

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2022-642

13.7.2022

Frende Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredkninger/pensjon

Tegning – uriktige helseopplysninger – grov uaktsomhet – avkortning – fal. §§ 12-1, 13-1a, 13-2, 13-5, 13-13.

Forsikrede tegnet forsikringen "risiko uførerente/pensjon" i selskapet. I helseerklæringen signert 31.12.10 svarte forsikrede bl.a. nei på spørsmål om han hadde avtale om besøk hos lege, på spørsmål om plager knyttet til bl.a. kne, hofte, rygg og på spørsmål om psykiske plager. Selskapet mottok helseerklæringen 22.1.11. Forsikrede var hos legen 3.1.11 hvor det i journalen ble notert at forsikrede hadde problemer med høyre lår, legg og kne, samt hofte og rygg. Den 24.2.11 innvilget selskapet forsikring med premietillegg for forholdet mellom høyde/vekt. I 2008 og 2009 hadde forsikrede fått diagnosen "depresjonsfølelse", og scoret 7 etter å ha fylt ut MADRS skjema. Forsikrede meldte krav første gang muntlig i februar 2020 og selskapet mottok meldeskjema 28.4.20. Selskapet avsto krav 28.10.20. Tvist om forsikrede hadde opptrådt grovt uaktsomt ved tegningen, herunder tvist om avkortningens størrelse. Også spørsmål om avslaget var gitt uten ugrunnet opphold. Subsidiært spørsmål om selskapet kunne avslå kravet hva gjaldt ryggplager under henvisning til symptomklausulen. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at forsikrede grovt uaktsomt hadde gitt uriktige helseopplysninger ved tegningen og at dette tilsa en avkortning på 75 %. Avgjørelsen ble tatt uten ugrunnet opphold. Forsikrede ble gitt delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1990) tegnet forsikringen "RISIKO UFØRERENTE/PENSJON" i selskapet. Han fylte ut helseerklæringsskjema og signerte skjemaet 31.12.10. På skjemaet står en printkode, og selskapet har opplyst at en av nummerrekkenes dato skjemaet ble skrevet ut - 27.12.10. Skjemaet ble først mottatt av selskapet 22.1.11.

Før tegning:

I journal 2.7.08 fremgikk at forsikredes mor opplyste til legen om kosthold og at han "Sitter bare på PC. Vil ikke ut. Sier at han er noe nedfor lei seg. Vil ikke noe. ...".

Forsikrede fylte ut MADRS skjema 3.7.08, og fikk score 7. Diagnose var "P03 Depresjonsfølelse".

Den 16.6.09 står det at forsikrede "sliter med personlige problemer". Han ble sammen med en dame etter forrige konsultasjon, og alt var bra i et halvt år, før det var plutselig stopp. "Ble da nedfor. Var ille en periode og ble så bedre". Han var da lite motivert for skolegang, med mye fravær og dårlige karakterer, og han måtte ta andre året på media og kommunikasjon på nytt. "Var til samtale hos en psykolog på fylkeshuset. Var da søvnproblemer. Psykisk har han kommet seg. Han føler seg nå helt bra". Diagnose var "P03 Depresjonsfølelse".

I journal 8.11.10 fremgår at moren per telefon fortalte legen at forsikrede hadde bodd hjemme siden skjærtorsdag, da han sluttet på folkehøyskole, og at han hadde vært lite ute og bare sittet

med datamaskin. Han hadde datakjæreste i USA. "Ikke fullført noe sier moren. Han er nå kommet inn på vekterkurs. Sliter psykisk. Trenger hjelp. Ber han komme hit".

Helseerklæringsskjemaet

Ifm. helseerklæringen signert 31.12.10 erklærte forsikrede at opplysningene han hadde gitt var så fullstendige og nøyaktige som mulig, og i orienteringen står det at slik informasjon var avgjørende for risikovurderingen. På spørsmål 9: "Har du i løpet av de siste 10 år vært til behandling/kontroll ved sykehus, hos psykolog/psykiater eller på klinikk/kursted?" svarte han "Brudd i lillefinger ca. august 2010". Ellers svarte han nei på spørsmålene. Forsikrede svarte bl.a. nei på følgende spørsmål:

7. Er du 100% arbeidsdyktig? (Dvs. at du ikke er under egenmelding, arbeidsavklaringspenger, rehabilitering eller er helt/delvis ufør)

11. Har du avtale om besøk hos lege, innleggelse på sykehus eller annen institusjon?

18. Har du nå eller i løpet av de siste 10 år hatt andre sykdommer, skader eller plager ut over det som er spurt om eller oppgitt tidligere? (Det er ikke nødvendig å opplyse om forkjølelse, influensa, lette halsplager eller lignende)

19. Har du opplysninger om andre særlige forhold som du må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen ved å forsikre ditt liv eller helse?

21. Har eller har du i løpet av de siste 5 år hatt noen av følgende plager i mer enn 2 uker?

Hvis ja, hvilke?

