudd på opplysningsplikten.

I aktuelle sak mottok selskapet skademelding 16.1.20. Den 20. og 21.1.20 ba det om helseopplysninger fra forsikredes legesenter, helsestasjon, S. Hospital og Nav. Selskapet mottok de etterspurte helseopplysningene i perioden 18.2. – 2.3.20, og avslag ble gitt 1.5.20. Nemnda finner at selskapet i en sak som den foreliggende, må kunne avvente tilbakemelding fra samtlige helseforetak og bruke noe tid på sin vurdering, før det tar standpunkt. Etter en konkret vurdering finner nemnda at avslaget er gitt uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Det neste spørsmålet er om forsikringstaker grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved forsikringstegningen.

Etter fal. § 13-1 a kan selskapet ved tegning av forsikring be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen. Forsikringstaker plikter etter annet ledd å gi riktige og fullstendige svar på spørsmål selskapet stiller. Videre skal forsikringstaker 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 de spørsmål som er stilt i helseerklæringen. Det sentrale i opplysningene som etterspørres er at de skal danne grunnlaget for selskapets risikovurdering.

Fal. § 13-2 regulerer nedsettelse av selskapets ansvar når opplysningsplikten er forsømt. I første ledd reguleres svikaktig forsømmelse. Etter annet ledd kan selskapets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstaker ellers har forsømt opplysningsplikten såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Spørsmålet om forsikrede er "ikke bare lite å legge til last" må avgjøres ut fra en konkret vurdering av forholdets art, hvilke forutsetninger forsikrede hadde for å kjenne korrekt faktum, og "forholdene ellers", jf. Rt-2000-59. Forsikringsselskapet har en streng bevisbyrde for at det foreligger grovt uaktsomt brudd på opplysningsplikten ved tegning. Nemnda

legger i tråd med praksis til grunn at beviskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet likt det som gjelder for svik, dvs. at det må være klar sannsynlighetsovervekt for at det foreligger et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Nemnda ser først på om forsikrede objektivt sett ga uriktige opplysninger ved besvarelsen av helseerklæringen. På spørsmål 11: *"Har barnet blitt undersøkt, behandlet eller vært til utredning hos lege på sykehus eller annen helseinstitusjon? (Vanlig kontroll på helsestasjon oppgis ikke)"*, svarte forsikringstaker ja, og viste til forsikredes klumpfot, samt at forsikrede ble fulgt opp en gang i måneden ved ortopedisk verksted for dette. Det fremgår av fremlagte journaler at barnet før tegningen, hadde 4 ekstrakonsultasjoner ved helsestasjonen der problemstillingene var knyttet til søvn, manglende smil/mimikk og selvstimulering. Det ble observert skjeling helt fra barnet var liten, og høsten 2010 var barnet til utredning hos øyelege grunnet dette, jf. journaler fra Helsesenter. Dette er etter nemndas syn opplysninger som skulle ha fremkommet i svaret på spørsmål 11, og nemnda finner derfor at spørsmålet ikke er korrekt besvart.

Spørsmål 14: *"Har barnet, eller er det grunn til å tro at barnet har forsinket utvikling, sykdom, kroppsfeil, fysisk eller psykisk handikap?"*, er besvart med ja og det er vist til forsikredes klumpfot.

