

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-736

13.10.2023

Tryg Forsikring NUF

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Tegning – uriktige opplysninger – svik – GU – avkortning – oppsigelse – Fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3, 13-13.

Forsikredes mor tegnet i august 2006 en barneforsikring for sin da 13 år gamle sønn. I helseerklæringsskjema opplyste hun om medfødt klumpfot, men opplyste ellers ikke om andre helseplager. Av tidligere legenotater fremgikk at forsikrede var henvist til BUP i 2001 som følge av adferdsproblemer hjemme og på skolen, og fikk da diagnosen F 91.1 usosialisert atferdsforstyrrelse. I januar 2004 hadde han plager i øyne, og i juni 2005 mistenkte legen pollenallergi. Videre fikk forsikrede behandling for hudplager på føtter og hender i januar 2006. I september 2006 noterte fastlegen 5 kraftige migreneanfall de siste 2 årene. Forsikrede fremmet krav 16.3.22. Foretaket avslo kravet 10.1.23 med henvisning til at forsikredes mor hadde brutt opplysningsplikten ved tegning. Saken reiste spørsmål om forsikredes mor ga uriktige opplysninger ved tegning, og i så fall om foretaket kunne avslå kravet og si opp dekningen. Saken reiste videre spørsmål om avslaget var gitt uten ugrunnet opphold. Nemnda la til grunn at foretaket hadde hatt tilstrekkelig fremdrift, og at foretaket hadde gitt beskjed uten ugrunnet opphold. Nemnda la videre til grunn at mor svarte uriktig på spørsmål om forsikredes utfordringer. Nemnda fant det derimot ikke tilstrekkelig bevist at mor svikaktig eller grovt uaktsomt hadde forsømt opplysningsplikten med unntak av opplysninger om migreneanfallene. Det var grovt uaktsomt av mor å ikke opplyse om disse, og etter en helhetsvurdering av sakens skjønnsmomenter avkortet nemnda med 15 %. Forsikrede ble gitt delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikredes mor tegnet 25.8.06 en barneforsikring.

Hun ga helseopplysninger 24.8.06. Hun opplyste om medfødt klumpfot, men opplyste ellers ikke om helseplager. Hun svarte således "nei" på spørsmål om psykiske plager eller problemer knyttet til atferd eller utvikling, og på spørsmål om eksem/psoriasis/andre hudlidelser, på spørsmål om bruk av reseptbelagte medisiner, og på spørsmål om andre forhold som kan ha betydning for barnets helse.

Hun signerte på at hun hadde lest orientering på baksiden, der det blant annet var opplyst:

3. Hvor detaljert skal du svare?

Er du i tvil om hva du skal svare. er det bedre å ta med for mye enn for lite.

...

6. Hva skal du opplyse om

Du skal opplyse om alle forhold det spørres om, selv om disse er tilbake i tid og barnet nå er å anse som frisk. Du skal opplyse om både fysiske og psykiske forhold.

Vanlige barnesykdommer, forkjølelse, influensa, lett sesongbetont allergi o.l. er det ikke nødvendig å gi opplysninger om.

Dekning ble innvilget med reservasjon knyttet til klumpfot.

Barneforsikringen opphørte pga. alder i 2020, og forsikrede tegnet fortsettelsesforsikring med dekning for den uførekapital som saken gjelder.

Relevante medisinske opplysninger fra før tegning

I 2000 noterte legen at forsikrede aldri hadde vært tørr natt eller dag, og at han tisset på seg 2-4 ganger per dag pluss om natten. Forsikrede ble også henvist fra PPT til BUP for barn med adferdsvansker.

BUP noterte i rapport i 2001 om henvisningsgrunn:

I inntak intervjuet beskrev mor og far at forholdet mellom (forsikrede) og lillebroren på 3 år var vanskelig. (Forsikrede) kunne slå, sparke og si stygge ord til lillebroren.

Det har også vært daglig problemer på skolen. (forsikrede) har kort utholdenhet, kommer lett i konflikt med medelever og er aggressiv. Han kan kaste ting rundt seg. Problematikken er økende.