- Ryggplager
- Nakkeplager
- Skulderplager
- Arm-/håndplager
- Bekkenplager
- Hofteplager
- Kneplager
- Fot-/ankelplager
- Andre plager i forbindelse med muskler, sener eller ledd (angi):
- Diffuse smertetilstander eller utmattelse

Etter utfylling av helseerklæringen

I journalnotat 3.1.11 fremgikk: "Kommer fordi at hans høyre lår og legg er "stiv". Ved fleksjon og ekstensjon i kneet føler det er noe trengt. Siste 2 uker blitt værre og nå merket også i hofte og føler seg også stiv i ryggen". Videre at han gikk på vekterkurs og skulle begynne i (sikkerhetsfirma), at han drev med kampsport og fotball, men ikke siste to uker.

I journal 11.1.11 fremgikk:

Han må vanlig sykemelding.

Han ringte hit i midten av desember 2010. Fikk time 3.1.11 da det var fult før jul. Han var hjemme fra kurs siden 29.11.10 Vi fikk ikke registrert henvisendelsen her før jul og derfor ikke noe notat.

Legen tilbakedaterte 100 % sykemelding fra 29.11.10 til 16.1.11 for "Isjialgi L86, Leddsmerter kne L15.

Selskapet mottok helseerklæringen 22.1.11.

Forsikrede fikk videre sykemelding etter konsultasjon 27.1.11:

Smerter i høyre hofte og føler smerter inne i låret. I høyre kne, føler det brenner rundt hele kneet. Øvre del leggen bedre, så værre ved h. ankel rundt hele ankelen, smerter framside fotsmerter. Ikke smerter til tærne. - Får sove dårlig om nettene pga smertene. Tatt Voltaren og Paracet og da fått sovet noe. Nå er hjelper det ikke så mye ...

Blitt mye verre i smertene siden jeg us. han den 3.1.11. ...

MR 2.2.11 viste "R: Bredbaset skiveprolaps L4/L5 som gir trange forhold for høyre LS-rot; må sammenholdes med klinikk".

Videre plager og sykemelding (frem til 20.3.11) for Isjias og leddsmerte Kne er nevnt i journal 21.2.11.

Da forsikrede ikke hadde fylt ut spørsmål om vekt, høyde, og medlemskap av folketrygden, kontaktet selskapet forsikrede per telefon 24.2.11, jf. telefonnotat av samme dato.

Selskapet innvilget forsikringen Risiko uførerente/-pensjon med et premietillegg for forholdet mellom høyde/vekt, jf. brev 24.2.11.

I epikrise 14.3.11 er det beskrevet markant bedring, og også at han avsluttet vekterkurset grunnet ischiasplagene, som manuellterapeuten antok skyldes prolaps i L4/L5. I notatet fremgikk også at han var "Tidligere ryggfrisk pas. som tidligere ikke har hatt noen andre sykdommer eller muskel skjelett plager ...".

Den 5.5.11 sto det at moren fortalte at han bare går hjemme, og at han ikke turte å gjøre jobben uten å ha hatt vekterkurset. Han fikk videre sykemelding for Isjias og Leddsmerter kne (fra 21.3.11 til 31.5.11). I journal 10.5.11 sto det bl.a. at han er i bedring og kan delta i kurs/aktiviteter via Nav.

I epikrise fra nevrologisk avdeling 6.7.11 sto det at han "Angir plager siden november -10, konstante smerter i høyre bein ... Stivner. 95 % beinsmerter og kun ryggsmarter når han står" oppreist fremoverlent. Under Vurdering fremgikk det at man finner avvikende gangmønster og korte muskler. "Vi konkluderer således med at hans ryggplager og smerter i høyre bein hovedsakelig er muskulært betinget".

Forsikrede hadde flere legebesøk i perioden 30.8.11 til 28.8.19. I journalnotatene fremgikk bl.a. følgende om forsikredes fysiske helse; ubehag i bekken, stivhet i venstre ben (knehase og hofte), smerter i høyre hofte, ryggsmarter, herunder prolaps, kroniske korsryggplager og akutt lumbago.

Hva gjaldt forsikredes psykiske helse fremgikk at forsikrede hadde ulike psykiske plager og han hadde bl.a. fylt ut MADRS skjema og bl.a. fått score 15 og 3. Han fikk diagnosene depresjon Atypisk, og bidiagnose Sosial isolasjon INA, tilbakevendende depressiv lidelse. Det fremgikk også at forsikrede hadde problemer med skolegang og jobb.

Etter at DPS hadde avslått henvisning, jf. journal 2.6.14, fremgikk ny henvisning 18.2.15. Der fremgikk at situasjonen var blitt forverret, han var i ungdomsteamet i Nav-systemet til september 2014, begynte da på skole for å gjøre ferdig vgs, mistet Nav-støtte og måtte ta opp lån og stipend. "Det har ikke gått, har evner men finner det meste uinteressert." Det står også at "Hele oppveksten var ulykkelig", foreldrene kranglet, han ble mobbet, "En lærer sendte han til barnepsykolog i 3-4 klasse. Hvorfor vet han ikke", så ble han mye mer mobbet, ble sinna og tok igjen fysisk, mv. "Ser ingen motivasjon for å leve videre ...".

