

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-505

27.6.2023

Fremtind Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredokumenter/pensjon

Opplysningsplikt – plager i rygg – depresjon – svik/grov uaktsomhet – avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1 a, 13-2 og 13-3.

Forsikrede tegnet uføreforsikring i 2014 og 2020. Ved tegning i 2014, svarte forsikrede "nei" på spørsmål om han hadde hatt plager i ryggen de siste 5 årene og om han hadde hatt depresjon de siste 10 årene. Ved tegning i 2020, svarte han "nei" på de samme spørsmålene. Forsikrede var sykemeldet for ryggplager fra 15.12.08 til 10.8.09, og for depresjon helt eller delvis fra 28.11.11 til 5.4.12. Plagene var ikke nevnt igjen etter dette. Forsikrede fremmet krav 29.11.21 som følge av smerter i venstre arm. Foretaket avsto kravet og sa opp forsikringene under henvisning til brudd på opplysningsplikten. Saken reiste spørsmål om foretaket hadde sannsynliggjort at forsikrede svikaktig ga uriktige opplysninger ved tegning i 2014 og 2020, subsidiært om forsikrede hadde opptrådt grovt uaktsomt, og om foretaket i så fall kunne avkorte erstatningen med 100 %. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at foretaket ikke hadde sannsynliggjort at forsikredes helseopplysninger ved tegningen i 2020 var uriktig. Nemnda uttalte videre at foretaket heller ikke hadde sannsynliggjort at forsikrede svikaktig eller grovt uaktsomt hadde holdt tilbake opplysninger ved tegningen i 2014 for å oppnå en bedre avtale. Vilkårene for å si opp avtalene var ikke til stede og forsikrede hadde krav på ytelser under avtalene. Forsikrede ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede har tegnet uførepensjonsforsikring i to omganger, hhv. løpende fra 9.4.14 og fra 8.5.20.

Tiden før tegningen i 2014:

Det er fremlagt journal løpende fra 15.12.08, og i journalene fra før tegningen i 2014 fremgår det blant annet av journalnotat 15.12.08:

Jobbet 100 % siste 5 mndr. Avsluttet attføring mai -2008. Kroniske korsryggsmerter med forverring siste tid, stor belastning i renholdsjobb. SM for Ryggsyndrom L84, 100 % 15/12/2008-04/01/2009. Rp: Voltaren ...

Det er ikke fremlagt mer opplysninger om den avsluttede attføringen i mai 2008.

I journal 26.1.09 er det beskrevet: "Forverring av korsryggsmerter med ve. sidig utstråling", og han ble henvist MR LS-col, og videre sykemeldet for Ryggsyndrom.

MR columna lumbosacralis 12.3.09 viste "R: Spondyloisthese L5/S1 med trange plassforhold i recessene, spesielt for høyre S1-nerverot". Videre sykemelding og henvisning til tverrfaglig ryggpoliklinikk fremgår av notat 1.4.09, og videre henvisning til ryggskolen og sykemelding står i notat 27.5.09.

Den 21.7.09 står det at: "Han opplever bedring i ryggen gjennom behandling ved ryggskolen" og han ble sykemeldet frem til ferie 10.8.09.

Den 28.11.11 er det nevnt sykemelding for Depresjon INA, jf. også notat 1.12.11 hvor det fremgår vannskade i hele huset etter hærverk. Tilhørende "sliten, lite søvn" og videre sykemelding for depresjon er nevnt 13.12.11, jf. også 16.12.11. Manglende avklaring på forsikringssaken slet på han, og han ble videre sykemeldt, jf. notat 23.12.11 og 20.1.12. Han ble delvis friskmeldt (50 % sykemelding) fra 21.2.12 og friskmeldt helt fra 5.4.12.

Deretter er det ingen relevante fastlegenotater før tegning i 2014.

Tegningen i 2014

I helseerklæringen signert 9.4.14 ble det i orienteringen blant annet opplyst om viktigheten av å gi riktige og fullstendig informasjon, og virkningene av mangelfulle svar. Videre:

Du skal opplyse om alle forhold det spørres om, selv om disse er tilbake i tid og du nå er å anse som frisk. Du skal opplyse om både fysiske og psykiske forhold. Du skal ikke opplyse om forhold knyttet til din helse som ligger mer enn 10 år tilbake i tid.

