

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-504

27.6.2023

If Skadeforsikring NUF

Livsforsikring/uføredkninger/pensjon

Manglende betaling – opphør – alkoholmisbruk - død – lojalitetsplikt – fal. §§ 14-2 andre ledd, 19-6 og 19-7 – avtl. § 36.

Forsikrede var ansatt i et aksjeselskap, hvor han var den eneste ansatte og eide 100 % av aksjene. Han måtte gjenopplives 30.11.21 etter abstinenskramper, respirasjonssvikt og påfølgende hjertestans, som følge av langvarig alkoholmisbruk. Han var innlagt på sykehus fram til 18.1.22. Forsikrede var i kontakt med foretaket i januar 2022, og betalte forsikringspremie i februar 2022. Foretaket sendte 29.3.22 en ny premiefaktura som forsikrede ikke betalte, og foretaket sa opp forsikringen, med virkning fra 18.5.22. Forsikrede ble innlagt på sykehus 24.5.22, og han døde 26.6.22. Saken reiste spørsmål om dødsboet hadde krav på utbetaling av dødsfallserstatning, herunder om foretaket hadde brutt sin lojalitetsplikt, og om avtl. § 36 kom til anvendelse. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at foretaket ikke hadde brutt sin lojalitetsplikt i kontraktsforholdet og at foretaket dermed ikke kunne være ansvarlig på et ulovfestet grunnlag. Nemnda bemerket videre at det var forsikrede selv som administrerte forsikringen for eget aksjeselskap og med henvisning til lovforarbeidene la nemnda til grunn at fal. § 19-6 andre ledd ikke kom til anvendelse i saken. Spørsmålet ble deretter om forsikrede var beskyttet av reglene i fal. § 14-2 andre ledd. Nemnda fant ikke at forsikredes unnlatte betaling av forsikringspremien skyldtes uforutsette hindringer som ikke kunne bebreides ham. Heller ikke avtl. § 36 ga grunnlag for å endre avtalen på en slik måte at dødsboet hadde krav på dødsfallserstatning. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1969) drev et selskap AS (heretter forsikredes arbeidsgiver), hvor han var den eneste ansatte og eide 100 % av aksjene. Forsikrede var gjennom sin arbeidsgiver forsikret under en personforsikring i forsikringsforetaket (heretter foretaket). Forsikringsavtalen inneholdt blant annet en dekning for dødsfall på grunn av sykdom. Som del av aktuelle forsikring var forsikrede også dekket av reiseforsikring i Europeiske, som er et datterselskap til foretaket.

Forsikrede skulle høsten 2021 på ferietur. I forbindelse med en mellomlanding 30.11.21, måtte han imidlertid gjenopplives etter abstinenskramper, respirasjonssvikt og påfølgende hjertestans, jf. legeerklæring av 4.9.22. I notat fra akuttklinikken 30.11.21 fremgikk at forsikrede var på klinikken på grunn av "mistanke om alkohol abstinenser i lufthavnen". Det ble også vist til at forsikrede angivelig drakk to flasker med vodka daglig og at han hadde fått et hjerteinfarkt som muligens var forårsaket av abstinenskramper. Han ble deretter flyttet til sykehus for videre behandling.

I sykehusnotat 1.12.21 ble det notert at forsikrede sov ved samtale, men at han hadde "vågene rop" ved tiltale. Likevel falt forsikrede ifølge notatet "hen under samtalen" og han mumlet og talte usammenhengende. Neste dag ble det notert at forsikrede var bedre av abstinensene og hadde

klinisk fremgang. Det ble notert at han svarte relevant på spørsmål, men "kan dog ikke huske sin egen fødselsdag". Forsikrede kunne for øvrig ikke spise fast føde, ettersom han hadde spiserørsbrokk, noe han var utredet for tidligere. Ifølge notat 4.12.21 snakket forsikrede da fortsatt "stort set uforståelig" med mumling.

Det ble deretter 5.12.21 notert at forsikrede var i "Langsom bedring ... Er begynt at spise og drikke". Forsikrede opplevde imidlertid tilbakegang 6.12.21. Ifølge sykehusnotatet hadde han da falt i GCS-score. Han svarte da usammenhengende og mumlende ved tiltale, uten at han klarte å bevege på seg annet enn ved å løfte armene.

Ifølge SOS-korrespondansen i saken, ga Europeiske beskjed til SOS 6.12.21 om at forsikrede var innlagt på sykehus. SOS tok deretter kontakt med forsikredes søster for mer informasjon. I notat fra SOS samme dag ble det blant annet notert at forsikrede hadde vært på sykehus siden 30.11.21 og at han hadde fått et kortvarig hjertestopp. Videre siteres fra notatet:

PT's søster opl han er ikke til at snakke med, han snøvler og er ikke ved sin fulde fem.

