

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2022-48

24.1.2022

Storebrand Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredokumentering/pensjon

Tegning - uriktige helseopplysninger – språkvansker – mangelfull erklæring fra fastlege – svik – fal.
§§ 13-1a, 13-2, 13-3, 13-13.

Forsikrede (utenlandsk opprinnelse) tegnet uføredokumentering i 2017. Hun opplyste ikke om sykemeldinger, ryggplager og muskelsmerter i årene 2014-2016. Disse ble heller ikke opplyst av forsikredes fastlege. Forsikrede anførte at hun på grunn av svake norskkunnskaper misforsto spørsmålene, og at hun trodde selskapet ville innhente helseopplysninger fra fastlege. Saken reiste spørsmål om forsikrede ga uriktige opplysninger, og om selskapet i så tilfelle kunne avslå kravet og si opp dekningen. Videre om selskapets avslag var avgitt uten ugrunnet opphold. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at både de subjektive og de objektive vilkårene for en sviksanførsel forelå. Nemnda bemerket ellers at det for å påberope svik ikke var et krav om årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og senere uførhet. Selskapets avslag var gitt uten ugrunnet opphold. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (helsefagarbeider, f. 1978) søkte 9.3.17 Uførepensjon Topp, med en årlig utbetaling på kr 120 000. Skjemaet for helseopplysninger ble utfylt samme dag. Hun svarte nei på spørsmål om hun hadde noen form for sykdom eller funksjonssvikt (fysisk eller psykisk).

På spørsmål om hun de siste 5 år var undersøkt eller behandlet av lege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, eller lignende, eller de siste 10 årene hadde vært undersøkt/behandlet/anbefalt dette ved sykehus, klinikk, eller annen helseinstitusjon, eller brukt reseptbelagte medisiner regelmessig eller i perioder svarte hun også nei.

På spørsmål om hun hadde tatt medisinske prøver de siste 12 måneder svarte hun *"Ja, men ingen ting (navn)"*. På spørsmål om sykemeldinger på mer enn to uker de siste fem årene svarte hun *"Ja: Pga senebetennelse, husker ikke dato eller nærmere detaljer. Husker ikke om det var 2 uker i strekk heller"*. På spørsmål om hun de siste 5 årene hadde hatt vondt/problemer i mer enn to uker med rygg, nakke, skulder, arm, muskler, sener eller ledd svarte hun *"Ja, senebetennelse etter overbelastning, husker ikke dato eller mer detaljer"*. Hun svarte nei på om hun hadde søkt om økonomisk erstatning for arbeidsinntekt fra Nav/forsikringsselskap eller pensjonskasse. På spørsmål om andre opplysninger svarte hun *"ikke det jeg kommer på"*.

På tilleggsspørsmål om senebetennelsen, opplyste forsikrede 23.3.17 at dette var i høyre arm og krampe i fingrene, at hun hadde vært hos lege og hadde vondt i muskulatur, og at hun ikke hadde hatt flere tilfeller av senebetennelse.

Selskapet ba 3.4.17 forsikredes lege om opplysninger. Legen opplyste 3.5.17 at forsikrede hadde vært pasient siden september 2015. På spørsmål om plager/sykdommer siste fem årene svarte han *"Senebetennelser, hormonforstyrrelser"*. Det ble opplyst om bruk, regelmessig eller i

perioder, av "Voltaren, Paracet", og under "Prøvesvar" "Intet spesielt". Fastlegen hadde henvist forsikrede til fysioterapeut og kiropraktor, men hadde ikke fått tilbakemeldinger. På spørsmål om sykmeldinger ut over 14 dager de siste fem årene anga han 18.11.-1.12.15. Han krysset av for senebetennelse i høyre arm, og opplyste "*belastning*" som årsak, og at hun hadde fått behandling av kiropraktor og fysioterapeut.

Forsikrede er registrert med inntekter i Infotrygd Norge fra 2000. Legevakten noterte 17.1.14 at forsikrede var fra Sør-Amerika, men "*snakker godt norsk*".

I perioden 10.3.14 til mai 2014 har fastlegen notert epikondylitt i albuer, særlig høyre arm, og at forsikrede var 100 % sykemeldt fra 10.3.14, redusert til 50 % fra 22.4.14, deretter 30 % fra 12.5.14 til 2.6.14 (72 dager). Hun fikk resept på Voltaren, Cetrizin og Aerius. Nav har registrert utbetaling av 100 % sykepenges 1.4.-20.6.14 (10 uker).