Mor deltok i prosjektet/kurs "Små barn store adferdsvansker", i tilknytning til at forsikrede deltok på 17 avtaler ved Dinoskolen. Og under resultat ble det notert at provoserende adferd var bedret ved kurset, og at mor hadde lært teknikker for bedre å mestre forsikrede. Diagnose var F 91.1 usosialisert atferdsforstyrrelse.

BUP noterte 31.10.02 at mor mente det det gikk bedre med forsikrede, og at forsikrede " hadde fått full oppdekning med vernepleier på skolen". Foreldrene ønsket å avvente en videre utredning, og forsikrede ble avsluttet ved BUP.

Fastlegen noterte 23.1.04 økende plager med øynene, at han lett ble sliten/fikk hodepine av å lese, med problemer å følge teksten. Han ble henvist til øyelege, som 5.5.04 noterte at forsikrede mente det gikk bedre. Han nektet å la seg dryppe for undersøkelse, og øyelegen antok han antakelig var noe "hyperop".

Den 17.6.05 ble det notert rennende nese og øyne, og kløe i hals. Legen mistenkte pollenallergi. Dette ble imidlertid ikke konstatert fordi forsikrede nektet å ta allergitest. Legen skrev ut medikamentet Kerastin.

Den 20.1.06 noterte legen utslett på føtter og fotsåler i 3 uker, og at det så ut som atopiske vinterføtter og forsikrede hadde også lett avskallende eksem på hender. Det ble forsøkt med steroid krem.

Relevante medisinske opplysninger fra etter tegning

Fastlege noterte 27.9.06 at forsikrede hadde hatt 5 kraftige migreneliknende anfall de siste 2 årene, og om symptomer med synsforstyrrelse, nummenhet i ansikt og arm, pulserende smerte frontalt, men at forsikrede var usikker på hvor smertene satt. Forsikrede var ofte kvalm med oppkast og lysskyhet, og han måtte som regel gå å legge seg. Forsikrede hadde forsøkt Paracet uten effekt, og fikk utlevert hodepineregistreringsskjema. Det var opphopning av migrene i familien. Det ble avtalt registrering og rekontakt etter dette.

Deretter 5.12.06 ble det notert:

Pas har gjennom flere år hatt diffuse magesmerter. Ofte lokalisert i nedre del av abdomen smertepisoder har ulik varighet og karakter. Usikker relasjon til matvarer. Har svært hyppig avføring. Inntil 6 ganger daglig det kommer da lite avføring de siste ganger. Opplever det vanskelig at han på skole ikke får gå på toalettet i undervisningstimer, og forteller at både far og bestefar har mye mageplager. Mistenker irritabel tarm. Enes

likevel om å ta prøver på matallergi. Diskuterer mulighet for henvisning til barnelege/coloscopi dersom mistanke om inflammatorisk tarmsyndrom.

Fastlegen noterte 15.2.07 mottak av logg, og at mor opplyste å ha mangeårige migreneplager, og at hun var sikker på at forsikrede hadde det samme.

Deretter 19.2.07 hodepineanfall klinisk tolket som migrene, og at det skulle forsøkes med Imigran. Videre flere angstanfall. Det ble vist til atferdsproblemer tidligere, og at det nå var "noe adferdsproblemer i forhold til skole", og forsikrede ble henvist til psykisk helsetjeneste.

Fastlegen noterte 17.9.07 en "tung konsultasjon" om depresjon, der forsikrede var lite meddelsom og irettesatte legen når han mente legen stilte for personlige spørsmål. Det ble avtalt eksternt at PPT skulle starte utredning.

I 2009 ble det notert mye skolefravær pga. migrene, at forsikrede var lite samarbeidsvillig, nektet å bruke medisiner, og at det var uklart hvor ofte han fikk anfall.