SOS var senere samme dag i kontakt med sykehuset forsikrede var innlagt på. Ifølge SOS sitt notat, fikk det beskjed fra sykehuset om at forsikrede ikke var i stand til å gi et samtykke. SOS henvendte seg deretter igjen til forsikredes søster for å få de nødvendige samtykkene i saken.

Forsikrede var deretter "ukontaktbar" 7.12.21. I sykehusnotat samme dato følgende vurdert:

Der vurderes behov for længere tids behandling af pt behandling af alkohol abstinenser med tilhørende komplikationer. Det findes derfor relevant med overflytning til pt hjemlige hospital indenfor de næste par dage, og når pt er i tilstand hertil.

Etter å ha diskutert saken, bestemte Europeiske seg for dekke "skaden", jf. SOS sitt notat av 8.12.21. Videre siteres fra SOS sitt notat senere samme dag:

The patient has now been transferred to ICU. Is intubated and on mechanical ventilation.
Conclusion: he has deteriorated. He is in a life-threatening situation. He is not a "good life" because of his alcohol abuse ...

SOS noterte senere samme dag at forsikrede på daværende tidspunkt ikke var klar til å bli sendt hjem til Norge. Forsikredes søster dro deretter ned til sykehuset 9.12.21. Ifølge SOS-notat av 10.12.21, ble det da også funnet en blodpropp i lungene til forsikrede.

Forsikredes søster opplyste deretter til SOS 14.12.21 at forsikrede ikke kunne vekkes før alt slim var borte og at det kunne gå flere uker, jf. SOS-notat av samme dato. Videre siteres fra notatet:

(...) udgangen kender heller ingen og det kan være da at de vil gemme de 3 tilkaldsdøkninger til at hans børn kan rejse ned ...

Tilstanden til forsikrede bedret seg imidlertid 15.12.21 og det ble i SOS-notatet av samme dato notert at forsikrede "is waking up". Samme kveld noterte SOS at det hadde snakket med sykehuset og fått beskjed om at forsikrede kunne fraktes hjem. SOS rekvirerte deretter et ambulansefly. Forsikrede ble så fløyet hjem til Norge 17.12.21.

Ifølge erklæringen til professor/spesialist i nevrologi datert 4.9.22, var forsikrede fortsatt intubert og ga ikke kontakt da han 17.12.21 ankom universitetssykehus. Anestesimiddel ble deretter seponert 18.12.21 og han ble ekstubert dagen etter. Han skrev videre at forsikrede hadde en langsom og forsinket oppvåkning. Han ble flyttet til vanlig sengepost 20.12.21, hvor han ble opplevd som forvirret og lite orientert. Det fremgår videre at forsikrede da snakket usammenhengende med "grøtete tale" som var vanskelig å forstå. Videre skrev legen at MR av hodet viste atrofi av anteriore og mediale deler av høyre temporallapp og hippokampus. Forsikrede viste kun lett fremgang under oppholdet på sykehuset og ble flyttet til sykehjem

23.12.21.

Forsikrede var på daværende tidspunkt forsikret fram til 16.1.22. Forsikringen ble betalt fire ganger i året. Foretaket sendte derfor 28.12.21 en faktura på kr 5 240 til forsikredes arbeidsgiver. Premien gjaldt betaling for personforsikringen til og med 16.4.22. Betalingsfristen var 17.1.22. Dette også var forsikredes privatadresse, jf. foretakets e-post av 18.10.22.

Europeiske sendte 4.1.22 en e-post til forsikrede. I e-posten viste Europeiske til at det hadde "mottatt melding fra vår alarmsentral om hyggelig telefonsamtale". Europeiske opplyste deretter at dersom forsikrede hadde hatt utgifter han ønsket refundert, måtte han fylle ut et skjema på foretakets hjemmeside.

Europeiske sendte deretter 7.1.22 en e-post til forsikredes søster. Europeiske viste da til "innsendt henvendelse angående din brors sak". Europeiske erstattet videre kr 8 242 for utlegg forsikredes søster hadde hatt i forbindelse med reisen ned til forsikrede høsten 2021. I ny e-post til forsikredes søster 10.1.22, skrev Europeiske følgende:

Vi ønsker å ta kontakt med din bror, er han fortsatt på sykehus? Leser han sin epost, eller er han fortsatt så syk at dette ikke er mulig for han?

Forsikredes søster svarte Europeiske samme dag:

... (Forsikrede) er mye bedre, våken og overført (rehabiliteringsavdeling) for opptrening. Han kan snakke i telefon men usikker om han leser e-post. Hukommelsen er veldig dårlig og han roter mye men bare ring ham.

Europeiske svarte 11.1.22 at det på bakgrunn av dette ville avvente litt med å ta kontakt med forsikrede.

Ifølge spesialisterklæringen, ble forsikredes tilstand gradvis bedre ved oppholdet på sykehjem, slik at han ble overført til videre rehabilitering på avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering 13.1.22. Det fremgår videre at forsikrede slet ved overflyttingen særlig med hukommelsen, generelt redusert kraft og nedsatt finmotorikk. Ifølge erklæringen, ble forsikrede skrevet ut 18.1.22 med fortsatte hukommelsesproblemer. Det ble avtalt at han skulle følges poliklinisk videre.