Nav innvilget arbeidsavklaringspenger fra 17.12.15, jf. vedtak 1.2.16. Ytelsen ble senere forlenget, jf. vedtak 18.11.16, 17.11.17, 20.11.18 og 29.8.19. I Navs vedtak om endring av AAP 1.2.16 fremgår at forsikrede hadde inntekt på kr 65 192 i 2012, kr 102 453 i 2013 og kr 0 i 2014.

Under Resultater i spesialisterklæring skrevet av spes. i psykiatri 14.6.19 fremgikk at forsikrede "har en alvorlig og kronisk psykisk lidelse pga traumatiske opplevelser i sin oppvekst." Kontinuerlig behandling i over 1,5 år har ikke ført fram til noen bedring av arbeidsevnen, og spesialisten vurderte at han ikke kunne komme til lønnet arbeid/begynne å studere i overskuelig framtid. "Pas.s sykdom har vært tilstede og utviklet seg over mange år fra 12-13 års alder og har påvirket

hans evne til å ta utdanning samt ta arbeid. Siden pas uten tvil har hatt denne sykdommen før han fylte 25 år bør ung ufør vurderes".

I legeerklæring ved arbeidsuførhet 28.8.19 er hoveddiagnosen Dissosiativ lidelse INA og bidiagnosen Isjias.

Nav innvilget søknad om 100 % uføretrygd 21.2.20. Uføretidspunkt var satt til søknadstidspunkt for AAP desember 2015.

Selskapet mottok melding om et mulig forsikringstilfelle i februar 2020, men meldeskjema ble først mottatt 28.4.20. I mellomtiden hadde selskapet sendt puring og henlagt saken. I meldeskjemaet signert 23.4.20 meldte forsikrede om Kompleks PTSD og dissosiativ lidelse som årsak til 100 % uførhet. Han skrev også "Etter flere år fra barndommen og oppover med forskj. traume er det i dag veldig vanskelig å jobbe". Det var uvisst når sykdommen/skaden/symptomene oppstod og han hadde hatt plagene "Igjenom hele livet".

Selskapet innhentet Nav-dokumentasjon, og så redigert journal fra fastlegen. I Navs innsynsrapport framkjørt 13.5.20 fremgår at han mellom 2015 og 2019 kun hadde kr 157 600 i pensjonsgivende inntekt, og det var i 2018.

Grunnet opplysninger om muskel- og skjelettplager fra 2010, ba selskapet om utvidet fullmakt 2.7.20, jf. også påminnelse 30.7.20. Selskapet mottok ny journalutskrift fra fastlegen 30.9.20.

Selskapet avsto kravet (100 % avkortning) 28.10.20, under henvising til grovt uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten ved tegning, jf. fal. § 13-1 a og § 13-2.

I uttalelse skrevet av tidligere fastlege 27.4.21 fremgår at forsikrede ikke hadde fått noen psykiatrisk diagnose av han i 2010. De hadde en samtale og vurdering etter henvendelse fra mor 3.7.08 for å avklare om han hadde en depresjon. MADRS viste bare 7 poeng, mens grensen for lett depresjon er 20. Legen vurderte at han ikke var deprimert. Ved samtale 16.6.08 oppfattet legen han slet med "ups and down" ungdommer kan ha, uten å ha spesiell psykiatrisk sykdom (depresjonsfølelse), og det ble ikke avtalt oppfølgingstime. Moren følte han slet og henvendte seg til legen året etter, men fortsatt ble det ikke gitt noen psykiatrisk diagnose. "Diagnosene psykisk ubalanse og sosial isolasjon var først i 2013. Jeg har derfor ikke sagt og gitt han noen psykiatrisk diagnose i 2010. Kun utredet mhp depresjon som ble avkreftet". Da det gjaldt muskel-/skjelettplager husket ikke legen og hadde ikke noe i journalen før smerter og prolaps ble påvist på MR 2011. Det var nærmest ikke bruk av smertestillende (paralgin forte og voltaren) fra 2011 til 2018, som tydet på at ryggen ikke plaget han noe særlig. Legen mente ryggen/isjias, som ble oppført som bidiagnose i legeerklæringen, ikke ville gitt noe uføre alene. "Hadde isjiasen vært hovedproblemet, hadde (Nav) gitt avklaringspenger ...".

I uttalelse fra spes. i psykiatri 24.4.21 gjennomgikk spesialisten utredningshistorikken, hvor det fremgår forskjellige diagnoser og hypoteser siden første kontakt med fastlegen for psykiske plager i 2013.

... Jeg vurderer at (forsikrede) ikke kunne hatt kunnskap om sine psykiske problemer da han signerte forsikringsavtalen i 2010 når tom fagfolk flere år senere heller ikke klarte å diagnostisere ham. U.T. har hatt tett kontakt med pas. i ca 2 år med både teoretisk kunnskap og praktisk kompetanse for å kunne diagnostisere denne lidelsen før jeg kom til min endelige konklusjon.

...

Jeg vurderer og har vurdert siden 2019 at pas.s psykiske vansker innfrir kriterier til ...

Videre fremgår at "den stilte psykiske diagnosen (dissosiativ lidelse) er i seg selv nok for varig uførhet".