Videre notater viste angst, og 24.5.11 at han hadde sluttet på videregående skole pga. sykdom, og at han stort sett lå til sengs. Han hadde vært mye sint, men var nå mer lei seg. Diagnose Psykisk lidelse. Videre at han pga. sykdom ikke hadde avsluttet skoleårene 2009-2011.

I 2012 ble det notert at han fortsatt ikke klarte å følge opp skole, og at han ikke ville ha noe med helsevesenet å gjøre.

Den 31.1.14 notere legen en rekke plager og forsikrede fremsto påfallende og irritabel, og at legen mente forsikrede åpenbart trengte hjelp, men at det ikke var mulig å få til noen relasjon med forsikrede om dette.

Fastlegen noterte i 2017 at forsikrede reagerte sterkt på at faren var død i en ulykke. Videre om isolasjon og angst/depresjon og lite aktivitet. Han nektet å følge opp ift. Nav, og hadde "alltid hatt vansker med å forholde seg til rammer, og vansker med å tilpasse seg.". Videre at han alltid hadde hatt vesentlige sosiale utfordringer.

Fra legeerklæring ved arbeidsuførhet 18.9.17:

Pasienten kom sammen sin mor til konsultasjon i juni. Det kommer fram flere helseutfordringer som angst, depresjon og søvnvansker. Det er vanskelig å opprette en allianse med pasienten og få han på troa til at han kan hjelpes. Han føler han bare møter motgang og u.t. får inntrykk av at han gjerne vet dette best selv. V. gjennomgang av tidligere journal ble han operert for klumpfot på begge sider i fireårsalderen, noe som fortsatt begrenser ham i fysisk aktivitet. Ser han også tidligere siden han var meget ung vært skeptisk til hjelpeapparat og bla irettesatte legen da samtalen ble for personlig. Han ble utredet PPT, konklusjonen vites ikke, på 2000 tallet. Han hadde spesped. timer Han hadde samtaler med kommunal psykolog. Han ble utredet i BUP, dg. usosialisert personlighetsforstyrrelse, og foreldrene deltok i foreldreveiledningsprogram i 2002.

Senere har han hatt lite kontakt med helsevesenet, men åpenbart strevd med å skolegang og hverdagsliv. Pas. er ikke særlig motivert for utredning og behandling da ha mener han ikke kan hjelpes ...

Fra legeerklæring ved arbeidsuførhet 25.7.18:

Viser til tidligere sendt erklæring 18.09.17. Pas. har siden barneår slitt psykisk. Droppet ut av skole mange ganger ilet livet. Sover lite. Angst. Han ble utredet i BUP, dg. usosialisert personlighetsforstyrrelse, og foreldrene deltok i foreldreveiledningsprogram i 2002. Senere har han hatt lite kontakt med helsevesenet fram til siste året, hatt allianse med tidligere (...), fyldig journal siste år. Oppfølging fra (...) DPS nylig avsluttet, diagnose mild tilbakevendende depresjon, søvnproblematikk sekundært til depresjon, antydnet også personlighetsproblematikk.

I henvisning 25.11.20 til spesialisthelsetjenesten med diagnose psykisk lidelse skrev legen bl.a.:

Antydning av diagnose i retning av tvangspreget og skizoid/schizotyp PF, ikke satt pga. utilstrekkelig grunnlag. ... Iflg. mor store sosiale utfordringer siden førskolealder som har vedvart inn i voksenlivet. ... Gjennomgående egenrådig, avvisende og tildekket i samtaler her, ikke tidligere vist interesse av utredning, gitt uttrykk for håpløshet.

Årsaken til manglende diagnose var at forsikrede gjennom årene i liten grad hadde samarbeidet om utredninger, innleggelser m.m.

DPS notere 7.12.20 blant annet at han nå delvis samarbeidet, men svarte ordknapp, ønsket ikke å utdype og var lite motivert for videre utredning.

I 2021 ble det notert angst og ønske om rask utredning og at han hadde problemer med Nav, men etter hvert at han avsto utredning fordi dette forutsatte innleggelse, noe han ikke ville.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet 13.12.21 med hoveddiagnose personlighetsforstyrrelse skrev legen om historikk bl.a.:

Oppfølging fra BUP i barneår pga. usosialisert atferdsforstyrrelse (diagnose 2002).