Europeiske sendte deretter en e-post til forsikrede 19.1.22. I e-posten viste Europeiske innledningsvis til "hyggelig telefonsamtale i dag angående din sak". Deretter ba Europeiske blant annet om dokumentasjon på utgiftene forsikrede krevde dekket.

Forsikrede svarte Europeiske i e-post av 25.1.22 og la ved dokumentasjon på utgiftene han krevde dekket. For eksempel la forsikrede ved flybillettene han skulle bruke på reisen. Videre siteres fra forsikredes e-post:

Hei beklager sent svar men her er priser og data på den triste ferie opplevelsen, avbrutt pga hjertestans i (...) lufthavn :

tapte feriedager fra 30 nov 2019 til 20. jan 2022

flybillett for meg er som under: kr17442

påkrevd hotell 1 natt pga covid regler 1000 bath erlik 270 kr

ikke brukt verken den forsikring som er nevnt i bestilling, ei heller kredittkort forsikring.

ring eller kom tilbake om mer info trengs.

det er og endel mindre beløp som er betalt fra mitt kort i (...) bank mens jeg lå i kunstig koma i to uker men har ikke kvitteringer utenom bank utskrift så det får vel heller bare være.

håper dere kan bidra til en litt mindre trist slutt på denne tragiske greien.

Europeiske utbetalte deretter kr 9 414 til forsikrede og informerte samtidig forsikrede om at hans medreisende ikke var forsikret under avtalen.

Foretaket sendte 1.2.22 en betalingspåminnelse til forsikredes arbeidsgiver for fakturaen sendt 28.12.21. Premien ble betalt i februar 2022.

Foretaket sendte deretter 29.3.22 en ny premiefaktura på kr 5 240 til forsikredes arbeidsgiver. Fakturaen gjaldt betaling for forsikring til og med 16.7.22. Betalingsfristen var 17.4.22. Ettersom fakturaen ikke ble betalt, sendte foretaket en betalingspåminnelse 3.5.22. I påminnelsesbrevet opplyste foretaket følgende om konsekvensene av å ikke betale påminnelsen innen 18.5.22:

Hvis du ikke betaler denne påminnelsen innen 18. mai 2022, får du et inkassovarsel for ubetalt beløp frem til 18. mai 2022. Etter denne datoen opphører forsikringsavtale.

Betalingspåminnelsen ble ikke betalt innen fristen. Forsikrede ble deretter innlagt på universitetssykehus 24.5.22 med dårlig allmenntilstand, usammenhengende tale og økt bukomfang som hadde utviklet seg i løpet av de siste 3-4 ukene, jf. spesialisterklæringen datert 4.9.22. I erklæringen ble det også vist til at forsikredes allmenntilstand hadde falt gradvis før innleggelsen og at forsikrede da levde på "nutidrink (ernæringsdrikk) og 1 liter vodka daglig". Ved innkommst på sykehuset ble etanolspeilet målt til 3,0. Ifølge erklæringen, kunne forsikrede til tross for dette redegjøre godt for tilstanden sin, som han blant annet mente skyldtes et mellomgulvsbrokk.

Ettersom betalingspåminnelsen av 3.5.22 ikke ble betalt, sendte foretaket 25.5.22 et inkassovarsel til forsikredes arbeidsgiver (til forsikredes privatadresse). I varselet fremgikk blant annet at forsikringen ikke lenger var gyldig. Samme dato sendte foretaket også et informasjonsbrev til samme adresse. I brevet ble det informert om at forsikringsavtalen hadde opphørt. Videre siteres fra brevet:

Vi ber om at de ansatte gjøres oppmerksomme på at de har rett til å tegne en individuell fortsettelsesforsikring med de samme forsikringssummene som de har hatt i personalforsikringen, uten å avgi ny helseerklæring.

Vedlagt brevet fulgte et tilbud om fortsettelsesforsikring for "individuell dødsrisiko – og/eller uføreforsikring" som forsikrede kunne fylle ut.

Hva gjaldt forsikredes videre sykdomsforløp, siteres fra spesialisterklæringen:

... Klinisk diagnostiseres en pankreatitt (betennelse i bukspyttkjertelen) og pasienten fremstår hele innleggelsen som ukritisk, uklar og desorientert. Han snakker til tider usammenhengende og hallusinerer. I løpet av innleggelsen diagnostiseres en hepatisk encefalopati og han utvikler en respirasjons- og nyresvikt som krever intensivbehandling og dialyse. Tilstanden forverrer seg i løpet av oppholdet, og det oppstår en multiorgansvikt.