Forsikrede klaget på vurderingen 3.5.21. I klagen fremgår blant annet at det var tale om videreføring av en forsikringsdekning han allerede var sikret med i flere år, og at svarene "nei" på spørsmål 11 og 21 på signeringstidspunktet objektivt sett ikke var korrekte:

Svarene skyldtes at egenerklæringen ble fylt ut i november 2010, men ble liggende i flere uker grunnet hans passivitet jf ovenfor, og først datert og signert den 31.12.10 etter press fra moren, som han fortsatt bodde hos. Han leste da ikke igjennom innholdet, og var ikke oppmerksom på behovet for endring av disse to svar i skjemaet, i mellomtiden fra utfyllingen til signeringen.

Selskapet opprettholdt avslaget 15.7.21, og skrev da bl.a. at det ikke er "riktig at (forsikrede) tidligere har vært forsikret under en Barne- og ungdomsforsikring i (selskapet)". Da det gjaldt utfyllingstidspunkt og informasjonen i spørsmål 11 og 21, skrev selskapet:

Til dette vil vi gjøre dere oppmerksom på at egenerklæringen inneholder en dato for når den er skrevet ut fra bankrådgiver (selger) sitt system. Dokumentet har en utskriftsdato nederst på alle egenerklæringens sider. Den synes å være skrevet ut av banken den 27.12.2010. Det kan derfor ikke medføre riktighet at forsikrede har fylt den ut i november og har latt den ligge til 31.12.2010.

Forsikrede klaget saken inn til Finansklagenemnda 2.8.21.

I klagesvaret fremgår at det var hans mor som kontaktet banken for å få tegne forsikringen. I brev 10.12.21 redegjorde selskapet for tidsbruken i saken, iht. fal. § 13-13:

28.04.2020	Meldeskjema mottatt
06.05.2020	Tilskriver NAV
18.05.2020	Inngående fra NAV
19.05.2020	Tilskriver B. Legesenter
19.06.2020	Inngående fra B. Legesenter
02.07.2020	Kundebrev ber om fullmakt II
30.07.2020	Purring fullmakt 2
12.08.2020	Fullmakt II mottatt
19.08.2020	Tilskriver B. Legesenter
16.09.2020	Purrer B. Legesenter og kunde
16.09.2020	Informasjon til kunde om purring
30.09.2020	Inngående fra B. Legesenter
Oktober	Intern saksbehandling
30.10.2020	Avslagsbrev

Selskapet har gitt ytterligere gjennomgang og begrunnelse av tidsbruken i brev 14.12.21.

Etter brev fra sekretariatet 7.3.22, har selskapet bemerket at det forbeholder seg retten til å opprettholde den subsidiære anførselen om symptomklausul for ryggplagene, jf. brev 17.3.22.

Selskapet kopierte også inn en vurdering fra selskapets rådgivende lege:

Det fremgår av journalnotat 11.01.11 at han kontaktet legekantoret for time allerede medio desember 2010, men fikk ikke time før 03.01.11 fordi det var fullt før jul. Han opplyste å ha vært borte fra kurs siden 29.11.10, presumptivt grunnet hemmende helseplager. I konsultasjon 03.01.11 rapporterte han "stivhet" i høyre lår og legg som var blitt verre siste 2 uker og etter hvert affiserte også hofter og rygg. Klinisk undersøkelse var normal bortsett fra at isjiastest på venstre side utløste smerter i høyre kne fra 30. Ved ny konsultasjon 27.01.11 anga han betydelig forverring siden 03.01.11, og fastlege rekvirerte MR-undersøkelse som 02.02.11 viste et bredbasert skiveprolaps mellom 4. og 5. lenderyggvirvel med trange forhold for høyre korresponderende nerverot (L5). Den 21.02.11 ble han henvist til vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Vurdering:

Helseplagene før tegning oppfattes som så omfattende og utbredte, med bl.a. symptomer fra legg, lår og etter hvert hofter og rygg, at det var opplysningsplikt om disse plagene/forholdene. Dette underbygges ved at han måtte avslutte pågående kursvirksomhet 29.11.10 og forsøkte å bestille legetime allerede medio desember. Dersom dette likevel skulle være tvilsomt, må det i alle fall kunne hevdes at symptomene oppsto senest i karenperioden, og følgelig vil det være hensiktsmessig å subsidiært påberope symptomklausulen for ryggplagene.

Symptomklausulen fremgikk i forsikringsbeviset 25.2.11.