Den samme informasjonen stod i erklæringen ifm. søknaden i 2020.

Forsikrede svarte "nei" på alle spørsmål unntatt yrke, høyde/vekt, bosted og om han drakk alkohol. Han svarte nei på bl.a.:

...

Har du hatt plager med rygg, nakke, skuldre eller armer gjentatte ganger eller sammenhengende i mer enn 14 dager i løpet av de siste 5 årene?

...

Har du hatt angst, depresjon, spiseforstyrrelser, adferdsforstyrrelser, andre psykiske plager, eller har du gått til psykolog eller psykiater av andre årsaker i løpet av de siste 10 årene?

...

Har du i løpet av de siste 5 årene vært sykemeldt i mer enn 14 dager av andre årsaker enn du tidligere har oppgitt?

Har du i løpet av de siste 10 årene søkt om eller mottatt stønad fra NAV på grunn av egen helse?

Har du opplysninger om andre særlige forhold som du må forstå er viktig for selskapets vurdering av risikoen ved å forsikre deg?

Etter tegningen i 2014

I journal 15.4.16 og 27.4.16 er det nevnt øresus og nedsatt hørsel etter traume/brannalarm. Bedring er nevnt 27.4.16.

Tegningen i 2020

Den søkte om at forsikringen skulle økes med ytterligere utbetaling på kr 20 000 – til samlet kr 100 000, og avgå en ny helseerklæring 5.6.20. Denne gangen opplyste han om "sommer allergi", "blodsukker og klostrål bruker lav dose. har litt øre sus". Ellers svarte han nei på samtlige spørsmål (utover høyde/vekt, alkohol, mv.). Han svarte nei på bl.a.:

Sykdom og plager de siste 5 årene

Her spør vi deg om sykdommer eller plager du har eller har hatt de siste 5 årene. Oppgi alle sykdommer og plager, selv om du nå er helt bra.

...

Sykdom eller plager i rygg, nakke, skuldre eller armer som har vart i mer enn 14 dager, eller som har kommet igjen flere ganger?

...

Sykdom og plager de siste 10 årene

Her spør vi deg om sykdommer eller tilstander du har eller har hatt de siste 10 årene. Oppgi alle sykdommer og tilstander, selv om du nå er helt frisk.

...

Angst, depresjon, spiseforstyrrelser eller andre psykiske plager. Går du, eller har du gått til eller blitt henvist

til psykolog eller psykiater av andre grunner? Du skal også svare ja hvis du er eller har vært under behandling i løpet av de siste 10 årene.

Har du vært helt eller delvis sykemeldt i mer enn 14 dager av andre grunner enn de du har oppgitt tidligere? Gjelder de siste 5 årene.

... Er det noe annet med helsen din som gjør at du vurderer å kontakte lege eller annen behandler?

Har du andre viktige opplysninger om helsen din som du tror kan ha betydning for forsikringen? På dette spørsmålet trenger du ikke oppgi muskel-, skjelettplager, allergi eller eksem ...

I forbindelse med utvidelsen innhentet foretaket uttalelse fra fastlegen.

Etter tegningen i 2020

I journal 7.9.20 fremgår "Smerter i ve skulder. Grei bev. Noe nedsatt i ytterstilling. Spes Innadrot. Har I+P + PF. SM 14 dg. Rek ved behov for forlengelse. Anb fysio.- Diagnoser: L92: Skulder tendinitt IKA".

Samme smerter er nevnt 21.9.20, og i notat 5.10.20 står det at han "Har vært hos fysio som anb trening. Utstråling i ve arm. Stram fra nakken og ut i fingre ... Anbefalt videre SM + trening ..."

Fysioterapeuten skrev et notat til fastlegen 12.10.20: "... Konklusjon: Trolig rotaffeksjon av venstre nerverot C6 og mulig noe C7. Mistenker prolaps ..."

I journal 20.11.20 står det at det "Begynner å bli bedre. Tåler ikke tunge løft. Stvt 2 uker til uendret. Starter så opp 50 % i den letteste jobben ..." Diagnose L83 Cervikal skiveprolaps.

Manuellterapeuten henviste til MR grunnet utilfredsstillende progresjon, jf. notat 18.2.21 til fastlegen. Varierende sykemeldingsgrader i de to jobbene er nevnt i notatene mellom 19.2.21 og 12.4.21.