Ifølge spesialisterklæringen, ble det 20.6.22 utstedt en legeerklæring som stadfestet at forsikrede ikke var i stand til å ivareta sine økonomiske interesser. Inkassoselskapet sendte deretter en betalingsoppfordring til forsikredes arbeidsgiver 22.6.22 på kr 2 416,63.

Da det ikke var håp om at forsikredes organer skulle gjenvinne sin funksjon, avsluttet sykehuset etter hvert intensivbehandlingen. Forsikrede døde 26.6.22.

Inkassoselskapet fikk 4.7.22 registrert en innbetaling på kr 5 240 for den nevnte betalingsoppfordringen av 22.6.22, jf. e-post av 14.11.22.

Forsikredes ekskone skrev 18.7.22 følgende e-post til foretaket:

... Når det gjelder den manglende betalingen så fremstår det for oss som åpenbart at dette handlet om at han var for syk til å håndtere sine regninger. Der er mange andre regninger som heller ikke var betalt, og flere

inkassovarsler som måtte ordnes opp i nå i forbindelse med boet. (Forsikrede) har alltid hatt livsforsikring, og vi avtalt etter skilsmissen om at det var viktig å opprettholde livsforsikring på oss begge pga våre barn. Det er ikke mulig for meg å tro at han ønsket å avslutte denne forsikringen.

Professor på nevrologisk avdeling ved universitetssykehus skrev 4.9.22 en erklæring i saken, hvor han redegjorde for forsikredes helsetilstand før han døde 26.6.22. Fra vurderingen siteres:

Hepatisk encefalopati oppstår ved alvorlig leversykdom. Encefalopati betyr at hjernen ikke fungerer tilstrekkelig og betegner en hjernelidelse. Tilstanden karakteriseres av personlighetsforandringer, intellektuelle forstyrrelser, nevromuskulære forstyrrelser, nedsatt bevissthetsnivå og koma. Leverencefalopati inndeles i ulike grader;

(...)

Grad II: Kraftige skjelvinger, agitasjon, tretthet: Trøtthet, slapphet, store mangler i evnen til å utføre mentale oppgaver, åpenbare personlighetsforandringer, unormal atferd, forbigående desorientering -vanligvis om tiden

Grad III: Dypere søvnighet (vekkbar): Ute av stand til å utføre mentale oppgaver, desorientert om tid og sted, markert forvirring, husker ingenting

Grad IV: Koma med eller uten respons på smertestimuli

(Forsikrede) hadde klinisk tydelige tegn på en hepatisk encefalopati både ved stasjonært opphold (...) sykehus i november 2021 til januar 2022, samt ved stasjonært opphold (sykehus) 24.05 - 26.06.22 (dødsdato). Ved utskrivelse fra (sykehus) januar 2022 var han fortsatt lite orientert, og snakket usammenhengende. Han framstår på dette tidspunktet som ikke orientert, tar kun delvis instruksjoner og er fortsatt søvnig. Hans mentale status tilsvarer på utskrivelsestidspunktet en hepatisk encefalopati mellom grad 2 og grad 3. Ved utskrivelses på (rehabiliteringsavdeling) den 18.01.22 har han fortsatt hukommelsesproblemer og skal følges poliklinisk videre. Ved innkomst (sykehus) 24.05.22 har han nedsatt allmenntilstand, snakker usammenhengende og er tydelig mentalt påvirket. Hans mentale status på innleggelsestidspunkt tilsvarer trolig en hepatisk encefalopati grad 2. Han faller raskt i løpet av innleggelsen, blir komatøs (encefalopati grad 3 og 4), må behandles på intensivavdelingen og behandlingen avsluttes etterhvert. (...)

Det er overveiende sannsynlig at (forsikredes) mentale status etter utskrivelsen på (rehabiliteringsavdeling) januar 2022 har forverret seg kontinuerlig. På dette tidspunktet viste han tegn til hukommelsesproblemer. Både ved utskrivelsen til (...) sykehjem i desember 2021 og ved innkomst (sykehus) i mai 2022 viser (forsikrede) store mangler i evnen til å utføre mentale oppgaver. Denne sykdomsbetingete mentale svekkelsen anses med stor sannsynlighet som årsak til manglende betaling av forsikringspremien i april 2022.

I tillegg til pasientens encefalopati forelå det i tillegg en hippokampusatrofi i hjernen. Den ble påvist på MR caput tatt desember 2021. Årsaken til denne atrofi ble ikke kartlagt videre. Hippocampus betegner et område i bunnen av storehjernen som spiller en viktig rolle for læring og hukommelse. Feilfungering og atrofi i dette området står sentralt i problematikken rundt Alzheimers sykdom og andre demensformer. Det ansees også som overveiende sannsynlig at (forsikrede) i tillegg til sin mentale svekkelsen grunnet hans hepatiske encefalopati hadde hukommelsesproblemer grunnet hippokampusatrofi. En planlagt videre utredning kunne ikke gjennomføres grunnet (forsikredes) død 26.06.22.

