

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-199

22.3.2023

DNB Livsforsikring AS (Pensjon, Personal)

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Fortsettelsesforsikring – varsel - ny forsikringsgiver -helsesituasjon- advokatutgifter - fal. §§ 19-2, 19-7 og 19-9.

Forsikrede var omfattet av en kollektiv forsikringsdekning, da han ble sagt opp høsten 2016. Forsikringsdekningen var i selskap B og forsikrede ba om tilbud på fortsettelsesforsikring fra selskapet i starten av januar 2017. Forsikringen var imidlertid flyttet til DNB 1.1.17 og selskap B. informerte forsikrede om at han måtte kontakte arbeidsgiver for å komme i kontakt med ny forsikringsgiver. Arbeidsforholdet opphørte 28.2.17 og forsikrede tegnet ikke fortsettelsesforsikring hos DNB innen seksmånedersfristen. Det fantes ikke informasjon som tilsa at DNB hadde varslet om adgangen til å tegne fortsettelsesforsikring. Det gikk deretter omtrent fire år før forsikrede krevde erstatning fra DNB. Saken reiste spørsmål om forsikrede fikk tilstrekkelig informasjon om retten til å tegne fortsettelsesforsikring, da ansettelsesforholdet hans opphørte. Nemndas flertall konkluderte med at forsikrede hadde fått tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter etter fal. § 19-7. Det var da ikke nødvendig å ta stilling til om det var sannsynliggjort et økonomisk tap, herunder spørsmål om dekning av advokatutgifter. Mindretallet kom til samme resultat som flertallet, men med en annen begrunnelse. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede ble ansatt hos arbeidsgiver 1.4.06 og var omfattet av en kollektiv forsikringsdekning med dekning for blant annet Annen sykdom (tap i fremtidig erverv og menerstatning). Forsikringen var opprinnelig i selskap B., men ble overtatt av DNB Liv fra og med 1.1.17. Selskap B. var på flyttetidspunktet ikke kjent med at nytt selskap var DNB. Det er ellers opplyst at avtalene i begge selskapene var basert på innsendte antallsoppgaver og at selskapet ikke hadde informasjon om den enkelte forsikrede.

Forsikrede ble sykmeldt 4.3.16, og var sammenhengende sykmeldt/arbeidsufør frem til han fikk innvilget vedtak om uføretrygd fra Nav 1.2.20. Forsikrede mottok oppsigelse av arbeidsforholdet 26.10.16 grunnet nedbemanning. Arbeidsforholdets siste dag var 28.2.17. Dette var etter at forsikringen var flyttet til DNB.

Det er opplyst at forsikrede i forbindelse med oppsigelsen fikk informasjon fra selskap B. om blant annet retten til å tegne fortsettelsesforsikring.

Det er videre opplyst at forsikredes arbeidsgiver sendte melding om uførhet til selskap B. 3.1.17 og at selskap B. behandlet saken under Annen sykdomsdekningen – tap i fremtidig erverv. Samme dag kontaktet forsikrede selskap B. via e-post:

Jeg ønsker ett tilbud på videreføring av helseforsikringen som jeg har hatt gjennom [arbeidsgiver].

Selskap B. ba forsikrede 4.1.17 oppgi sluttdato hos arbeidsgiver og mottok blant annet slik tilbakemelding:

Min siste dag er 28.02.17. (...)

Bør jeg heller vente med å sende inn søknad om videreføring inntil jeg vet sikkert hva som kommer til å skje videre med tanke på helsa mi?

Av selskapets svar på e-post 4.1.17 fremgikk:

Da din siste dag hos [arbeidsgiver] er etter 01.01.2017 må du snakke med [arbeidsgiver], da forsikringene deres er flyttet til nytt forsikringselskap fra og med 01.01.2017. Da er det i så fall det nye forsikringselskapet du skal ha tilbud om fortsettelsesforsikring fra.

Forsikrede svarte:

Takk for kjapt svar. Jeg får ta meg en tur in på kontoret igjen å høre med de der da.

Det er enighet mellom partene om at forsikrede ikke mottok ny informasjon om adgangen til å tegne fortsettelsesforsikring fra DNB ved sluttdatoen 28.2.17. Forsikrede tegnet ikke fortsettelsesforsikring i DNB innen seksmånedersfristen. Først omtrent fire år senere krevde forsikrede erstatning fra DNB under avtalen.