I september/oktober 2014 noterte legen smerter i rygg etter fall i januar 2014, og rekvisisjoner av MR. Det fins notater om dette/ryggsmerter ut i 2015. Radiologiske undersøkelser i september/oktober 2014 av sacrum var uten funn, og MR LS/Columna viste noe artrose i nederste skivenivå.

Det fremgår av HMS-avviksrapport 10.10.14 at forsikrede hadde store plager etter fall hhv. 20.1.14 og 27.1.14, og at smertene var blitt verre i tiden etter fallene.

Hun leverte egenmeldinger for sykefravær på jobb i november og desember 2014, hhv. for 10.11, 24.11, 1.12, 5-6.12, 12.12, 16.12, 19-22.12, 26.12, 29.12.14, og 1.1.15.

Fastlegen notert hhv. 28.1.15 og 6.2.15 fortsatte plager i ryggen etter at hun "angivelig falt to ganger på jobb", og skrev 23.3.15 ut resept på Kanecort, Cetrizin og Aerius.

Fastlegen skrev i erklæring 6.2.15 at forsikrede hadde vært til konsultasjoner og utredninger for plager i korsrygg etter to fall på jobb vinteren 2014, men uten bedring. Videre at hun hadde vært til konsultasjoner for epikondylitt som forsikrede mente startet etter fallene.

I skadeforklaring ved arbeidsulykke til Nav, datert 29.5.15, opplyste forsikrede om to fall på jobb tidlig i 2014, og at:

i tillegg forsetter jeg med verre smerter på ved hale bein. å ofte skifte posisjoner når jeg sitter og sover. Jeg meldte i fra skadene lit seint på grunn av at jeg har blitt verre etter alle fallene på jobb, jeg også fikk mer informasjon ...

Nav har ikke godkjent fallen som yrkesskader, fordi melding til Nav var sendt for sent. I klagen over avslaget, 30.9.15, opplyste forsikrede blant annet at hverdagen på jobb ble endret etter fallene og at hun ble sykmeldt 15.9.14 på grunn av korsryggsmerter som ikke var til å leve med. Videre:

... Jeg hadde alltid optimistisk syn på at smerten lindres med tid da legen min også sa det, men 150914 ble det verre.

15.09.14 måtte jeg sykemeldes pga korsryggsmerter som var ikke til å leve med. Før sykemeldingen og ennå den dagen i dag er et ikke godt å sove lengere, sitter ikke greit på jobb, i bil eller skole. Jeg blir utslitt av å ligge, sitte eller stå i lengre perioder. ...

Forsikrede var avhengig av en spesiell pute for å fungere i hverdagen, for å avlaste mot halebeinet, og måtte sove i en spesiell stilling.

Kiropraktor opplyste 28.9.15 at hun hadde behandlet forsikrede tre ganger i 2014 for smerter i korsrygg/korsbein etter et fall på halebein ett år tidligere.

Nav har opplysninger om 50 % sykepenges 4.1.-7.2.16 (4 uker).

Nav klageinstans opprettholdt 26.2.16 avslaget.

Fastlegen henviste 3.5.16 til revmatolog, med diagnose "Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi:

Pasienten jobber i rusomsorgen som helsefagarbeider. Hun har tidligere vært henvist av kollega på grunn av det spørsmål om entrapmentnevropati hos nevrolog uten at det ble funnet noe nevrologisk sykdom.

Pasienten sover dårlig og sliter med mye muskel og skjelettsmerter spesielt skuldre og hender og hun føler det endrer seg hele tiden også til andre områder. Det er mistanke om en fibromyalgi og dette synes å passe veldig greit med de symptomene hun har.

Det er ønskelig med en vurdering med tanke på dette og det er også viktig med hensyn på den videre jobbsituasjonen hennes.

Har valgt å sette pasienten på Sarotex 25 mg en til to om kvelden for hennes smerter og dårlig søvn. Har ikke fått noe tilbakemelding fra henne på effekten av dette. Jeg har lovet henne å henvise til deg for videre utredning og ev. diagnose.

Navs register oppgir 100 % sykepenger 10.-31.8.16 (tre uker).