Forsikrede har i det vesentlige anført at vilkårene for avkortning ikke er oppfylt, og uansett ikke for full avkortning. Forsikrede er lite å bebreide for de objektivt uriktige opplysningene. Han viser bl.a. til at han opplevde seg presset av sin egen mor til å signere skjemaet. Når det gjelder spørsmål 7 om 100 % arbeidsdyktighet, var det korrekt å svare nei. Han hadde da ikke egenmelding, sykemelding, AAP, el. Det var først i januar 2011 han fikk tilbakevirkende sykemelding, og da for en da konstatert prolaps. Svarene "nei" på spm. 11 og 21 var på signeringstidspunktet objektivt sett ikke korrekte. Han hadde medio. des. 2010 bestilt en legetime i jan. 2011. Svarene skyldtes at egenerklæringen ble fylt ut i november 2010, men ble liggende i flere uker grunnet hans passivitet, og ikke sjekket/endret ved signering og sending. Det er imidlertid ikke korrekt at han da hadde "utbredte muskel- og skjelettplager", da det kun gjaldt isjias/rygg. Han var tidligere ryggfrisk og hadde heller ikke andre muskelskjelettplager, jf. epikrise 14.3.11. Da det gjaldt spørsmålene 18 og 19 var det korrekt å svare nei per 31.12.10, jf. også kommentarene til spørsmål 11 og 21 hva gjelder ryggplagene. Når det gjelder psykisk sykdom, hadde han per des. 2010 ikke kunnskap om slik sykdom, og det hadde heller ikke fastlegen eller andre behandlere. Før tegning ble nedstemthet tatt opp med/av fastlegen én gang, i 2008. Depresjon ble tilbakevist og ikke fulgt opp videre, jf. fastlegens uttalelse 27.4.21. Psykiske plager ble først diagnostisert i ca. 2017, og først da forstod han han hadde en psykisk lidelse, og ikke bare personlige, sosiale og familiære problemer. Det foreligger altså ingen opplysningssvikt vedrørende psykisk sykdom per 31.12.10, som reelt sett er eneste årsak eller selvstendig hovedårsak til uførheten. Når det gjelder telefonhenvendelsen fra selskapet 24.2.11, kunne han i teorien opplyst om sykemelding pga. isjias. Han fikk imidlertid ikke spørsmål i samtalen om helsetilstanden, og at han tenkte heller ikke selv dette var relevant å opplyse om på eget initiativ, da han anså isjias som forbigående, noe som også var tilfellet. I ettertid fikk han ny isjias i 2014 og 2019 grunnet passivitet og feil løftestilling. Dersom han mot formodning burde ha opplyst om ryggplagene i telefonsamtalen, så hadde plagene uansett ingen eller liten betydning for uførheten i 2020, jf. uttalelse 24.4.21 fra spes. i psykiatri, og det er uansett lite å laste ham for at dette ikke skjedde, grunnet kort samtale, alder, erfaring, mv. han holdt ikke tilbake opplysninger for å oppnå en bedre forsikringsavtale. Forsikrede har vist til at han anså problemene knyttet til isjiasen som forbigående, og at uaktsomheten ikke kan anses som grov, jf. Rt-2000-59. Forholdet er ikke grovt uaktsomt, og det kan derfor ikke foretas avkortning.

Subsidiært anføres det at avkortning ikke kan skje fullt ut, og det må vektlegges at ryggplagene ikke har hatt betydning for uførheten, det har gått ca. ti år mellom opplysningssvikten og forsikringstilfelle, og det må ellers legges vekt på hans økonomiske stilling. Han er ung ufør med lav pensjon, og ingen formue eller bi-inntekter. Endelig anføres det at en enkeltstående isjas/prolaps pr 31.12.10, ikke ville hatt betydning for selskapets vurdering av risiko, som tidligere ryggfrisk person, jf. fal. § 13-2 tredje ledd.

Selskapet har uansett oversett fristen i fal. § 13-13. Det hadde medio juni 2020 mottatt omfattende dokumentasjon, både meldeskjema fra sikrede (28.4.20), dokumentasjon fra Nav (18.5.20) og dokumentasjon fra fastlegen (19.6.20). Det anføres at selskapet da hadde tilstrekkelige opplysninger for de forhold som er påberopt. Avslaget er gitt ca. 4 ½ mnd etterpå, som må anses som et ubegrunnet opphold.

Selskapet har i det vesentlige anført at det foreligger grovt uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten ved tegning, og at vilkårene for full avkortning er oppfylt. Det var sterkt klanderverdig ikke å opplyse om plagene han hadde på tidspunkt for utfylling av helseerklæring, når plagene var av en slik karakter at han før utfylling kontaktet lege for å be om en legekonsultasjon. Plagene medførte tilbakedatering av sykemeldingen til 29.11.10. I notatet 3.1.11

fremgår at han over tid hadde vært plaget med stivhet i høyre legg og lår. Videre at han de siste to ukene hadde blitt verre og at han nå også kjente det i hoften og at han hadde blitt stiv i ryggen. Det og sykemeldingen (som ble forlenget helt til 31.5.11) innebærer at han var betydelig plaget da han signerte helseerklæringen 31.12.10, uten at han opplyste om dette. Erklæringen ble printet ut i banken 27.12.10, og han kan da ikke høres med at han skal ha fylt ut erklæringen på et langt tidligere tidspunkt. Videre kan man spørre seg om ikke han fortsatt var i besittelse av helseerklæringen når han hadde konsultasjonen 3.1.11, ettersom erklæringen ikke ble mottatt av selskapet før 28.1.11. Uansett hadde han plikt til å reparere et klart uriktig innhold i helseerklæringen, da han ble kontaktet av selskapet 24.2.11. Det foreligger opplysningsplikt minst frem til det er avgitt en fullstendig søknad om forsikring, jf. fal. § 12-1, og i særlige tilfeller også lenger, jf. bl.a. i Rt-1960-458. Se også FinKN-2013-75 hvor nemnda kom til at fullstendig søknad foreligger når det ikke var mer forsikrede kunne foreta seg. Rettspraksis har også slått fast at forsikringssøker plikter å reparere feilaktige inntrykk som er gitt i helseerklæringen, jf. bl.a. LB-1997-88) og kommentarutgaven (tredje utgave) s. 447.