Sammenfattet er det overveidende sannsynlig at alvorlig sykdom har ført til manglende innbetaling av forsikringspremie i april 2022 og at det forelå uforutsette hindringer for innbetalingen som (forsikrede) ikke kan bebreides for.

Foretaket avsto dødsboets krav i saken i e-post av 18.10.22.

Bostyrer i dødsboet fremla 3.5.23 en erklæring. Fra denne siteres:

... ved gjennomgang av avdødes post ble funnet relativt omfattende mengde ubetalte fakturaer og inkassokrav for krav oppstått i første halvdel av 2022 (januar – mai 2022). Kravene gjaldt både privat og næring. Avdøde hadde likvide midler tilgjengelig.

Klager (dødsboet) har i det vesentlige anført at det har krav på dødsfallserstatning. Foretaket er ansvarlig etter brudd på lojalitetsplikten i kontraktsforholdet, jf. bl.a. Rt-1984-28. Det følger videre av BKN-2002-47, Rt-2003-1524 og Rt-1997-1807 at lojalitetsplikten også gjelder i

forsikringsforhold. Foretaket hadde kunnskap om forsikredes alvorlige sykdom allerede i desember 2021. På dette tidspunktet kunne ikke foretaket vite om forsikrede ville overleve eller dø. Foretaket hadde derfor en plikt til å informere forsikredes pårørende om viktigheten av å fortsatt betale for forsikringen. En slik plikt følger også av fal. § 19-7. Som støtte for dette synspunktet vises det til mindretallets uttalelser i Rt-2005-1112. Foretaket fikk dessuten en ytterligere oppfordring til å informere om dette, da forsikringspremien ikke ble betalt våren 2022. Dette repareres ikke av at forsikrede sendte et krav til foretaket i januar 2022 eller at forsikringspremie ble betalt i februar 2022. Foretaket fikk opplyst av søsteren i e-post 10.1.22 at forsikrede fortsatt var dårlig. Dette tilsier en klar plikt for foretaket – så lite som 6 dager før livsdekningen gikk ut - til å opplyse søsteren om livdekningen - og viktigheten av å opprettholde betalingen av denne. Det forhold at forsikrede klarte å sende inn et krav i januar 2022 og at forsikringspremie ble betalt i februar 2022, beror mer eller mindre på tilfeldigheter, jf. spesialisterklæringen av 4.9.22. Dersom foretaket hadde gitt forsikredes pårørende adekvat informasjon, ville forsikringen med all sannsynlighet blitt opprettholdt. Det kan videre ikke legges til grunn at foretaket ikke hadde noen plikt til å opplyse om viktigheten av å opprettholde dødsfallsdekningen, kun fordi det var Europeiske forsikrede og hans pårørende var i kontakt med. Klager fremhever dessuten at det ikke kan forventes at et enmanns aksjeselskap har rutiner for videre drift ved kritisk sykdom. Regnskapsfører hadde heller ikke i sitt oppdrag å betale regninger og håndtere kontoer.

Klager har videre anført at lojalitetsplikten ikke kan stå svakere i livsforsikring mht. opplysninger om livdekning til pårørende, enn i kausjonsforhold mht. opplysninger om debtors økonomisk utføre til kausjonister, jf. Rt-1984-28, RG-1994-1017.

Foretaket må uansett utbetale dødsfallserstatning etter fal. § 14-2 andre ledd. Bestemmelsen kommer direkte til anvendelse, jf. bl.a. FSN-1553 og FSN-1722. Alternativt må bestemmelsen kunne brukes analogisk. Vilårene etter bestemmelsen er også oppfylt. Forsikredes helsetilstand våren 2022 må anses som slik "uforutsett sykdom" som beskrives i NOU 1987:24 på s. 107. Erklåring fra bobestyrer datert 3.5.23 bekrefter at forsikrede generelt ikke var i stand til å håndtere sine regninger første halvdel 2022, selv om han hadde økonomi til det. Betalingshindringene må måles mot foretakets profesjonelle stilling og konkrete kunnskap om sykdomsforløpet, og at foretaket enkelt kunne varslet søsteren.

Klager har også anført at avtaleloven § 36 kommer til anvendelse i saken.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at klager ikke har krav på dødsfallserstatning. Forsikringen opphørte 18.5.22 som følge av manglende betaling. Det finnes ikke et rettslig grunnlag for å pålegge foretaket en aktivitetsplikt/lojalitetsplikt utover å sende skriftlig varsel i tråd med fal. § 19-7. Selv om en saksbehandler i Europeiske var kjent med at avdøde var utsatt for en akutt situasjon 30.11.21, var det ingenting i det senere som tilsa at situasjonen fortsatt var akutt eller at det forelå en forhøyet risiko for dødsfall hos avdøde. Foretaket mottok et krav fra forsikrede i januar 2022 og premiebetaling i februar 2022. Foretaket hadde dermed ingen kunnskap som tilsa at forsikrede ikke kunne ivareta sine interesser, jf. Rt-2005-1112. Det må videre forventes at et AS har rutiner som fanger opp de forpliktelser som må følges opp i et AS. Det er uansett ikke slik at livselskapets behandlere har anledning til å arbeide med andre saker.