...

Hans egenrådige væremåte, krenkbarhet og kan spores helt tilbake til barneskoletiden og har vedvart opp i voksen alder, han har vært gjennomgående ordknapp og egenrådig i konsultasjoner her ser av tidligere journal at samme problematikk var gjeldende fra konsultasjoner helt tilbake til 2007, spredte konsultasjoner med. problemstillinger angst og depresjon men ikke tilgjengelig for samtalebehandling.

Pafallende lav fungering, fra tidligere utredning antydning av diagnose i retning tvangspreget og skizoid /schizotyp PF, ikke satt diagnose da man, ikke fikk gjennomført tilstrekkelig kartlegging, dette var også tilfelle ved alle senere vurderinger (pas. vil ikke innlegges, samarbeider for dårlig til kartlegging)

...

Hans lyte har vedvart siden han var barn og må dermed sies å være varig

Nav innvilget 10.2.22 forsikrede 100 % uføretrygd som ung ufør.

Forsikrede meldt krav til foretaket 16.3.22, og opplyste at Nav hadde innvilget 100 % uføretrygd, med første symptomer i august 2017.

Den 21.3.22 sendte foretaket en bekreftelse på registrert sak, og vedla et fullmaktsskjema, som ble signert av forsikrede 24.3.22.

Foretaket henvendte seg til Nav med forespørsel om dokumentasjon 10.5.22, som Nav oversendte 30.5.22.

Foretaket tok igjen kontakt med forsikrede 13.6.22, og spurte om utvidet fullmakt, samt informerte om lang saksbehandlingstid. Fullmakten ble signert av forsikrede samme dag.

Foretaket henvendte seg til forsikredes fastlegekontor 9.8.22, og spurte om ytterligere dokumentasjon. Dokumentasjonen ble sendt 16.9.22, mottatt av foretaket 22.9.22.

Foretakets Helseavdeling vurderte saken 27.10.22. Den 7.11.22 tok foretaket kontakt med forsikredes mor med spørsmål knyttet til opplysningsplikten. Den 10.11.22 bekreftet moren pr. e-post at de opplysninger hun ga i forbindelse med tegning av barneforsikring i 2006, var korrekte.

Foretaket varslet forsikrede om at foretaket ville vurdere å helt eller delvis nekte erstatning på grunnlag av forsømt opplysningsplikt ved tegning i brev av 17.11.22. I brevet ble forsikrede også gitt mulighet til å kommentere avslaget. Forsikrede fremsatte innsigelser til dette 7.12.22.

Den 10.1.23 avsto foretaket kravet.

I erklæring 31.1.23 skrev fastlegen at hun hadde vært hans fastlege i oppveksten, og at han i tiden "fra fødsel og frem til 2006 hadde han ingen spesielle helseplager." Videre at tilbudet ved Dinosaurskolen var vanlig og ble benyttet av mange.