I forbindelse med klagebehandlingen orienterte DNB om hvilke rutiner arbeidsgiver fulgte mht. informasjon om fortsettelsesforsikring. Arbeidsgiver opplyste at bedriften fulgte en fast prosedyre ved avslutning av et arbeidsforhold. Det innebar blant annet overlevering av oppsigelsesbrev, samt tilbud om fortsettelsesforsikring. Som dokumentasjon på rutinene oversendte arbeidsgiver kopi av en intern e-post datert 14.9.15. E-posten beskrev rutinene nærmere. Mht. fortsettelsesforsikring, fremla selskapet et informasjonsskriv fra selskap B., som ifølge rutinene ble ulevert til de ansatte:

Informasjon om retten til å tegne fortsettelsesforsikring

For ansatte i [arbeidsgiver]

Som ansatt i [arbeidsgiver] har du vært dekket av en personalforsikring i [selskap B.]. Fordi du slutter, opphører forsikringen i [selskap B].

Du kan velge å videreføre forsikringen uten ny egenerklæring. Ønsker du fortsatt en forsikring, kan du videreføre deler av forsikringen – uten ny egenerklæring.

Ønsker du et pristilbud fra oss?

Er dette interessant og du ønsker et pristilbud, ta kontakt med oss innen 6 måneder fra forsikringen opphører. (...) Den nye forsikringen gjelder først fra den datoen du aksepterer ny forsikring.

Er du minst 50 % sykmeldt eller arbeidsufør når forsikringen opphører?

Du kan – selv om du slutter – ha rett på erstatning fra denne forsikringen. En forutsetning er at du er minst 50 % sykmeldt eller arbeidsufør frem til erstatningskravet avgjøres. Ønsker du en forsikring som også gir erstatning ved en eventuell senere forverring av helsetilstanden eller ved nye uføreårsaker, bør du vurdere å videreføre forsikringen. (...)

Forsikrede har vist til Avtale om risikoovergang ved overføring av kollektive personforsikringer mellom forsikringselskap. Fra avtalens aktuelle bestemmelser siteres:

INNLEDENDE BESTEMMELSER

1.1 Formålet med avtalen er å unngå at den som har krav på erstatning mister retten til erstatning fordi avgivende og mottakende selskap har ulike vilkår, definisjoner eller forståelse av når et forsikringstilfelle inntreffer (...)

2.3 Ménerstatning for varig medisinsk invaliditet ved personskadeforsikring ved sykdom

Ansvar for utbetaling av erstatning skal bero hos det selskap som er forsikringsgiver på første dag i siste sammenhengende sykmeldingsperiode med en uføregrad på minst 50 % forut for det tidspunkt varig medisinsk invaliditet er minst 50 %. Pkt. 2.1, 3. og 4. ledd gjelder tilsvarende.

I tilfeller der det ikke samtidig foreligger minst 50 % uførhet, skal ansvaret for utbetaling av erstatning bero hos det selskap som er forsikringsgiver på det tidspunkt varig medisinsk invaliditet er minst 50 %.

I tilfeller der det er åpenbart at den medisinske invaliditetsgraden passerer 50 % etter flyttingen, skal ansvaret for utbetaling bero hos det overtakende selskapet.