I notat fra fysioterapeut til fastlegen 13.4.21 fremgår resultatet av MR av nakken:

R: Moderate degenerative forandringer. Påleiringer og laterale protrusjoner med forsnevring av rotkanalene for spesielt C4 og C6-røttene ...

I poliklinisk notat 22.6.21 står det:

Debut av nakkesmerter med venstresidig utstråling i september. Smerter i nakke som stråler ut i skuldet arm og ned i 1. og 2. finger. Klarer ikke angi hvor i armen smertene sitter ...

...

V/T:

Opplever seg betydelig plaget av smertene. Har degenerative forandringer og forsnevring av rotkanaler bilateralt i flere nivå, men plagene syntes å kunne passe med en venstresidig C6- rotaffeksjon. Han ønsker oppmøte og undersøkelse på poliklinikk før han eventuelt søkes til operasjon ...

Fastlegen fylte ut legeerklæring 12.7.21 ifm. søknad om arbeidsavklaringspenger. Hoveddiagnose var Cervikal skiveprolaps, mens bidiagnosen var knyttet til en nylig vridning i kne.

I arbeidsevnevurdering 13.7.21 fremgår at Nav vurderer "at arbeidsmulighetene i ordinært arbeid er midlertidig begrenset".

I poliklinisk notat 3.8.21 står det under Vurdering og tiltak:

Litt over ett års historikk med nakkesmerter med radikulopati for C6 dermatomet venstresidig. Radiologisk passende funn med forsnevring i C6. Forverring ved tung aktivitet gjennom dagen ... Diskuterer lenge rundt en operasjon, men han virker absolutt ikke motivert for dette. Anbefaler derfor videre fysio ...

Nav innvilget søknaden om AAP 21.9.21.

Forsikrede fremmet krav under uføredekningen 29.11.21, og viste til "arm problemer venstre side".

I legeerklæring 7.12.21 oppga legen at hovedårsaken til arbeidsuførheten var et "Cervikalt skiveprolaps".

Foretaket ba om fullmakt til å innhente ytterligere opplysninger, jf. brev 14.12.21.

Foretaket skrev til forsikrede 7.6.22, og ba om en skriftlig tilbakemelding til helseopplysningene han ga da han kjøpte forsikringen 9.4.14. Dette da innhentede opplysninger viste avvik ift. helseerklæringsskjemaet, og da særlig tidligere ryggplager og tilhørende langvarig sykemelding. Foretaket skrev at det mente han hadde gitt mangelfulle opplysninger og at opplysningsplikten kunne være brutt.

Det fremlagte svaret er udatert, men i klagesvaret fremgår at forsikrede ønsket bistand til å nedtegne hans kommentar til varselbrevet, og at kommentarene ble nedtegnet skriftlig av en av foretakets utredere som sendte forsikrede referatet av samtalen til godkjenning den 25.6.22. Det er fremlagt et lydklipp av telefonsamtalen med foretaket. Forsikrede bekreftet den 16.8.22 at han var enig i referatet og ikke hadde ytterligere tilføyelser. I brevet fremgår at han hadde tunge jobber etter han kom til Norge, og fikk vondt i ryggen, ble sykemeldt og fikk behandling. Det gikk bra etter han gikk på ryggskole, og han kom tilbake i full jobb og har vært i jobb helt til nå. Det står også at han ikke planla å ha forsikringer, men ble, ifm. låneopptak, anbefalt dette av en rådgiver i banken. De skal også ha fått hjelp til å tegne forsikringene. De visste ikke så mye om forsikringene og hadde begge problemer med språket. Ellers fremgikk at han ikke plages med ryggen lenger, men med en arm, nerver og fingre. Han hadde ikke tenkt over at han svarte feil i helseerklæringen, og det var ikke meningen eller med vilje å skjule tidligere plager. Han hadde ikke planer om å fortsette å være ufør, og at han skulle komme seg tilbake i arbeid.

Foretaket avslo kravet og sa opp forsikringene i brev 25.8.22. Dette under henvisning til svikaktig brudd på opplysningsplikten etter fal. § 13-1a, subsidiært grov uaktsomhet, jf. fal. § 13-2. Det viste spesielt til manglende opplysninger om tidligere ryggplager, depresjon og lengre attføringsløp i regi av Nav.