Forsikrede har i det vesentlige anført at foretakets avslag ikke ble gitt uten ugrunnet opphold, og at forsikrede derfor har krav på uførekapital, jf. § 13-13 og Rt-2013-1235. Subsidiært anføres det at forsikringstaker ikke ga uriktige helseopplysninger, idet tidligere plager var borte da dekningen ble tegnet i 2006. Dette er også bekreftet av fastlegen. Forsikredes mor ikke er å bebreide for at hun ikke opplyst om tidligere utfordringer, og som ikke lenger var til stede.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikringstaker ga uriktige opplysninger, idet hun skulle opplyst om forsikredes plager knyttet til tidlig påviste og vedvarende adferdsdiagnose/usosialisert personlighetsforstyrrelse, oppfølging fra BUP og fra skole, hodepineanfall og synsforstyrrelser/lysskyhet, nummenhet i ansikt, arm, kvalme, oppkast. Hun utviste med dette sviks hensikt. Spørsmålene var klare, og problemene tydelige, og det er ingen annen rimelig forklaring enn at forsikrede med hensikt ga de uriktige opplysningene for å få tegne forsikring. Hun ville ikke fått tegnet dekningen på samme vilkår med korrekte opplysninger. Subsidiært anføres det at forsikrede utviste grov uaktsomhet. I begge tilfelle kan foretaket avslå krav og si opp dekningen. Foretakets saksbehandling var innenfor § 13-13. Det er vist til LA-1999-392, FSN-4976, FSN-5383, FSN 5535, FSN-6172.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav om erstatning under en uføredekning, og reiser spørsmål om forsikringstaker (mor) ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og hvilke beføyelser foretaket i så fall kan gjøre gjeldende, jf. §§ 13-2 annet ledd og 13-1a. Saken reiser også spørsmål om foretaket har reklamert iht. fal. § 13-13.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede svikaktig har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen, er at foretaket har gitt forsikringstaker beskjed "uten ugrunnet opphold etter at foretaket ble kjent med" forholdet som medførte at avkortingsreglene kan anvendes, jf. fal. § 13-13.

Nemnda ser derfor først på om foretaket har varslet i tråd med de krav loven stiller.

Utgangspunktet for fristen er tidspunktet når foretaket får kunnskap om at det kan påberope seg bevisst uriktige opplysninger, jf. ordlyden til bestemmelsen i § 13-13 annet ledd annet punktum, jf. nemndsavgjørelsene FinKN-2017-552 og FinKN-2012-257. I dette ligger et krav om at foretaket må ha positiv kunnskap, se NOU 1983:56 s. 96 og Rt-2013-1235 avsnitt 44, hvor det legges til grunn at en kvalifisert mistanke kan være tilstrekkelig for at fristen begynner å løpe. Lengden på et foretaks frist etter § 13-13 er relativ, og må vurderes konkret i den enkelte sak. En anførsel om svik eller grov uaktsomhet er en alvorlig beskyldning, som tilsier at foretaket må ha forsvarlig beslutningsgrunnlag for sin beslutning, jf. avgjørelse FinKN-2017-552. Det vil si at foretaket må gis tilstrekkelig tid til å innhente opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte foretakets mistanke. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at foretaket tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet fra foretakets side.

I denne saken ble avslag gitt ca. ti måneder etter framsatt krav. Selv om foretakets saksbehandling strekker seg over noe tid, kan nemnda ikke se at foretakets saksbehandling preges av passivitet eller unødige undersøkelser. Nemnda legger til grunn at foretaket har hatt tilstrekkelig fremdrift, og nemnda er av den oppfatning at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Det neste spørsmålet nemnda tar stilling til er om forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som svikaktig. Bestemmelsen i fal. § 13-2 fastsetter at dersom forsikringstakeren har "svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a", så vil foretaket være uten ansvar.

Bestemmelsen i fal. § 13-1 a første ledd fastsetter at foretaket ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av foretakets risiko. Etter annet ledd plikter den forsikrede å gi "riktige og fullstendige svar" på foretakets spørsmål. På foretakets oppfordring skal forsikringstakeren dessuten "gi opplysninger om særlige forhold" som den forsikrede "må forstå er av vesentlig betydning" for foretakets vurdering av risikoen. Nemnda har tidligere påpekt at det sentrale i opplysningene som etterspørres, er at de skal danne grunnlag for foretakets risikovurdering. Dette formålet vil derfor stå sentralt ved tolkningen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld, jf. 2015-397, 2012-228 og 2022-1043.