Det er videre tale om en kollektiv forsikring, slik at reglene i forsikringsavtaleloven kapittel 19 kommer til anvendelse. Fal. § 14-2 andre ledd kommer derfor ikke til anvendelse. Uansett er ikke vilårene etter bestemmelsen oppfylt i denne saken. Bevisbyrden for at det foreligger en unnskyldelig omstendighet ligger på forsikringstakeren, jf. NOU 1987:24 s. 107 og blant annet FinKN-2014-172. De eksemplene som nevnes i NOU 1987:24 s. 107 er ikke sammenlignbare med

denne saken. Bestemmelsen er dessuten en forbrukerregel.

Det er videre anført at det ikke er mulig å bruke avtl. § 36 i denne saken, jf. Rt-2005-1112 og HR-2020-1262-A.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om dødsboet har krav på utbetaling av dødsfallserstatning, herunder om foretaket har brutt sin lojalitetsplikt, og om avtl. § 36 kommer til anvendelse.

Nemnda ser først på spørsmålet om foretaket har brutt sin lojalitetsplikt.

I kontraktsforhold gjelder det ulovfestede regler om lojalitet, jf. blant andre Rt-1984-28 (Tromsø Sparebank). Denne lojalitetsplikten kan gi kontraktspartene en opplysningsplikt om forhold av betydning for motparten. I hvilke tilfeller den ene parten får en slik plikt, avhenger av hva som er rimelig å forvente i den konkrete situasjonen, jf. Rt-1988-1078. I teorien oppstilles et krav til klanderverdighet, før det anses som illojalt å ikke opplyse om visse forhold, jf. Nazarian, Lojalitetsplikt i kontraktsforhold, Oslo 2007, ("Nazarian"), s. 252-255.

Forsikringsavtaleloven inneholder flere bestemmelser som kan anses som utslag av den alminnelige lojalitetsplikt i kontraktsforhold. Særlig relevant i denne saken er bestemmelser som omhandler forsikringsforetaks særlige varslingsplikt ved betalingsmislighold. Eksempelvis fal. § 19-7 første ledd tredje punktum, hvor det fremgår at medlemmer av en kollektiv forsikring skal varsles i "skriftlig melding eller på annen forsvarlig måte" om adgangen til å tegne fortsettelsesforsikring. Forsikringsavtaleloven § 14-2 første ledd andre punktum bestemmer videre at forsikringsforetakene i en betalingspåminnelse klart må angi at ansvaret opphører dersom premien ikke blir betalt innen fristen.

Selv om de ovennevnte lovbestemmelsene synes å være basert på en lojalitetsplikt i kontraktsforhold, betyr det likevel ikke at det ulovfestede lojalitetsprinsippet ikke kan anvendes i tillegg, jf. Nazarian s. 101. For eksempel følger det både av FSN-4730, FSN-6475 og mindretallets uttalelser i Rt-2005-1112 at forsikringsforetakene i visse tilfeller plikter å følge opp retten til å tegne fortsettelsesforsikring overfor de forsikrede, utover å sende en skriftlig melding til de forsikrede. Dette vil i henhold til de nevnte rettskildene være tilfellet der forsikringsforetaket har kunnskap om at medlemmet av forsikringsordningen stod i fare for å dø i nær fremtid. Synspunktet er også lagt til grunn i teorien, jf. Brynildsen mfl., Forsikringsavtaleloven med kommentarer, 3. utgave, s. 701. Forfatterne peker her på at regelen må være en sikkerhetsventil for de "klare tilfellene både med hensyn til sykdommens alvorlighet og forsikringstakers/selskapets kunnskap". Den utvidede omsorgsplikten er lagt til grunn overfor de forsikrede. Kildene sier derimot ikke noe om en eventuell utvidet omsorgsplikt overfor forsikredes etterlatte.

Nemnda er ikke kjent med retts- eller nemndspraksis som gir forsikringsforetakene en plikt til å gi forsikrede annen informasjon ved betalingsmislighold enn om konsekvensen av å ikke betale premien etter fal. § 14-2 første ledd andre punktum. Loven inneholder dessuten en egen regel i fal. § 14-2 andre ledd, som beskytter de forsikrede der forsikringspremien ikke blir betalt grunnet "uforutsette hindringer". Etter nemndas oppfatning er det uavklart om den ulovfestede lojalitetsplikten på dette området pålegger forsikringsforetakene noen plikter utover kravene i forsikringsavtaleloven. Nemnda finner ikke grunn til å gå nærmere inn på spørsmålet om forsikringsavtaleloven uttømmende regulerer forsikringsforetakenes lojalitetsforpliktelser, ettersom nemnda ikke kan se at forsikringsforetaket i denne saken har handlet på en illojal måte.