Legejournalen viser at hans psykiske helse var av en slik karakter at han ikke hadde fullført videregående skole, og at han mer eller mindre hadde isolert seg inne siden han avbrøt sitt opphold på folkehøyskole i påsken 2010. Det fremstår også som klart at han var kjent med mors bekymring for hans psykiske helse, jf. journalene og at han bodde hjemme på dette tidspunktet. Forsikrede måtte forstå at dette var av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, jf. spørsmål 13, evt. 19. Det er ikke avgjørende for opplysningsplikten at det var gitt en diagnose. Tidsnær dokumentasjon synes å vise at utførerisikoen var tydelig for helsepersonell da han søkte om forsikring, se journalnotat 11.8.11 om reell utførerisiko, og at han selv i skademeldingen meldte om utføreårsak var noe han mener å ha kjent på gjennom hele livet. Det fremstår som noe påfallende at en person som ikke har fullført skole, og ikke var i jobb og som hadde avbrutt utdanningen sin, umiddelbart deretter velger å søke om en utføreforsikring.

Opplysningssvikten tenderer til svik, som ifølge nemndspraksis gir grunnlag for full avkortning, jf. 2019-089, 2022-368, 2021-560, 2021-429, 2020-106 og 2020-50. Hadde selskapet fått tilstrekkelige opplysninger, hadde selskapet forventet at han kom i arbeid i mer enn tolv måneder før han kunne søkt igjen. Historikken viser at han aldri har oppfylt dette, og at han da ikke ville fått tegnet forsikringen. Det er også årsakssammenheng mellom tilbakeholdte opplysninger og uførheten, selv om dette ikke er et krav for avkortning, jf. LG-2003-4604.

Avslaget er gitt innenfor fristene i fal. § 13-13, jf. retningslinjene i Rt-2013-1235 og 2021-638. Opplysningene mottatt fra fastlege i redigert journal gav ikke et fullgodt bilde av helsesituasjonen på søketidspunktet. Det kan ikke være tvilsomt at innhenting av fullstendig journal, sett i lys av potensiell avkortning på nær 2 millioner kroner, fremstod som en nødvendig aktivitet for selskapet. Det ba derfor om en utvidet fullmakt. Periodene uten saksbehandling skyldes at selskapet ventet på fullmakt fra forsikrede og dokumentasjon fra fastlege.

Selskapet forbeholder seg retten til å opprettholde en subsidær anførsel om at symptomklausulen kommer til anvendelse for ryggplagene. Anførselen er utslag av rettspraksis, bl.a. i Rt-2015-695. Her fremgår det at forholdet mellom opplysningsplikten og bruk av symptomklausul må sees i sammenheng med om "symptomer før forsikringstegningen ... med rimelighet kunne ha vært fanget opp ved spørsmål fra selskapet". Selskapet påpeker at det i legeerklæring 28.8.19 ved søknad om arbeidsuførhet oppgis isjias som bidiagnose.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken reiser spørsmål om forsikrede grovt uaktsomt har forsømt sin opplysningsplikt slik at selskapet kunne avkorte sitt ansvar med 100 %, jf. fal. § 13-2, og om selskapet har tapt sin rett til å gjøre dette gjeldende fordi det ikke ga beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Nemnda ser først på spørsmålet om selskapets avkortningsavgjørelse er gitt uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Dersom selskapet gjør gjeldende at det er helt eller delvis fri fra ansvar eller har rett til å si opp forsikringen etter noen av reglene i kapittel 13, må det etter fal. § 13-13 gi beskjed om sitt standpunkt "uten ugrunnet opphold" etter at det "ble kjent med det forhold som medfører at regelen kan anvendes". Forsømmer selskapet å gi slik beskjed, mister det retten til å påberope seg forholdet. Fristen begynner først å løpe når selskapet 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.

Forsikrede har vist til at selskapet hadde mottatt omfattende dokumentasjon i juni 2020, herunder meldeskjema (28.4.20), dokumentasjon fra Nav (18.5.20) og dokumentasjon fra fastlegen (19.6.20). Det er anført at selskapet hadde tilstrekkelige opplysninger om de forhold som er påberopt i juni 2020, og at avslaget 28.10.20 (etter ca. 4,5 måneder) ikke er gitt uten ugrunnet opphold.