Det er foretaket må bevise at forsikringstaker har handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s. 88 og nemndsavgjørelsene 2020-460, 2020-532. Nemnda legger til grunn at beviskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet lik den som gjelder for svik, og som er klar sannsynlighetsovervekt både for spørsmålet om det for ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikringstaker (mor) svarte uriktig på spørsmål om forsikredes (barnets) utfordringer. I vår sak svarte forsikringstaker (mor) nei på spørsmål om forsikrede (barnet) hadde hatt problemer knyttet til psyke, adferd eller utvikling. Det var objektivt uriktig ikke å opplyse om bakgrunnen for forsikredes (barnets) deltakelse på Dinosauruskolen ved BUP, samt adferdsproblemer hjemme og på skolen i 2001. Videre var det uriktig ikke å opplyse om eksem/hudlidelser og om reseptbelagte medikamenter. Når det i september 2006 ble opplyst om 5 kraftige migreneanfall de siste 2 årene, var det uriktig å ikke opplyse om dette på spørsmål om andre forhold som kunne ha betydning for barnets helse.

Neste spørsmål er om forsikrede (mor) ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om forsikredes (barnets) helse ved tegning, har utvist svik eller grov uaktsomhet. Grov uaktsomhet er et mindre alvorlig forhold enn svik, og bygger på det samme grunnlaget som anførselen om svik. Nemnda har lagt til grunn at når foretaket opprinnelig avslår med grunnlag i svik, så kan nemnda i klageomgangen basere sin avgjørelse på grov uaktsomhet, jf. avgjørelse 2016-231. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Nemnda finner grunn til å se på de uriktige opplysningene knyttet til forsikredes atferdsforstyrrelser, eksem/hudlidelse og migreneanfall hver for seg.

Når det gjelder atferdsvanskene, har nemnda under sterk tvil kommet til at det ikke er klart sannsynliggjort at forsikringstaker (mor) svikaktig eller grovt uaktsomt forsømte sin opplysningsplikt ved tegningen. Slik saken er opplyst for nemnda, legger nemnda til grunn at forsikredes (barnets) adferds- og tilpasningsproblemer ikke er dokumentert å være særlig fremtredende i årene fra 2002 og til tegningen i 2006, og at bevisbyrden for grov uaktsomhet og svik ikke er oppfylt for disse plager/utfordringer. Nemnda bemerker at det her er tale om en barneforsikring hvor tegningstidspunktet ligger tilbake i tid, hvor den generelle oppmerksomheten rettet mot atferds- og tilpasningsproblemer var en annen i dag, samt at en periode på fire år representerer relativt lang tid tatt barnets alder i betraktning. Det at bevisbildet kunne ha vært et annet med bedre dokumentasjon er ikke relevant; etter nemndas syn har foretaket hatt god foranledning til å sørge for sakens opplysning.

Slik saken er opplyst for nemnda, fremstår forsikredes hudplager som mindre og forbigående, og nemnda kan ikke se at forsikringstaker (mor) svikaktig eller grovt uaktsomt forsømte sin opplysningsplikt om hudplagene ved tegningen. Nemnda nevner at alminnelig eksem typisk gir forsikring på vanlige vilkår.

Nemndas vurdering er en annen for migreaneanfallene. Av den kliniske dokumentasjonen fremgår at forsikrede hadde hatt migreaneanfall de siste to årene før tegning, og at det er opphopning av migrene i familien. I den kliniske dokumentasjonen er det også notert at mor var sikker på at barnets migreaneanfall var det samme som hun selv hadde. Nemnda legger til grunn at mor selv var kjent med symptomene og at forsikrede måtte legge seg etter et anfall. Det er ikke avgjørende at forsikrede ved tegning ikke hadde fått en diagnose. Selv om opplysningene som er fremlagt for nemnda er knappe, finner nemnda at det var grovt uaktsomt av forsikringstaker å ikke opplyse om disse migrenetype anfall. Etter nemndas oppfatning er bevisbyrden for sviks hensikt ikke oppfylt.

Det følger av fal. § 13-2 annet ledd at foretakets ansvar kan settes ned dersom forsikringstaker ga uriktige opplysninger, og er mer enn lite å laste. Avkortningsregelen er skjønnsmessig. Det vil si at det er opp til nemndas skjønn å fastsette hva som er korrekt avkortning i den konkrete saken. Avkortningen kan være fra 0 til 100 % av erstatningsbeløpet. Ved avgjørelsen følger det av bestemmelsens tredje ledd at det skal "tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for forsikringsforetakets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers", jf. tredje ledd.