Forsikrede klaget til Finansklagenemnda 24.10.22. Der fremgår bl.a.:

Proessen rundt tegningen av forsikringen ble gjennomført i regi av långivers saksbehandler, T., og helseerklæringen ble utfylt sammen med ham i [bankens] lokaler.

Spørsmålene i helseerklæringen fremsto delvis som uklare for ... og han krysset derfor av i tråd med de råd som bankens rådgiver ga. Dette som en følge av at hverken ... eller hans ektefelle hadde kunnskap om forsikringer, samtidig som at de hadde begrensede språkkunnskaper. De kunne derfor ikke fylle ut helseerklæringene uten bistand. En bekreftelse på ... språkvansker ble gitt i telefonsamtale med (foretaket) 21.06.22, hvor han måtte ha hjelp til å få nedtegnet kommentarer til selskapets brev av 07.06.22

Det står også at forsikringen og helseerklæringen ble fylt ut samtidig med at lånepapirene ble signert, og at hovedfokus derfor var på signering av lånedokumentene. "Samtidig hadde de ingen helseopplysninger tilgjengelig og kunne derfor ikke tidfeste tidligere diagnoser helt presist".

På tegningstidspunktet i april 2014 var han i full jobb som sjåfør og hadde ingen helseplager som påvirket arbeidsevnen. Han hadde ikke hatt vansker med å arbeide siden han gikk over til sjåførjobben ved avsluttet attføring i 2008 og 2009. Tidligere ryggplager kom som følge av tidligere fysisk tungt arbeid. Han ble friskmeldt 9.8.09 – 4 år og 8 måneder før erklæringen ble fylt ut. På tegningstidspunktet husket han ikke om sykemeldingen lå kortere eller lenger tilbake i tid enn 5 år.

Forsikrede har i det vesentlige anført at forsikringen ikke kan sies opp, og at han har rett til utbetaling under uføreforsikringen, da han har gitt tilstrekkelige opplysninger til at foretaket kunne utføre en korrekt risikovurdering ved tegningen av forsikringen. Hvordan en helseerklæring er utfylt, må dessuten vurderes basert på forsikringskundens forståelse av spørsmålene, jf.

Rt-2000-59. Det må legges inn en "normal standard" for hvordan den alminnelige forsikrede vil oppfatte og besvare de enkelte spørsmål, noe som innebærer at man bl.a. må se på hva en vanlig forsikret ville ha husket fra journaler vedkommende ikke har tilgjengelig ved utfyllingen av erklæringen.

Foretaket har ikke oppfylt bevisbyrden for at han har opptrådt svikaktig, med den hensikt å oppnå en forsikringsavtale han ellers ikke ville ha fått. Forarbeidene viser at svikregelen må begrenses til situasjoner hvor forsikredes forhold i kvalifisert grad fremtrer som uredlig overfor foretaket, jf. Ot. prp. nr. 49 (1988-1989) s. 63-64. Han hadde selv ingen planer eller ønsker om å tegne forsikringene, før han fikk en klar anbefaling fra foretakets representant ifm. låneopptak. Erklæringen ble utfylt basert på instruks fra forsikringsforetakets representant, og han hjalp også forsikrede med forståelsen av spørsmålene. Han oppfattet heller ikke, på grunn av sine språklige utfordringer, at slike opplysninger var av avgjørende betydning. Dette så lenge han ikke hadde ryggplager på tegningstidspunktet, eller sykemeldt for dette etter august 2009, og var fullt arbeidsfør. Foretaket ble også gitt adgang til å innhente alle opplysninger knyttet til hans helse som de måtte ønske. Det er ellers ikke årsakssammenheng mellom ryggplagene i 2009 og dagens medisinske situasjon, ettersom armplagene er forårsaket av skiveprolaps i nakken, ikke ryggen.

Foretaket kunne foreta en ny risikovurdering ved ny helseerklæring i 2020, som i realiteten vil være en ny tegning av forsikringen. Erklæringen i 2020 er korrekt utfylt. Hvis foretaket mener han bevisst har utsatt siste sykmelding, var økningen av forsikringssummen ikke særlig omfattende, noe som fremstår som påfallende hvis hensikten hadde vært å opptre svikaktig. Han vil uansett ha krav på utbetaling med utgangspunkt i opprinnelig forsikringssum.