Selskapet har redegjort for tidsbruken i saken i brev 10.12.21 og 14.12.21. Redegjørelsen viser at tiden etter juni 2020, i hovedsak er brukt til å innhente fullmakt, og komplett og utvidet journal fra fastlegen. En anførsel om grovt uaktsomt brudd på opplysningsplikten innebærer en alvorlig beskyldning mot forsikrede, som i aktuelle sak kunne gi selskapet rett til avkortning på nær 2 millioner kroner. Selskapet må etter nemndas syn få tilstrekkelig tid til å innhente et forsvarlig beslutningsgrunnlag, sml. Rt-2013-1235 avsnitt 54 og 2021-638. I aktuelle sak fremstår det klart at innhenting av fullstendig journal var nødvendig, og periodene uten aktiv saksbehandling skyldes at selskapet har ventet på hhv. fullmakt fra forsikrede og komplett/utvidet journal fra fastlegen. Etter mottak har selskapet brukt en måned på saksbehandling før avslaget ble gitt. Dette må etter nemndas syn anses å være innenfor lovens frist om "ugrunnet opphold". Etter dette kan ikke nemnda se at selskapet er avskåret fra å avslå kravet etter fal. § 13-2.

Spørsmålet er videre om forsikrede grovt uaktsomt har forsømt opplysningsplikten ved tegning, jf. fal. § 13-1 a og § 13-2.

Det følger av fal. § 13-1 a at selskapet ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen. Forsikrede plikter å gi riktige og fullstendige svar på spørsmål selskapet stiller. Videre skal forsikrede på selskapets oppfordring gi opplysninger om særlige forhold som han eller hun må forstå at er av vesentlig betydning for selskapets risikovurdering, selv om dette ikke direkte omfattes av de spørsmål som er stilt i helseerklæringen. Opplysningene som etterspørres skal danne grunnlaget for selskapets vurdering av risikoen. Dette formålet står derfor sentralt ved tolkingen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld, jf. blant annet 2021-600.

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.

Der selskapet anfører at forsømmelsen er grovt uaktsom er beviskravet tilnærmet likt det som gjelder ved svik, som er klar sannsynlighetsovervekt. Dette forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte, jf. blant annet 2017-018 og 2017-231. Selskapet har bevisbyrden.

Ved bevisvurderingen tillegger nemnda tidsnære bevis større vekt enn bevis som har tilkommet senere. Opplysninger fra parter eller vitner som har tilkommet etter at det er oppstått uenighet med selskapet, og som står i motstrid med tidsnære bevis, tillegges normalt liten vekt. Dette er i tråd med prinsipper om bevisvurdering lagt til grunn av Høyesterett, jf. blant annet Rt-1998-1565, og er dessuten et utslag av nemndas rent skriftlige saksbehandling.

Når det gjelder hvilke helseopplysninger man kan legge vekt på, bemerkes det at forsikrede etter nemndas syn ikke har dokumentert at han fylte ut spørsmålene i november 2010 og ikke sjekket/endret svarene ved signering og sending. Dette har uansett ikke betydning, fordi forsikrede uansett pliktet å endre svarene, dersom disse ikke stemte da han signerte og sendte inn erklæringen.

Selskapet har stilt spørsmål ved om forsikrede fortsatt var i besittelse av helseerklæringen da han hadde konsultasjonen 3.1.11, ettersom erklæringen ikke ble mottatt av selskapet før 28.1.11. Det har formodningen mot seg at postgangen innenlands tar mer enn 25 dager. Etter en konkret vurdering er nemnda av den oppfatning at forsikrede hadde kunnskap om utfallet av konsultasjonen 3.1.11 da han sendte inn helseerklæringsskjemaet til selskapet. Forsikrede er slik nemnda ser det forpliktet til å korrigere opplysninger skjemaet helt frem til dette er sendt inn til selskapet. Konsekvensen er at opplysningene fra konsultasjonen 3.1.11 kan tas med i vurderingen av om forsikrede har forsømt sin opplysningsplikt.

Selskapet har anført at forsikrede uansett hadde en korrigeringsplikt da han ble kontaktet av selskapet per telefonen 24.2.11. Til dette bemerkes at fal. § 13-1 a ikke pålegger forsikringstakeren en aktiv opplysningsplikt. Søkeren plikter derfor kun å svare riktig og fullstendig på spørsmål selskapet stiller, evt. opplyse om særlige forhold når selskapet oppfordrer til dette, jf. også Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s. 120. Det er påpekt i kommentarene til fal. § 13-1a på Norsk lovkommentar (Note 318) at bestemmelsen innebærer at "forsikringstageren/forsikrede ikke har noen selvstendig korrigeringsplikt i forhold til opplysninger som de har avgitt i god tro, men som de senere innser eller burde ha innsett ikke er riktige." Dette gjelder både før og etter selskapet har påtatt seg å overta forsikringen gjennom et bindende tilbud. Ifølge telefonnotatet fra samtalen 24.2.11 fikk forsikrede kun spørsmål om vekt/høyde og om han er medlem av folketrygden. Det er ikke sannsynliggjort at forsikrede svarte feil på noen spørsmål fra selskapet i samtalen.

Når det gjelder spørsmålene i helseerklæringsskjemaet har selskapet anført at forsikrede svarte feil, da han svarte "nei" på spørsmål 7 om han er 100 % arbeidsdyktig, 11 om avtale om besøk hos lege, mv., spørsmål 21 om han i løpet av de siste fem årene hadde hatt noen av de nevnte plagene, evt. spørsmål 18 eller 19 om andre plager/sykdommer/skader eller andre særlige forhold. Det er vist til at forsikrede på tegningstidspunktet hadde utbredte muskel- og skjelettplager og opplysninger om at han fra juli 2008 hadde flere perioder med nedforhet og at han sliter psykisk, mv.

