

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-9

6.1.2023

Storebrand Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Kritisk sykdom - søknad avgangsført/avslått - utstedt forsikringsbevis – økonomisk tap - fal. § 12-2 og avtl. § 32.

Klager søkte i 2017 om dekning for dødsrisiko og kritisk sykdom. På søknadstidspunktet gjennomgikk klager en organtransplantasjon, og kontakten med selskapet skjedde derfor via klagers ektefelle. Selskapet hadde ikke registrert fullstendig forsikringssøknad fra klager i 2017/2018. Etter flere purringer på oppgitt e-postadresse ble søknaden avgangsført. I oktober 2020 fikk klager påvist hjernekreft. Han søkte om tilsvarende dekninger i desember 2020, som selskapet avsto med henvisning til klagers helsesituasjon. Ved en feiltakelse utstedte selskapet forsikringsbevis med angitt betalingsfrist for premieinnbetaling. Klager fikk senere refundert betalt premie, og ble orientert om at forsikringsbeviset var sendt ut ved en feil. Saken reiste spørsmål om selskapet på en erstatningsbetingende måte var ansvarlig for at klager ikke fikk tegnet en livs- og kritisk sykdomsforsikring. Videre om selskapet var ansvarlig som følge av et feilaktig utsendt forsikringsbevis. Etter en konkret vurdering bemerket nemnda at klager ikke hadde sannsynliggjort at han hadde sendt inn en fullstendig forsikringssøknad i 2017-2018. Han hadde heller ikke sannsynliggjort at han ville ha fått tegnet forsikring med bakgrunn i egen helsesituasjon. Avtale var dermed ikke inngått. Nemnda konkluderte videre med at selskapet ikke var bundet av tilsendt forsikringsbevis og viste til at det fremgikk av sakens dokumenter at klager burde ha skjönt at forsikringsbeviset var utsendt ved en feiltakelse. Selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Klager søkte i oktober/november 2017 om livsforsikring og kritisk sykdom-dekning. Det var klagers ektefelle som hadde dialog med selskapet vedrørende søknaden.

Klager gjennomgikk 14.10.17 en organtransplantasjon og var innlagt på sykehus.

Den 31.10.17 fikk klager utbetalt kr 500 000 fra selskapet under arbeidsgivers kollektive kritisk sykdomsforsikring.

Klagers ektefelle kontaktet selskapet 1.11.17 og 3.11.17. Hun søkte om egen livs- og kritisk sykdom dekning. Videre gjaldt dialogen opprettelse av bankkonti og refinansiering av lån.

Klagers søknad om livsforsikring og kritisk sykdom ble tilgjengeliggjort fra selskapet 3.11.17 på e-post til klager. Selskapet mottok deretter informasjon om at klager ikke hadde tilgjengelig BankID, og selskapet sendte på ny søknadsdokumentene i papirformat.

I e-post til klagers ektefelle 3.11.17 opplyste selskapets rådgiver bl.a. at:

Da er søknaden ferdig, og det gjør meg veldig glad å kunne si at vi har innvilget boliglån ... Vi har regnet på forsikringene deres på nytt - ... Vi ser at verken du eller (klager) har dekning ved Kritisk sykdom, og (klager) sin livsforsikring for dødsfall er på ca 1,6 mill. Han har en god uføredekning! Derfor anbefaler vi 400.000,- i Kritisk Sykdom-forsikring, som koster 130,- for deg, og 178,- for (klager). Samt en dødsfallsforsikring på

(klager) på 1,5 mill - samme som deg, for 297,-. Da har dere like dekningen Skal jeg legge opp det, og sende tilbudet på lånet? Så kan jeg få en kollega til å kontakte deg om fondsparing!

Selskapets rådgiver sendte ny e-post til klagers ektefelle samme dag:

Alt av skadeforsikringer ligger på (klager) med hans livsforsikringer, dine livsforsikringer og barneforsikringer er på deg. Vedrørende helseerklæring må den fylles ut igjen. Beklager det. Jeg burde fått med alle på onsdag. Håper det går fint å fylle ut igjen ...

I annen e-post til klagers ektefelle skrev rådgiveren følgende:

Hei igjen.

En rettelse. Helseerklæringen til (klager) blir sendt sammen med lånedokumentene. Så han slipper å gjøre noe selv nå.

Av e-post datert 10.11.17 til klagers ektefelle fremgår:

... Det gikk fort! Alt er signert, så da blir det trolig utbetalt på mandag eller tirsdag.

Selskapet registrerte ikke noen tilbakemelding fra klager og etter purring på klagers e-post 13.11., 27.11. og 6.12.17, ble søknaden avgangsført.

Samme prosedyre ble gjennomført etter ny henvendelse 4.1.18, og søknaden ble avgangsført 5.2.18.