Etter nemndas foregående vurdering av om mor har utvist sviks hensikt eller grov skyld når hun har gitt uriktige opplysningene om forsikredes atferdsforstyrrelser, eksem/hudlidelse og migreaneanfall, er det kun relevant å vurdere betydningen av at mor har utvist grov uaktsomhet ved ikke å opplyse om migreaneanfallene. Slik saken er opplyst for nemnda, foreligger det begrensede opplysninger i den kliniske dokumentasjonen om forsikredes hodepine-/migreneplager i voksen alder.

Nemnda ser først på "hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen", jf. tredje ledd. Det legges her opp til en pro rata-tankegang: Hva ville selskapet ha gjort dersom det hadde kjent til det rette forholdet: overhodet ikke ha inngått noen avtale, eller inngått en avtale med annet innhold, altså inntatt en reservasjon? Som påpekt av Wilhelmsen, er pro rata-avkortning ved gale opplysninger hentet fra tidligere fal. 1930 § 6, og grunntanken er at forhold som ikke har hatt noen betydning for risikovurderingen, heller ikke bør føre til noen avkortning (Wilhelmsen, "Feil i egenerklæringsskjema ved salg av bolig som forsikringsrettslig innsigelse", Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett 2018 nr. 4, s 173 flg.). Momentet må som nevnt sees i sammenheng med utgangspunktet for opplysningsplikten, som skal gjelde forhold som har betydning for risikovurderingen. Forsikringsforetaket har opplyst at opplysninger om migreaneanfallene ville ført til en reservasjon for hodepine/migrene. Riktige opplysninger om migreaneanfallene ville med andre ord ikke ført til annet enn en reservasjon mot en risiko, som etter nemndas syn ikke er dokumentert å være av særlig betydning for forsikredes uførhet. Feilen tillegges derfor ikke særlig vekt.

Til forskjell fra fal. 1930, er ikke feilens betydning for risikovurderingen avgjørende; det følger av tredje ledd at også andre vurderingsmomenter skal tas i betraktning. Det andre momentet er skyldgraden. Slik saken er opplyst for nemnda – med den begrensede informasjonen som foreligger om migrene og hodepine i den kliniske dokumentasjonen – kan etter nemndas syn forsikringstakers grove uaktsomhet ved ikke å opplyse om migreaneanfallene, ikke sies å ligge i øvre sjikt av grov skyld. Selv om grov uaktsomhet i seg selv tilsier avkortning, kan ikke momentet tillegges en slik vekt når momentet ses i sammenheng med øvrige momenter.

Det tredje momentet er skadeforløpet. Formuleringen "skadeforløpet" er uttrykk for et krav om årsakssammenheng mellom det forhold som det er gitt uriktige opplysninger om og den inntrådt skaden. Ifølge forarbeidene vil "det være lite rimelig" å reagere med en "kraftig nedsettelse av ansvaret eller fullt bortfall av erstatningen" dersom det er klart at det ikke er årsakssammenheng, mens situasjonen er motsatt hvis det er på det rene at det er "direkte årsakssammenheng". Om det uopplyste forhold er "en av flere årsaksfaktorer, må det legges vekt på hvilken forholdsmessig betydning det uopplyste forhold har hatt i årsaksforløpet", se NOU 1987: 24 s. 95. Slik nemnda ser det, er det ikke i tilstrekkelig grad godtgjort at det er sammenheng mellom de grovt uaktsomt tilbakeholdte opplysninger om migræne og forsikredes uførhet. Den "forholdsmessige betydning av det uopplyste forhold ... i årsaksforløpet", tilsier at avkortning ikke skal foretas i tilfeller hvor det ikke foreligger årsakssammenheng mellom uriktige opplysninger og forsikringstilfellet.