Forsikrede var hos revmatolog 28.11.16, som noterte:

Anamnese: Pasienten er henvist for vurdering av langvarige plager med smerter i muskler og ledd. Hun har hatt plager fra 2015. Hun forteller at smertene i muskler og ledd startet etter et par små fall på arbeid. Første gang falt hun på glatta og andre gang falt hun inne når hun holdt på å vaske. Tidligere stort sett frisk bortsett fra mye plager med akne og pollenallergi. Hun har tidligere fått behandling med Roaccutan. Hun har ikke psoriasis. Hun har ikke inflammatorisk tarmsykdom eller cøliaki. Hun har ikke irriterbar tarm. Hun har ikke hyppig vannlating. Hun plages endel av menstruasjonssmerter. Hun har en del hodepine. Dårlig søvnkvalitet. Dette bedret seg etter at hun begynte å bruke Sarotex. Smertene er også blitt mindre. Hun føler seg mye trøtt. Hun har nedsatt konsentrasjonsevne og hukommelse. Det foreligger barometri. Hun plages noe av tørrhet i slimhinner. Hun har ikke Raynauds fenomen. Hun arbeider 100 % - turnus arbeid. Hun er helsefag arbeider innen rusomsorgen. Hun trives svært godt med dette og hun ønsker ikke å være sykemeldt. I tillegg til sitt vanlige arbeide har hun også en del frivillig arbeid, blant annet i menighet. Hun føler at hun har effekt av å være fysisk aktiv. Hun trener. Hun har fått behandling av kiropraktor med god effekt. Plages endel av ryggsmarter.

Funn: Pasienten er en 38 år gammel kvinne i god allmenntilstand. Noe over middels hold. Hun er noe øm til tenderpoints, men ikke uttalt. Ved vanlig klinisk undersøkelse supplert med ultralyd av hender og føtter finner man ikke tegn til artritt. Finner ikke utslett. Hun har ingen generell glandelsvulst. Hun har ikke deklive ødemer.

Fra vurdering og diagnose:

Ved dagens undersøkelse finner man ingen holdepunkter for kronisk inflammatorisk leddsykdom eller bindevevssykdom. Sykehistorie og funn var vel forenlig med fibromyalgi. Hun anbefales å fortsatt være fysisk aktiv og å fortsette med Sarotex vesp. Hoveddiagnose: Fibromyalgi.

Forsikrede mottok 90-100 % sykepenger 17.8.17-3.6.18, og 80 % 1.7.18- 20.7.18.

I legeerklæringer ved arbeidsuførhet til Nav hhv. 31.5.18 og 11.6.18 er hoveddiagnose fibromyalgi og bidiagnose utbrenthet og søvnforstyrrelse. Hun har sammensatte plager og diagnosen fibromyalgi ble satt av revmatolog i 2016.

Nav innvilget 1.8.18 arbeidsavklaringspenger.

Forsikrede fremmet krav 5.8.18. I legeerklæring til selskapet opplyste forsikredes lege, 20.8.18, at hoveddiagnose var fibromyalgi og bidiagnose utbrenthet, og at hun var i kontakt med lege første gang om plagene i 2015, og for fibromyalgi i 2016.

I brev 29.11.18 tok selskapet forbehold for erstatningsansvar. Mottatte opplysninger viste at forsikredes plager kunne ha vært til stede før avtalen ble inngått, eller kort tid etter. Selskapet ba om fullmakt for å innhente ytterligere opplysninger. Forsikrede ga fullmakt 7.12.18. Den 13.12.18 ba selskapet om ytterligere fullmakt for å innhente journal fra revmatolog, og forsikrede ga slik fullmakt 18.12.18. Selskapet ba 21.12.18 om opplysninger fra revmatolog, og purret dette 21.1.19.

Utskriften av revmatologens journal er datert 7.1.19.

Det fremgår av selskapets avslag at utreder hadde samtale med forsikrede 28.2.19, men det er ikke fremlagt utskrift fra samtalen.

Selskapet avslo kravet 21.3.19. Selskapet la til grunn at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige opplysninger ved tegning. Subsidiært ble utvist grov uaktsomhet anført og at selskapet ville kunne avkorte kravet i sin helhet. Atter subsidiært anførte selskapet at forsikrede var mer enn lite å legge til last, og at det kunne avslå kravet. I alle tilfelle sa selskapet opp dekningen.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke ga uriktige opplysninger, og at bevisbyrden for svik eller grov uaktsomhet uansett ikke er oppfylt. Det er et vesentlig moment at forsikrede ikke har norsk som morsmål (spansk), og hadde så store språklige utfordringer at hun trengte tolk for å fylle ut helseskjemaet. Hun hadde heller ikke fått klar beskjed om fastlegens vurderinger eller om at fibromyalgi er en varig lidelse. Hun ga også selskapet fullmakt til å innhente legeopplysninger, og trodde at selskapet innhentet og mottok alle journaler. Selskapets avslag er uansett ikke avgitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13. Fristen startet å løpe da selskapet mottok legeerklæring fra fastlegen 20.8.18, hvor diagnosen fibromyalgi fremgår. Det var ikke strengt nødvendig å innhente ytterligere informasjon. Dersom selskapets brev 29.11.18 skal tillegges vekt som et varsel, ble det her bare varslet avkortning, men ikke oppsigelser av dekning.