Når det gjelder foretakets subsidiære anførsel om grov uaktsomhet, har forsikrede bemerket at det ikke er noen automatikk i at ansvaret skal bortfalle etter annet ledd. Dette er en "kan"-bestemmelse, som også åpner for delvis reduksjon. All den tid det dreier seg om medisinske forhold som lå nesten 5 år tilbake i tid og han ikke hadde journaler tilgjengelig da erklæringen ble utfylt, fremstår det som klart at han ikke er mer enn lite å legge til last. Subsidiært har forsikrede anført at han har krav på delvis utbetaling, justert for korrekt premie, hvis han hadde opplyst om ryggplagene han hadde i 2009. Selv med fullstendige opplysninger, ville ikke foretaket hatt mulighet til å ta reservasjon mot nakke-/armplager. Forsikrede har videre anført at en avkortningsgrad på 75 % er for høy. En avkortningsgrad på 75 % i forsikringsretten forutsetter en ytterst klanderverdig opptreden som grenser nært opp til svik. Dekning under bilansvarsforsikringer eller brannforsikringer resulterer sjelden i 75 % avkortning, selv ikke når sikrede har vært overstadig beruset eller hatt en svært lemfeldig omgang med brennbart materiale. Forsikredes opptreden kvalifiserer ikke til denne avkortningsgraden.

Øyeblikkelig oppsigelse av forsikringen forutsetter svik etter fal. § 13-2, 1. ledd, og det er ikke anledning til å foreta øyeblikkelig oppsigelse hvis forholdet kun rammes av samme bestemmelses 2. ledd, jf. fal. § 13-3, 1. ledd.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede svikaktig har forsømt sin opplysningsplikt både ved tegning i 2014 og da han kjøpte en høyere forsikringsutbetaling i 2020, jf. fal. § 13-1a og § 13-2. Det er da grunnlag for å avslå erstatningskravet i sin helhet, jf. fal. § 13-2 første ledd. Foretaket kan ikke se at forsikrede har noen plausibel forklaring på hvorfor han i 2014 ikke svarte ja på spørsmålet om plager med rygg, mv. i mer enn 14 dager i løpet av de siste 5 årene, og også svarte benektende på øvrige spørsmål som kunne ha fanget opp de langvarige ryggplagene og depresjonsperioden.

Det er ikke relevant at forsikrede angivelig ikke tenkte det var av betydning å informere foretaket om plagene som han konkret ble bedt om å opplyse oss om. Han hadde vært gjennom et

attføringsløp i regi av Nav frem til 2008, og i desember 2008 ble han på nytt sykemeldt på grunn av kroniske ryggsmarter frem til august 2009 og deretter var han sykemeldt på grunn av depresjon fra desember 2011 til april 2012. Ved ikke å svare korrekt på spørsmålene, har han gitt foretaket et klart uriktig bilde av helsen sin. Hadde han gitt foretaket riktige opplysninger ville han minimum ha fått reservasjon for ryggglidelser, og han ville derfor heller ikke hatt krav på erstatning. Forsikrede kan heller ikke komme utenom opplysningsplikten ved å gi foretaket adgang til å innhente dokumentasjon fra fastlege el.

Foretaket kan ikke se at det finnes andre rimelige forklaringer enn at han bevisst har tilbakeholdt disse for å oppnå en urettmessig forsikringsavtale.

Subsidiært foreligge det grovt uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten. Til forsikredes anførsel om at det er avgjørende for vurderingen at han er sykemeldt for armpager og ikke ryggplager, bemerker foretaket at det etter fal. § 13-2 ikke er et krav om årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og forsikringstilfellet, jf. FinKN-2022-431. I aktuelle sak skyldes imidlertid utførheten plager i øvre del av rygg /nakkeryggsøylen med tilhørende smerteutstråling til venstre arm. Det er da årsakssammenheng mellom de manglende opplysningene om ryggplager og det fremsatte kravet, og det er grunnlag for å avkorte erstatningen med 100 %.