Når det gjelder spørsmål 7, legger nemnda til grunn at forsikrede ikke var "under egenmelding, arbeidsavklaringspenger, rehabilitering eller er helt/delvis ufør" på tegningstidspunktet, men at han 11.1.11 fikk tilbakedatert en sykemelding fra 29.11.10 til 16.1.11. Begrepet uførhet kan forstås på flere måter, f.eks. at man har fått innvilget uføreytelser fra Nav. Etter nemndas syn kan ikke en enkeltstående og på det tidspunktet kortvarig sykemelding, innebære at forsikrede har svart feil på spørsmålet.

Partene er enige om at forsikrede objektivt sett svarte uriktig på spørsmål 11, da han hadde avtale om konsultasjon hos fastlegen 3.1.11.

Journal 3.1.11 viser at forsikrede på tegningstidspunktet hadde problemer med høyre lår, legg og kne, dette var blitt verre de siste to ukene og at han nå også hadde plager i hofte og stivhet i ryggen. Det fremgår av journalnotat 11.1.11 at legen ikke hadde registrert en hendelse før jul. Forsikrede hadde som følge av plagene vært hjemme fra kurs siden 29.11.10 og han fikk tilbakedatert sykemelding 100 % sykemelding fra dette tidspunktet for "Isjialgi L86, Leddsmerte kne L15". De nevnte plagene og behovet for sykemelding må anses kjent for forsikrede på tidspunktet han sendte inn helseerklæringen. Dette innebærer etter nemndas syn at han svarte feil på spørsmål 18 og 21 hva gjelder høyre lår, legg og kne. Det synes også som forsikrede svarte feil på spørsmål 18 hva gjelder rygg og hofte. Når det gjelder psykiske plager, er det lite dokumentasjon på dette før tegning. Slik saken er fremstilt for nemnda, er det vanskelig å se at selskapet har sannsynliggjort at forsikrede på tegningstidspunktet hadde slike problemer i en slik utstrekning at dette innebar at han svarte feil på de nevnte spørsmålene.

Når det gjelder skyldkravet, er nemnda av den oppfatningen at forsikrede måtte forstå at han gjennom svarene ga et misvisende og langt bedre bilde av sin helse da han holdt tilbake opplysninger om avtalt legekonsultasjon for plager i høyre lår, legg og kne, samt nylige plager i hofte og stivhet i ryggen. Plagene hadde ført til at han hadde vært hjemme fra kurs siden 29.11.10. Journalnotatene viser som nevnt at plagene på tegningstidspunktet var betydelige. Det må legges til grunn at forsikrede var kjent med de helsemessige plagene da han fylte ut helseskjemaet, og den strenge bevisbyrden knyttet til grov uaktsomhet er da oppfylt. På bakgrunn av formålet med opplysningsplikten etter fal. § 13-1 a, finner nemnda at det var grovt uaktsomt ikke å gi disse opplysningene. Videre bemerkes at forsikrede og moren, som ifølge journalen fremstod som bekymret for sønnen, oppsøkte selskapet for tegning av uføredekning. Å oppsøke et selskap for tegning av uføreforsikring uten å opplyse om betydelige plager i ulike deler av kroppen fremstår klart grovt uaktsomt.

Det bemerkes at det er uten betydning for rubriseringen av forsikringstakers forhold at de objektivt sett uriktige svarene gjelder andre medisinske forhold enn det som er grunnlaget for det fremsatte erstatningskravet. Det kreves heller ikke at det foreligger en diagnose, eller at det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og den senere uførheten, jf. blant annet sak 2020-339.

Selskapet har opplyst at forsikrede ikke ville ha fått tegnet forsikringen dersom han hadde oppgitt korrekte svar. Dersom forsikrede hadde gitt selskapet korrekte opplysninger, har selskapet anført at de ville avventet at han kom i arbeid i mer enn tolv måneder før han kunne søkt igjen. Nemnda betviler ikke selskapets praksis, men bemerker at det hadde vært en fordel om deres vurdering av forsikrede var dokumentert.

Spørsmålet er så hvilken avkortningsgrad som skal legges til grunn som følge av den forsømte opplysningsplikten. Ved avgjørelsen skal det iht. fal. § 13-2 tredje ledd "tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers."

I aktuelle sak fremstår skyldgraden som høy, og det legges til grunn at feilen har hatt betydning for selskapets vurdering av risikoen. På den annen side var forsikrede bare 20 år da han fylte ut helseerklæringen, og hoveddiagnosen bak hans uførhet er av fastlegen og spes. i psykiatri satt til hans psykiske plager, og ikke de fysiske plagene som omfattes av forsikredes forsømmede opplysningsplikt. Etter en konkret vurdering finner nemnda at en avkortning på 75 % er rimelig.

Etter dette er det ikke nødvendig for nemnda å ta stilling til selskapets subsidiære anførsel om at symptomklausulen kommer til anvendelse for ryggplagene.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant), Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).