Subsidiært anføres som sikker rett at selskapet bare kan avslå kravet dersom det er årsakssammenheng mellom uriktige opplysninger og årsak til senere uførhet.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige opplysninger om helseplager i form av plager i rygg og kroppen generelt, samt fibromyalgi. Subsidiært at dette var grovt uaktsomt, og atter subsidiært at forsikrede er mer enn lite å legge til last. I alle tilfelle kunne selskapet avslå kravet og si opp dekningen. Avslaget og oppsigelsen var innenfor fristen i § 13-13. Hensynet til forsikrede og en riktig og forsvarlig avgjørelse tilsier at selskapet kan gjøre grundige undersøkelser før det tar endelig stilling til saken.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken reiser spørsmål om selskapet kan avslå forsikredes krav fordi det ble gitt uriktige opplysninger ved tegningen av forsikringen, se forsikringsavtaleloven § 13-1a og § 13-2. Dessuten reiser den spørsmål om avslaget ble gitt uten ugrunnet opphold, se forsikringsavtaleloven § 13-13 første ledd annet punktum.

Med hjemmel i fal. § 13-1a kan et selskap ved tegningen av en forsikring be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen. Forsikringssøkeren plikter å gi riktige og fullstendige svar på spørsmålene.

Opplysningsplikten innebærer dels at det skal gis riktige og fullstendige svar på de konkrete spørsmålene selskapet stiller for å vurdere risikoen, og dels at forsikringstakeren/den forsikrede på selskapets oppfordring skal gi opplysninger om særlige forhold som han/hun må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, selv om opplysningene ikke er direkte omfattet av spørsmålene som er stilt i helseerklæringen.

Spørsmålene i helseerklæringen må utformes slik at de fremtvinger de opplysningene som selskapene er avhengig av for sin risikovurdering.

Opplysningene selskapet ber om i helseerklæringen danner 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.

Ved svikaktig forsømmelse av denne opplysningsplikten, er selskapet etter fal. § 13-2 første ledd uten ansvar dersom det har inntruffet et forsikringstilfelle. Etter annet ledd kan selskapets ansvar settes ned eller falle helt bort der hvor forsikringstakeren har forsømt opplysningsplikten, og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last.

Selskapet har bevisbyrden for at opplysningsplikten er svikaktig forsømt. Det må foreligge en klar overvekt for svik, jf. Rt-1989-689. Selskapet må bevise at forsikrede handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s. 88. I dette ligger at selskapet må påvise et økonomisk motiv. I Rt-2000-59 er presisert at både vilkåret om at det er gitt uriktige og ufullstendige opplysninger bevisst og vilkåret om at dette er gjort for å få til en forsikringsavtale eller en bedre avtale må være oppfylt for at det skal kunne legges til grunn at det foreligger svik. Og dessuten at det for begge vilkårene må foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt. I nemndspraksis er lagt til grunn at svik må anses bevist dersom det ikke finnes andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene.

Ved anført grov uaktsomhet er beviskravet tilnærmet likt det som gjelder ved svik. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Forsikrede har anført at det er sikker rett at et selskap bare kan avslå et krav etter forsikringsavtaleloven § 13-2 dersom det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og årsaken til senere uførhet. Nemnda kan ikke se at dette har støtte i ordlyden, forarbeidene, rettspraksis eller nemndas egen praksis.

Forsikrede har videre anført at hennes norskkunnskaper er så svake at hun ikke forsto spørsmålene i helseerklæringen og måtte benytte tolk ved besvarelsen av denne. Opplysningene i Nav-registeret viser at forsikrede har arbeidet i Norge siden 2000. I 2014 ble det på legevakten notert at forsikrede "snakker godt norsk". Slik nemnda ser det, taler disse opplysningene for at forsikrede i mars 2017 må ha skjønt spørsmålene i helseerklæringen.