Forsikrede har i det vesentlige anført at forsikrede ikke har fått varsel fra DNB som tilfredsstiller kravene etter fal. § 19-7. Det er på det rene at forsikrede ville ha benyttet seg av et tilbud om fortsettelsesforsikring og det vises konkret til at forsikredes helsesituasjon på utmeldingstidspunktet tilsa at forsikringsdekningen ikke måtte opphøre før det var klarlagt om han hadde krav på menerstatning. Som støtte for denne anførsel vises det til LA-2013-006799, TOSLO-2012-184345, TAUAG-2007-75600, FSN-4589 og Rt-2005-1112 (avsnitt 73). Det presiseres ellers at en eventuell informasjon gitt av selskap B. ikke fritar DNB fra sin plikt til å informere om rettigheter etter fal. § 19-7. Det legges til grunn at arbeidsgivers informasjon til forsikrede om fortsettelsesforsikring gis på vegne av selskapet, jf. fal. § 19-9, jf. § 19-2. Det er heller ikke dokumentert at forsikrede fikk forsvarlig informasjon fra selskap B./arbeidsgiver om sine rettigheter etter fal. § 19-7, jf. nemndas avgjørelse 2017-515. I den grad DNB kan påberope seg informasjon gitt på vegne av selskap B., anføres at DNB også må være bundet av forsikredes bestilling av fortsettelsesforsikring sendt til arbeidsgiver 3.1.17. Det anføres ellers at bransjens Avtale om risikoovergang av kollektive personforsikringer mellom forsikringselskapene (2015), tilsier at forsikrede ikke skal miste rettigheter ved flytting av avtaler mellom selskap, se pkt. 2.3. Det kreves også dekning av sakskostnader.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede har mottatt nødvendig og tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter etter fal. § 19-7. At han faktisk fikk slik informasjon fremgår av forsikredes e-post korrespondanse med selskap B. Forsikrede fikk også skriftlig informasjon fra selskap B. om å kontakte arbeidsgiver for å få oppgitt hvilket selskap som hadde overtatt dekningen etter selskap B., og som dermed ville være rett adressat for et krav om fortsettelsesforsikring. DNB har ikke mottatt krav fra forsikrede om fortsettelsesforsikring og forsikringsdekningen opphørte derfor ved utløpet av 6 måneders fristen. DNB er heller ikke ansvarlig som følge av forsikredes kontakt med selskap B. knyttet til en mulig fortsettelsesforsikring, jf. at forsikrede fikk informasjon om at han måtte kontakte arbeidsgiver for å få oppgitt hvilket selskap som ville være rett adressat for hans krav. Den påberopte avtale om risikoovergang kommer ellers ikke til anvendelse i denne saken, jf. at det ikke foreligger overgang mellom selskapene og videre at det ikke foreligger ulik definisjon av forsikringstilfellet. Årsaken til at forsikrede ikke var dekket på tidspunktet for forsikringstilfellets inntreden, var at arbeidsforholdet opphørte uten at forsikrede tegnet individuell fortsettelsesforsikring. Selskapet anfører endelig at det ikke foreligger årsakssammenheng mellom et eventuelt brudd på informasjonsplikten og manglende tegning av fortsettelsesforsikring, jf. at det gikk fire år fra forsikrede mottok informasjon om forsikringens opphør til han søkte om dekning under avtalen, jf. NOU 1983:56 s. 182.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede har fått tilstrekkelig informasjon om retten til å tegne fortsettelsesforsikring da ansettelsesforholdet hans opphørte, jf. fal. § 19-7. Saken reiser også spørsmål om forsikrede har sannsynliggjort at han er påført et økonomisk tap som følge av mangelfull informasjon, herunder også spørsmål om dekning av advokatutgifter.

Nemnda bemerker innledningsvis at dens oppgave er å vurdere om selskapets behandling av fremsatt krav er i samsvar med forsikringsavtalen/forsikringsavtaleloven og i samsvar med

gjeldende retts- og nemndspraksis.

Nemnda ser først på spørsmålet om forsikrede fikk tilstrekkelig informasjon om retten til å tegne fortsettelsesforsikring/opphør av forsikringsavtalen i forbindelse med oppsigelsen av arbeidsforholdet 26.10.16, jf. fal. § 19-7. I sin begrunnelse har nemnda delt seg i et flertall og et mindretall. Nemnda er enige om resultatet i saken.

Finansklagenemnda Persons flertall, leder Hagland og bransjerepresentant Giertsen, bemerker:

Flertallet legger til grunn at forsikrede i forbindelse med oppsigelse av arbeidsforholdet 26.10.16 mottok informasjon fra arbeidsgiver om retten til å tegne fortsettelsesforsikring, samt informasjon om at forsikringsdekningen ville opphøre ved avslutning av arbeidsforholdet, jf. dokumenterte rutiner ved opphør av arbeidsforholdet. Etter flertallets oppfatning viser også mailkorrespondanse mellom selskap B. og forsikrede at forsikrede mottok informasjon om opphør/rett til fortsettelsesforsikring. Partene er ellers enige om at forsikrede ikke mottok tilsvarende informasjon fra DNB i forbindelse med arbeidsforholdets opphør 28.2.17.

Etter flertallets oppfatning har forsikrede fått tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter etter fal. § 19-7. Flertallet legger til grunn at forsikrede gjennom sin korrespondanse med selskap B. fikk klar beskjed om å kontakte arbeidsgiver for å få informasjon om hvilket nye selskap som hadde overtatt dekningen etter selskap B., og at dette selskapet ville være rett adressat for et krav om fortsettelsesforsikring. Slik flertallet ser det, medfører ikke det forhold at avtalen overtas/etableres i nytt selskap (DNB) at det nye selskapet også plikter å informere om bestemmelsene i fal. §§ 19-6 og 19-7. Fra nemndspraksis vises det til avgjørelse 2022-696. Det er ikke anført, eller dokumentert, at forsikrede var i kontakt med arbeidsgiver om dette spørsmålet, og nemnda legger til grunn at forsikrede først kontaktet DNB om avtalen ca. 4 år etter forsikringsdekningens opphør. Etter flertallets syn har forsikrede forholdt seg passivt til informasjonen om retten til å tegne fortsettelsesforsikring, som han har mottatt.