I denne saken hadde forsikringsforetaket, som nevnt ovenfor, kunnskap om at forsikrede var alvorlig syk i desember 2021. I henhold til SOS-notatene av 8.12.21 og 14.12.21 var situasjonen da livstruende og det var fare for at forsikrede kunne dø. På daværende tidspunkt var imidlertid forsikrede forsikret fram til 16.1.22. Foretaket var dessuten i kontakt med forsikredes søster i begynnelsen av januar 2022. I e-post av 10.1.22 ba foretaket om en oppdatering på hvordan det gikk med forsikrede, og forsikredes søster henviste da foretaket til forsikrede selv. Deretter var foretaket i kontakt med forsikrede på telefon 19.1.22 og mottok dessuten en e-post fra forsikrede 25.1.22. Forsikrede redegjorde da for og dokumenterte erstatningskravet sitt mot foretaket. I februar 2022 mottok også foretaket betaling for betalingspåminnelsen som ble sendt 1.2.22, som knyttet seg til premiefakturaen sendt 28.12.21. Foretaket tok altså kontakt med forsikrede for å få mer informasjon om hans helsetilstand i januar 2022. Informasjonen som foretaket fikk, sammenholdt med at premie ble betalt i februar 2022, tilsier etter nemndas oppfatning at foretaket ikke hadde noen foranledning til særskilt å følge opp forsikrede videre. Foretaket hadde ikke opplysninger som tilsa at det var særlig viktig at forsikrede og hans pårørende fikk informasjon om viktigheten av å opprettholde dødsfallsdekningen. Foretaket hadde ikke kunnskap som tilsa at forsikrede ikke ville bli bra av sykdommen, og forsikrede var relativt ung. Nemnda kan heller ikke se at foretaket fikk noen slik plikt da forsikrede ikke betalte forsikringspremien våren 2022. Saken gjelder en masseavtale, og det må da utvises varsomhet med hvilke krav som stilles til forsikringsforetakene utover de lojalitetspliktene som følger av fal.

Etter nemndas syn har foretaket ikke brutt lojalitetsplikten i kontraktsforholdet, og foretaket kan derfor ikke bli ansvarlig på ulovfestet grunnlag.

Det neste spørsmålet er om forsikringsavtaleloven § 14-2 annet ledd kommer til anvendelse i saken. Bestemmelsen lyder:

Godtgjøres det at forsikringstakeren ikke har kunnet betale før fristens utløp på grunn av uforutsette hindringer som ikke kan bebreides forsikringstakeren, løper selskapets ansvar i inntil tre måneder etter fristens utløp.

I denne saken var den aktuelle forsikringen tegnet av forsikredes AS, og forsikringen var utformet som en kollektiv forsikring. Forsikringsforetaket har derfor anført at § 14-2 annet ledd ikke gjelder, men at fals regler om forsikringens opphør i §§ 19-6 og 19-7 uttømmende regulerer spørsmålet. I forarbeidene til fal. § 19-6 andre ledd er det imidlertid uttalt at "For så vidt gjelder mislighold med premiebetalingen gjelder paragrafen ikke i den utstrekning medlemmet selv utøver forsikringstagerens funksjoner og således har herredømme over forsikringsforholdet", jf. NOU 1983:56 s. 180.

Slik saken er opplyst for nemnda, forstår vi det slik at forsikrede selv administrerte forsikringen for eget aksjeselskap. I lys av ovennevnte forarbeidsuttalelsene, legger nemnda til grunn at regelen i fal. § 19-6 andre ledd ikke gjelder i denne saken. Etter nemndas oppfatning må lovens forarbeider forstås slik at forsikrede i slike tilfeller er beskyttet av reglene i fal. § 14-2 andre ledd, jf.

Ot.prp.nr. 49 (1988-1989) s. 73, hvor departementet ikke utelukket muligheten for å anvende bestemmelsen også i næringsforsikring, selv om bestemmelsen først og fremst ville ha praktisk betydning i forbrukerforsikring. Fra proposisjonen siteres:

Grupper av mindre næringsdrivende som håndverkere, bønder, fiskere og innen en del liberale yrker driver ofte for seg selv uten kontorhjelpe eller andre medhjelpere til å ta seg av premiebetalingen i forsikringstakerens sted. Etter departementets mening bør disse ikke utelukkes fra bestemmelsens virkeområde ved at bestemmelsen avgrenses til bare å gjelde i forbrukerforsikring.

Mot denne bakgrunn mener nemnda at fal. § 14-2 andre ledd kommer direkte til anvendelse i denne saken. Neste spørsmål som nemnda må ta stiling til, er om vilkårene i lovbestemmelsen er

oppfylte.