Legejournalene og opplysninger forsikrede ga til Nav i forbindelse med saken om yrkesskadeerstatning, taler for at hun etter fallene tidlig i 2014 og i alle fall til september 2015 hadde omfattende og langvarige problemer med ryggen. Det var da objektivt sett uriktig å svare nei på spørsmål om problemer med rygg i mer enn to uker de siste fem årene. Fastlegens henvisning 3.5.16 omtaler mye muskelsmerter, som endret seg og som gjaldt ulike kroppsområder. Det fremgår videre at legen mistenkte fibromyalgi. Ved undersøkelsen hos revmatolog ble det konstatert noe ømhet til tenderpoints, og legen mente at funnene fremsto som forenlige med fibromyalgi. Det var da objektivt sett uriktig ikke å opplyse om dette i svaret på spørsmål om plager i mer enn to uker i muskler/ledd/sener. Her nevnte forsikrede bare senebetennelse etter overbelastning i høyre albue. Alternativt burde opplysning om muskelsmerter ha vært tatt inn i svaret på det generelle spørsmålet om sykdom eller funksjonssvikt. Det var objektivt sett heller ikke riktig ikke å opplyse om legebesøk/konsultasjoner/undersøkelser de siste fem årene og om sykemeldinger i 2014-2016.

Nemnda finner det ikke tvilsomt at selskapet har sannsynliggjort med klar overvekt at forsikrede ved sin besvarelse ga et uriktig bilde av sin helse og de plagene hun hadde.

Nemnda bemerker at den erklæring fastlegen sendte selskapet, ikke er i samsvar med det som fremgår av andre tidsnære dokumenter. Saken gjelder imidlertid forsikredes opplysninger ved besvarelsen av en helseerklæring. At fastlegen, etter henvendelse fra selskapet, har gitt et misvisende bilde av forsikredes helse, fritar ikke forsikrede fra plikten til selv å gi korrekte

opplysninger. Dette gjelder også om selskapet, etter fullmakt fra den forsikrede har innhentet helse-opplysninger fra f.eks. fastlegen.

Ved anførsel om svik, slik som selskapet prinsipalt gjør i denne saken, må selskapet også bevise at forsikredes forsømmelse av opplysningsplikten skyldes svik. Beviskravet her er som allerede nevnt sterk eller klar sannsynlighetsovervekt og selskapet har bevisbyrden. I sin praksis har nemnda lagt til grunn at svik må anses bevist dersom det ikke fins andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene.

Slik saken står for nemnda, kan nemnda ikke se at det fins annen fornuftig forklaring på de uriktige/ufullstendige svarene som forsikrede ga, enn at hun ønsket å tegne en forsikring som hun ikke ville ha fått dersom korrekte opplysninger var blitt gitt. Selskapet har derfor, også på dette punkt oppfylt sin bevisføringsplikt.

Forsikrede har imidlertid anført at selskapet er avskåret fra å avslå dekning mv. fordi avslaget ikke ble gitt uten ugrunnet opphold, jf. forsikringsavtaleloven § 13-13. Det følger av paragrafens første ledd annet punktum at selskapet plikter å gi skriftlig beskjed om at det mener seg fri for ansvar og har rett til å si opp forsikringen "uten ugrunnet opphold etter at selskapet ble kjent med det forhold som medfører at reglene kan anføres".

Utgangspunktet for selskapets frist er selskapets kunnskap. I dette ligger et krav om at selskapet må ha positiv kunnskap, se NOU 1983:56 s. 96, jf. Rt-2013-1235 avsnitt 44, hvor det blir gitt uttrykk for at en kvalifisert mistanke kan være nok for at fristen begynner å løpe. Fristens lengde er relativ, og må vurderes konkret i hver enkelt sak. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at selskapet tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet.

Forsikrede fremsatte sitt krav 5.8.18. På bakgrunn av fastlegens erklæring om fibromyalgi, var det behov for selskapet å innhente ytterligere opplysninger før saken ble avgjort. Forsikrede ble informert om den prosessen og om at selskapet vurderte å avslå kravet. Selskapet måtte 21.1.19 purre revmatologen om opplysninger. Avslaget er gitt 21.3.19. Nemnda kan ikke se at selskapet ikke har orientert forsikrede uten ugrunnet opphold. Nemnda er uenig i forsikredes anførsel om at selskapet hadde tilstrekkelig informasjon til å avgjøre saken allerede før det hadde mottatt revmatologens uttalelse.

Selskapet kan avslå dekning og si opp avtalen pga. svik.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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