Når det gjelder tegningen i 2020, har foretaket bemerket at, foruten unnlatelsen av å opplyse om plager forut for kjøp av forsikring i 2014, mener foretaket at det faktum at han på nytt ble langtidssykemeldt dagen etter at karenperioden for økningen i forsikringssummen som han kjøpte 5.6.20 utløp, understøtter at han har hatt til hensikt å få utbetaling under en forsikring som han må ha forstått at han ikke hadde krav på. Se notat 7.9.20 hvor det er beskrevet plager man forutsetningsvis ikke får akutt i løpet av en natt, men som vanligvis utvikler seg over noe tid. Legen har heller ikke notert noe om akutt traume e.l. Foretaket mener det er overveiende sannsynlig at forsikrede bevisst har ventet til karenperiodens utløp før han presenterte sine plager til legen, og som er av slik karakter at foretaket mener de må ha manifestert seg enten i karenperioden eller allerede før han økte forsikringssummen.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om foretaket har sannsynliggjort at forsikrede svikaktig ga uriktige opplysninger ved tegning i 2014 og 2020, jf. forsikringsavtaleloven (fal.) § 13-1 a og § 13-2. Saken reiser subsidiært spørsmål om forsikrede grovt uaktsomt har forsømt opplysningsplikten og om foretaket i så fall kan avkorte erstatningen med 100 %.

Det følger av fal. § 13-1a at foretaket ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen, og at forsikringssøkeren skal gi riktige og fullstendige svar på disse spørsmålene.

Opplysningsplikten går for det første ut på at det skal gis riktige og fullstendige svar på de konkrete spørsmålene foretaket stiller for å kunne vurdere risikoen. For det annet skal forsikringstakeren og den forsikrede på foretakets oppfordring gi opplysninger om særlige forhold som han eller hun må forstå er av vesentlig betydning for foretakets vurdering av risikoen, selv om dette ikke direkte omfattes av spørsmålene som er stilt i helseerklæringen. Det sentrale for de opplysningene foretaket ber om i helseerklæringen, er at de skal danne grunnlaget for foretakets 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.

Dersom opplysningsplikten er svikaktig forsømt, følger det av fal. § 13-2 første ledd at foretaket er uten ansvar dersom det har inntruffet et forsikringstilfelle. Etter fal. § 13-2 annet ledd kan foretakets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstakeren har forsømt

opplysningsplikten, og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last.

Foretaket har bevisbyrden for at opplysningsplikten er svikaktig eller grovt uaktsomt forsømt. Når foretaket anfører svik, må det foreligge en klar sannsynlighetsovervekt for dette jf. Rt-1989-689. Foretaket må bevise at forsikrede handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp nr. 49 (1988-1989), s. 88. Det innebærer at foretaket må påvise et økonomisk motiv. Høyesterett har i Rt-2000-59 presisert at både vilkåret om at det ble gitt uriktige og ufullstendige opplysninger bevisst og vilkåret om at det ble 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 videre at det for begge vilkårene må foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt. Ved anført grov uaktsomhet er beviskravet tilnærmet likt det som gjelder ved svik. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Nemnda ser først på spørsmålet om foretaket har sannsynliggjort svik eller grov uaktsom opplysningssvikt ved tegning av forsikringen i 2020.

Etter nemndas oppfatning har forsikrede objektivt sett svart feil på flere av spørsmålene i helseerklæringsskjemaet ved tegning 9.4.14, men når det gjelder søknaden i 2020, kan nemnda ikke se at det er dokumentert at spørsmålene i helseerklæringen er feilaktig besvart. Ved tegningen i 2020 måtte forsikrede svare på en ny og fullstendig helseerklæring, og nemnda legger derfor til grunn at 2020-utvidelsen må anses som en nytegning med hensyn til reglene om misligholdt opplysningsplikt. Det kan dermed ikke legges avgjørende vekt på forsikredes svar i 2014. Slik saken er opplyst for nemnda, har foretaket ikke sannsynliggjort at forsikrede har besvart spørsmålene i 2020 feilaktig.

Foretakets anførsel tilknyttet at forsikrede ble sykemeldt dagen etter karenstidens utløp, anser nemnda som uklar. Det mangler klinisk dokumentasjon som sannsynliggjør at forsikrede hadde plagene allerede på tegningstidspunktet. Dersom foretaket mener at plagene oppstod i karenstiden, men at forsikrede unngikk legekontakt før karenstiden utløp, kan nemnda ikke se at foretaket har gitt klart nok uttrykk for dette innen fristen i fal. § 13-13. Foretaket har da mistet muligheten til å påberope forholdet. Nemnda bemerker også at denne delen av saken, best kan avklares med muntlig bevisføring for domstolene.