Bestemmelsen i fal. § 14-2 andre ledd krever at forsikringstakeren ikke har kunnet betale "før fristens utløp" på grunn av "uforutsette hindringer som ikke kan bebreides forsikringstakeren". Ordlyden tilsier at betalingsmisligholdet må skyldes årsaker som forsikringstakeren ikke har kontroll over. Dessuten stiller ordet "uforutsett" et visst krav til at betalingsmisligholdet må oppstå med en grad av plutselighet.

Det er forsikringstakeren som har bevisbyrden for at betalingsforsinkelsen skyldes en unnskyldelig omstendighet, jf. NOU 1983:56 side 99-100. For øvrig følger det av Ot.prp.nr. 49 (1988-1989) s. 126 at bestemmelsen tilsvarer bestemmelsen i fal. § 5-2. Dette betyr at rettskilder knyttet til denne bestemmelsen også er relevante for forståelsen av fal. § 14-2.

Paragraf 5-2 andre ledd ble videre kommentert av skadeforsikringsutvalget i NOU 1987:24, hvor utvalget på s. 107 fremhevdde at:

Bestemmelsen vil kunne komme til anvendelse hvor forsikringstageren dør uten at hans etterlatte er klar over at han etterlater seg ubetalt premievarsel eller hvor forsikringstageren av andre grunner blir hindret fra å ivareta sitt tarv.

Da departementet skrev sitt forslag til ny forsikringsavtalelov i Ot.prp.nr. 49 (1988-1989), fremhevdde departementet på s. 73 at bestemmelsen var en "sikkerhetsventil" for spesielle situasjoner hvor det vil virke urimelig å håndheve betalingsfristen i første ledd fullt ut.

I de nevnte forarbeidsuttalelsene fremheves dessuten at bestemmelsen i første rekke kommer til anvendelse der det "inntreffer et uforutsett forhold som gjør det praktisk umulig å få betalt premien".

Forarbeidene viser med andre ord at det er en høy terskel for når en forsikringstaker kan få en ekstrafrist etter fal. § 14-2 andre ledd. Finansklagenemnda har videre, under henvisning til lovens forarbeider, lagt til grunn at betalingshindringen må ha oppstått innenfor det tidsrom betalingsfristen løp, jf. FinKN-2014-172.

I denne saken fikk forsikrede, som i realiteten også var forsikringstaker, tilsendt en premiefaktura 29.3.22 med frist for betaling 17.4.22. Ettersom premie ikke ble betalt, sendte foretaket en betalingspåminnelse 3.5.22 med betalingsfrist 18.5.22. I brevet informerte også foretaket om at forsikringen opphørte dersom påminnelsen ikke ble betalt innen 18.5.22. Varslingene er etter nemndas oppfatning i tråd med reglene i fal. §§ 14-1 og 14-2 første ledd.

Slik saken er opplyst for nemnda, kan nemnda ikke se at forsikrede ikke kunne betale før 18.5.22 på grunn av "uforutsette hindringer som ikke kan bebreides" ham. Etter nemndas oppfatning viser den kliniske dokumentasjonen at forsikrede hadde et lengre sykeforløp preget av overforbruk av alkohol i perioden fra han ble utskrevet 18.1.22, og fram til han ble innlagt 24.5.22. I dette tidsrommet har forsikrede gjennom sitt forhold til forsikringsforetaket vist at han fungerer – om enn i perioder. Fal. § 14-2 er ment å være en sikkerhetsventil ved akutt sykdom. Ut ifra dette kan nemnda ikke se at forsikrede ikke betalte forsikringen før betalingsfristen gikk ut på grunn av "uforutsette" hindringer. Etter nemndas oppfatning er en slik forståelse også i tråd med førstvoterendes uttalelser i Rt-2005-1112 avsnitt 58. Nemnda kan med andre ord ikke se at forsikrede var i en slik spesiell situasjon som beskrives i lovens forarbeider, hvor det vil virke urimelig å håndheve betalingsfristen. Saken skiller seg dessuten fra ovennevnte FinKN-2012-246.

Avslutningsvis har dødsboet anført at oppsigelsen av forsikringen må settes til side etter avtaleloven ("avtl.") § 36. Etter bestemmelsen kan en forsikringsavtale "endres", hvis "det ville virke urimelig eller være i strid med god forretningsskikk å gjøre den gjeldende". Det er uklart for

nemnda hvilke avtalevilkår dødsboet mener må settes til side. Forsikringsavtalen i denne saken opphørte etter reglene i forsikringsavtaleloven. En lemping av forsikringsvilkårene vil da innebære en tilsidesettelse av lovens bestemmelser. Nemnda kan derfor ikke se at avtl. § 36 gir grunnlag for å endre forsikringsavtalen på en slik måte at dødsboet har krav på dødsfallserstatning. Nemnda viser her til Høyesteretts uttalelser i Rt-2005-1112 avsnitt 51-59 og HR-2020-1262-A avsnitt 50-57.

Avgjørelsen er enstemmig

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant), og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).