Det fremgår av sakens dokumenter at forsikrede før tegning var henvist til sansesenter og at hun deltok på 6 samlinger der. Videre følger det av journalnotat 3.12.10 at forsikrede hadde lite mimikk, viste smalt følelsesregister og rugget. Forhold rundt mimikk, rugging/mulig selvstimulering ble tatt opp med foresatte. Det fremgår også av journalnotat at forsikringstaker, 20.12.10, 3 dager før tegningen, i telefonsamtale med helsestasjonen forteller at forsikrede hadde begynt å slå hodet sitt i senga med vilje. Forsikringstakere fikk informasjon om at dette ikke måtte skje og at dette var noe som måtte drøftes på neste møte. Samme dag kontaktet forsikringstaker helsestasjonen og utsatte det planlagte samarbeidsmøtet 20.12.10 til 3.1.11. Av journalnotat fra møtet 3.1.11 fremgår bl.a. at: "Mor forteller at hun ser at (forsikrede) henger etter jevngamle når det gjelder kontakt og utvikling, samt at mor bekrefter at hun er mer glad i leker enn folk." Nemnda er klar over at denne informasjonen først er journalført etter at forsikringen ble tegnet 23.12.10, men finner at den må sees i sammenheng med informasjonen forsikringstaker ga til helsestasjonen på telefonen 20.12.10. Etter møtet 3.1.11 ble forsikrede henvist til BUP.

Journalnotatene viser etter nemndas syn at forsikringstaker før forsikringstegningen hadde en spesiell bekymring rundt barnets utvikling og at hun på tegningstidspunktet var kjent med at dette var et tema på neste samarbeidsmøte 3.1.11. På bakgrunn av de opplysningene forsikringstaker satt med på tegningstidspunktet, er dette forhold forsikringstaker skulle opplyst om i helseerklæringen. Nemnda viser også til at forsikringstaker i ettertid, jf. notat fra S. Hospital datert 24.1.13, opplyste at hun fikk mistanke om at "det kunne være noe med (forsikrede) da hun var ca. 5 uker gammel." Nemnda finner etter dette at heller ikke spørsmål 14 er korrekt besvart.

Forsikringstaker har anført at hun kontaktet selskapet pr. telefon vedrørende spørsmålet om skjeling, og at hun fikk beskjed om at dette ikke var en synsfeil og at hun ikke trengte å opplyse om dette. Selskapet har på sin side vist til at den påberopte telefonsamtalen ikke er registrert i selskapets logg. Videre mener selskapet at deres veiledning generelt er betinget av hvordan forsikringstakere fremlegger problemstillingene, og at forsikringstaker uansett ikke ville blitt veiledet på den måten hun hevder dersom det ble opplyst at barnet var under oppfølging hos øyelege (ev. henvist) slik det fremkommer av den medisinske dokumentasjonen. Forsikringstaker har bevisbyrden, og slik saken er opplyst finner ikke nemnda at det er sannsynliggjort at forsikringstaker ble veiledet slik hun hevder. Det forhold at svaret er endret i helseerklæringen, er ikke bevis for feilinformasjon. Det bemerkes at tvistespørsmålet ikke er egnet for nemndas skriftlige saksbehandling.

Det fremstår som uforklarlig for nemnda at forsikringstaker på bakgrunn av bekymringen hun uttrykte rett i forkant av tegningen, ikke opplyste om de ekstra konsultasjonene og oppfølgingen forsikrede fikk i sitt første leveår. Nemnda legger til grunn at forsikringstaker må ha forstått at dette var forhold som ville være av betydning for selskapets vurdering av barnets helse ved tegningen. På denne bakgrunn finner nemnda at det strenge beviskravet for grov uaktsomhet anses oppfylt.

Selskapet har opplyst at korrekte svar ville ha medført at selskapet hadde innhentet tilleggsopplysninger om barnets helse og at de uavklarte helseforholdene på tegningstidspunktet ville ha medført at forsikringssøknaden hadde blitt avslått. Nemnda legger dette til grunn.

Ved grov uaktsomhet kan selskapet etter fal. § 13-2 tredje ledd avslå eller avkorte forsikringskrav, og det skal etter bestemmelsen tas hensyn til hvilken betydning feilen, altså de uriktige helseopplysningene, har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers. I aktuelle sak er det årsakssammenheng mellom de manglende opplysningene og fremsatt krav. Selskapet har under klagebehandlingen endret avkortningsprosenten fra 100 % til 75 %. Etter en konkret vurdering der nemnda har sett hen til avkortningsgraden i sammenlignbare saker, finner nemnda at riktig avkortning i saken er 75 %.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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