Slik saken er fremstilt, kan nemnda altså ikke se at foretaket har sannsynliggjort svik eller grov uaktsom opplysningssvikt ved tegning av forsikringen i 2020. Foretaket kan da ikke foreta en avkortning i den delen av foretakets ansvar.

Nemnda ser deretter på spørsmålet om foretaket har sannsynliggjort at forsikrede svikaktig forsømt sin opplysningsplikt ved tegningen i 2014, slik at foretaket er uten ansvar for inntruffet uførhet, jf. fal. § 13-2.

Beviskravet ved svik er sterk eller klar sannsynlighetsovervekt. Det er foretaket som har bevisbyrden. Dette følger av at Rt-2000-59 hvor det videre heter at forsikrede må ha visst at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, og at opplysningene ble gitt eller holdt tilbake i den hensikt å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale. I sin praksis har nemnda lagt til grunn at svik må anses bevist dersom det ikke finnes andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene. Det er altså en streng bevisbyrde for foretaket, og praksis viser blant annet at svik må anses bevist dersom det ikke finnes andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene, enn å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale.

I denne saken har forsikrede blant annet fremhevet språklige problemer, og at han ikke planla å tegne forsikring, men ble anbefalt dette av en rådgiver i banken ifm. låneopptak. Forsikringen er tegnet på et tidspunkt hvor bankene ikke var pålagt å dokumentere sin rådgivning, og det er ikke

dokumentert hvilke råd og bistand forsikrede fikk. Forsikrede har også fremhevet at han på tegningstidspunktet i april 2014 var i full jobb som sjåfør og hadde ingen helseplager som påvirket arbeidsevnen, og heller ikke hadde hatt dette siden han gikk over til sjåførjobben etter avsluttet attføring og sykemelding i 2008 og 2009. Dette støttes også av manglende journalføring av slike plager i perioden før tegning, og at han ikke hadde nevneverdige helsemessige problemer i årene etter tegning.

Slik saken er opplyst for nemnda, kan nemnda ikke se at foretaket har sannsynliggjort at forsikrede svikaktig eller grovt uaktsomt har holdt tilbake opplysningene for å oppnå en bedre avtale. Nemnda viser til at depresjonen fremstår som situasjonsbetinget, at det ikke er fremlagt dokumentasjon som belyser attføringsperioden (årsak, lengde og ytelser), og at forsikrede svarte på spørsmålene da det var nær fem år siden avslutningen av sykemeldingen for ryggplagene. Retningslinjene til Nemnda for helsevurdering (NHV) tilsier i et slikt tilfelle at nevnte forhold ikke skulle hatt betydning. NHV sitt formål er at "alle forsikringssøkere skal bli behandlet så likt som mulig ved kjøp av forsikring, samtidig som øvrige forsikringstakere ikke skal bære kostnaden av nye forsikringstakere med uforholdsmessig høy risiko. Retningslinjene oppdateres jevnlig ut fra den medisinske kunnskap som finnes i Norge og internasjonalt. Dermed kan alle forsikringssøkere bli behandlet likt, og flest mulig kan få tilbud om forsikring". ([www.Nemnda for helsevurdering finansnorge.no](http://www.Nemnda_for_helsevurdering_finansnorge.no))

I rettspraksis og rettslitteraturen reserveres grov uaktsomhet normalt for de tilfeller hvor forsikredes atferd innebærer et markert avvik fra det forsvarlige. Nemnda har vanskelig for å se hvordan det å unnlate å opplyse om forhold som etter NHVs retningslinjer ikke tillegges betydning, kan anses å utgjøre et markert avvik fra det forsvarlige. Etter nemndas oppfatning har foretaket ikke i tilstrekkelig grad dokumentert egen risikovurdering, og hvordan forholdene ville hatt betydning. Eksempelvis ved å legge frem egne retningslinjer.

Avslutningsvis bemerkes at foretaket ikke i tilstrekkelig grad har sannsynliggjort svik eller grov uaktsomhet, og foretaket kan dermed ikke si opp begge forsikringer etter fal. § 13-3.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

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