For det fjerde skal det tas hensyn til "forholdene ellers". I forarbeidene er det fremhevet at "Uttrykket "omstendighetene for øvrig" åpner etter gjengs fortolkning en fakultativ adgang til å legge vekt på i hvilken grad en avkortning vil få urimelige økonomiske konsekvenser for sikrede", Ot.prp.nr. 49 (1988–1989) Om lov om forsikringsavtaler m.m. s. 121.

Etter nemndas syn kan avkortning under barneforsikring fordi forsikringstaker (typisk foresatte) grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger om et forhold som ikke står i sammenheng med forsikringstilfellet (her forsikrede barns uførhet), føre til urimelige økonomiske konsekvenser for forsikrede barn. Nemnda peker på at under en barneforsikring kan det forsikrede barnet selv vanskelig verge seg mot at forsikringstaker (foresatte) gir uriktige opplysninger i tegningssituasjonen, og har i liten grad mulighet til å korrigere gale opplysninger. Like fullt foretas det i forsikringsretten full identifikasjon mellom foreldre og barn, og slik må det nødvendigvis være. Nemnda peker samtidig på at rimelighetshensyn har ført til motsatte løsninger i alminnelig erstatningsrett, hvor det ikke er adgang til aktiv identifikasjon mellom foreldre og barn, jf. Rt-2002-1283. Dersom foresatte i en tegningssituasjon grovt uaktsomt gir uriktige opplysningene som har liten eller ingen betydning for foretakets vurdering av risiko i relasjon til det senere oppståtte forsikringstilfellet, fordi en annen risiko, uten tilknytning til de uriktige opplysningene, materialiserer seg, vil forsikringen kunne fungere som en "felle" for et forsikret barn: Avkortning vil i realiteten medføre at forsikrede står uten dekning også for risiki uten tilknytning til uriktige opplysninger. Rettssystematisk peker nemnda på at fal. § 13-4 forutsetter at de tilbakeholdte opplysningene må ha hatt betydning for foretakets risikovurdering; foretaket kan ikke påberope seg opplysninger som "var uten betydning for foretaket", jf. annet punktum. I denne sammenhengen blir det ikke riktig å si at de uriktige opplysningene ikke ville hatt betydning, all den tid korrekte opplysninger ville medført en reservasjon, men slik saken er opplyst for nemnda fremstår avkortning nærmest som en tilfeldig fordel for foretaket. Sammenfatningsvis synes dermed avkortning å føre til urimelige økonomiske konsekvenser for forsikrede barn. Nemnda peker på at vurderingen av hva som er urimelige økonomiske konsekvenser vil kunne se annerledes ut i tilfeller der det er tale om ytelser som tilfaller forsikringstaker (foresatte) selv, for eksempel ved barnets sykehusinnleggelse.

I tidligere nemndspraksis fra personforsikring har en i saker hvor forsikringstaker har utvist grov uaktsomhet, og forsikredes uførhet skyldes et forhold som det ikke er opplyst om, eventuelt også at forholdet ville hatt betydning for selskapets risikovurdering, typisk avkortet mellom 70-100 %, Det er mange eksempler på avkortning på 100 % hvis nemnda legger at foretaket ville nektet forsikring dersom det var gitt korrekte opplysninger.

Etter nemndas oppfatning trekker sakens skjønnsmomenter både enkeltvis og samlet i retning av en kraftig redusert avkortingsprosent, og nemnda avkorter derfor 15 %.

Hva gjelder advokatutgifter, bemerkes for ordens skyld at saksomkostninger ikke har vært et tema for Finansklagenemnda. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at hvis forsikrede får medhold, har nemnda i en tidligere sak uttalt at et selskap var "objektivt ansvarlig for klagers nødvendige og rimelige advokatkostnader, men tar i tråd med praksis ikke nærmere stilling til utmålingen", jf. avgjørelse 2023-109. Se også avgjørelsene 2022-563 og 2022-195. Foretakets erstatningsansvar er for øvrig hjemlet i fal. § 21-2. Forsikrede må eventuelt ta dette opp med foretaket.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

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