Flertallet kan heller ikke se at det forhold at forsikrede var sykemeldt på oppsigelsestidspunktet, alene tilsier at arbeidsgiver vil være ansvarlig for at forsikrede benyttet seg av tilbudet, jf. nemndas avgjørelse 2022-983 som bl.a. omhandler denne problemstilling. I denne saken var arbeidsgiver kjent med forsikredes helsesituasjon, noe som også var årsaken til avslutning av arbeidsforholdet.

Flertallet har kommet til at det er gitt tilstrekkelig informasjon, og for flertallet er det derfor ikke nødvendig for nemnda å ta stilling til om det er sannsynliggjort et økonomisk tap, herunder spørsmål om dekning av advokatutgifter.

Mindretallet, forbrukerrepresentant Sandvik, har følgende særmerknad:

Mindretallet har kommet til samme resultat, men har en annen begrunnelse. Mindretallet deler flertallets oppfatning av at selskapet ikke har brutt fal. § 19-7 hva gjelder anførselen om at DNB Livsforsikring AS ikke selv varslet forsikrede. Mindretallet er derimot av den oppfatning at bestemmelsen i utgangspunktet fordrer at ansvarlig forsikringsselskap sørger for at forsikrede får opplysninger om retten til fortsettelsesforsikring, og at det fremgår av denne informasjon hvilket forsikringsselskap retten knytter seg til. I vår sak har forsikrede fått informasjon om fortsettelsesforsikring og blitt gjort kjent med hvordan han skulle gå frem for å få kontakt med ansvarlig forsikringsselskap, noe han bekreftet at han skulle gjøre og som kun forutsatte ubetydelige anstrengelser.

Mindretallet har imidlertid kommet til at varslet fra selskap B., som påberopes av DNB Livsforsikring AS, ikke oppfyller kravet til varsling på "forsvarlig måte" jf. fal. § 19-7 da dets innhold

er misvisende for forsikrede generelt. Informasjonen om fortsatt dekning ved sykemelding ved uttrede av forsikringen sett opp mot de tilfeller det opplyses om at forsikrede bør tenke på å tegne fortsettelsesforsikring, skaper etter mindretallets syn en vesentlig risiko for at lesere som er sykemeldte får inntrykk av at fortsettelsesforsikring kun bør tegnes for de sistnevnte tilfellene. Med en slik oppfatning av fortsettelsesforsikringens aktualitet, vil forsikrede som i utgangspunktet ville hatt krav på menerstatning, men som ikke tegner fortsettelsesforsikring, ikke kvalifisere til slik dekning. Dette fordi vilkårene stiller krav om at forsikringen løper når retten til menerstatning inntreffer. Selv om generell informasjon i masseavtaler ikke kan være utformet for situasjonen til den enkelte og hva som er fornuftig ut fra denne, mener mindretallet at informasjonen om fortsettelsesforsikring i dette tilfellet har skapt en generell risiko for tap ved at den i for stor grad gir et uriktig bilde av når det kan være behov for forsikringen. Kravet om varsel på "forsvarlig måte" jf. fal. § 19-7 er med dette ikke overholdt og selskapet har handlet erstatningsbetingende uaktsomt.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig at det foreligger uaktsomhet fra selskapet, forsikrede har også bevisbyrden for at det er årsakssammenheng mellom uaktsomheten og det forhold at han ikke tegnet fortsettelsesforsikring. Med andre ord må det være sannsynliggjort at forsikrede ville ha tegnet fortsettelsesforsikring dersom uaktsomheten tenkes bort. Det er sparsommelige opplysninger om forsikredes situasjon på fratredelsestidspunkter som kan belyse spørsmålet. Mindretallet kan videre ikke se at bevisbyrden er oppfylt ved forsikredes kontakt med selskap B. Han ba selskapet om et tilbud om fortsettelsesforsikring, noe som skiller seg fra en bestilling. Opplysninger eller vurderinger om hans helse eller varige medisinsk invaliditet på opphørstidspunktet er heller ikke fremlagt. Det fremkommer av forarbeidene NOU 1983:56, s. 182 at "Det må imidlertid stilles relativt strenge krav til beviset for årsakssammenheng mellom forsømmelsen av å gi varsel og unnlatelsen av å tegne fortsettelsesforsikring, særlig hvis det er gått en tid etter at medlemskapet i den kollektive forsikring opphørte." I forestående sak hvor det er gått ca. fire år, kan mindretallet ikke se at kravet til årsakssammenheng er oppfylt.

Nemndas medlemmer er enige i resultatet.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).