Klager fikk i oktober 2020 påvist hjernekreft.

Klager søkte på ny om tilsvarende dekninger 17.12.20, og etter mottatt helseerklæring 4.1.21 sendte selskapet avslagsbrev 28.1.21. Avslaget ble begrunnet med at klager tidligere var levertransplantert og at han hadde hatt komplikasjoner i form av nyresvikt. Det ble også vist til nyoppdaget hjernekreft.

Selskapet sendte likevel, som følge av en intern saksbehandlingsfeil, ut forsikringsbevis for dekningen kritisk sykdom (utstedt 29.1.21) for perioden 17.12.20-1.9.21.

Etter avslaget kontaktet klagers ektefelle selskapet på ny 3.4.21, og etterlyste bl.a. hva som hadde skjedd med kritisk sykdomsdekningen.

Selskapet oppfattet dette som et krav under polisen, og det ble rutinemessig innhentet informasjon om klager. Kravet ble avslått med henvisning til at det ikke forelå noen forsikringsavtale.

I brev av 9.6.21 skrev selskapet at polisen for dekningen kritisk sykdom ved en feil ikke hadde blitt avgangsført. Videre opplyste selskapet at innbetalt premie for perioden 17.12.20- 9.6.21 inkl. renter, ville bli refundert. Saken ble avsluttet 10.6.21.

Selskapet mottok ny egenerklæring fra klager 15.6.21. Saken ble automatisk reetablert, før den igjen ble avsluttet 22.6.21.

Klager har i det vesentlige anført at selskapet må være ansvarlig for forsikringstilfeller som har inntruffet etter søknad om kritisk sykdomsforsikring ble innsendt selskapet i 2017, jf. fal. § 12-2. Det bestrides at selskapet ikke mottok egenerklæring om helse fra klager. Selskapet har bekreftet at egenerklæringsskjema er mottatt. I 2017 var det opprettet vergemål, hvor ektefellen var klagers verge. Selskapet sendte e-poster til en konto klager ikke hadde tilgang til. Videre var selskapet kjent med vergemålet. Nevnte forhold sannsynliggjør at klager var i god tro mht. at han var dekket av en ny kritisk sykdomsforsikring. Anførselen om at klager uansett ikke ville fått tegnet forsikring faller på sin egen urimelighet, jf. at han fikk tegnet forsikring i 2020/2021. Selskapet er bundet av tilsendt forsikringsbevis datert 29.1.21. Klager har betalt premie for denne avtalen. På søknadstidspunktet anså klager seg som frisk og la til grunn at avslagsbrevet var uriktig. Selskapet

må i et slikt tilfelle være bundet av sin bekreftelse på at det var inngått avtale om en kritisk sykdomsdekning.

Selskapet har i det vesentlige anført at det ikke er inngått avtale om kritisk sykdomsforsikring med klager. En søknad om syke- og livsforsikring forutsetter at forsikringssøker har avgitt en egenerklæring om helse. Forsikringssøknaden vil derfor tidligst anses som fullstendig når egenerklæringen er avgitt og mottatt. Selskapet har, til tross for en rekke påminnelser, ikke mottatt fullstendig søknad om forsikring fra klager i 2017/2018. Klager anfører at han var dekket av forsikringen i det han anmodet om en bestemt forsikring i 2017, jf. fal. § 12-2. Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse i et tilfelle hvor klager ikke har avgitt en fullstendig søknad. Videre var klagers helse på søknadstidspunktet slik at søknaden sannsynligvis ville blitt avslått, jf. erstatningsoppgjøret under den kollektive dekningen 31.10.17. Kvitteringene som angivelig beviser at selskapet har mottatt klagers egenerklæring, viser til utfylling av egenerklæring for klagers ektefelle. Disse var også sendt til hennes e-postadresse. Videre var selskapet ukjent med at klager på søknadstidspunktet var under vergemål. Klager må også ha forstått/burde ha forstått at tilsendt forsikringsbevis var en feilutsendelse. Det vises til begrunnelsen som selskapet ga for avslaget på søknaden, og som klager mottok før han fikk tilsendt forsikringsbeviset.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om selskapet på en erstatningsbetingende måte er ansvarlig for at klager ikke fikk tegnet livs- og kritisk sykdomsforsikring i 2017/2018, herunder evt. spørsmål om det foreligger et økonomisk tap. Videre om selskapet er ansvarlig under kritisk sykdomsdekningen som følge av feilaktig utsendt forsikringsbevis.

Klager har anført at selskapet må være ansvarlig for forsikringstilfeller som har inntruffet etter søknad om kritisk sykdomsforsikring ble innsendt selskapet i 2017, jf. reguleringen av ansvarstiden i fal. § 12-2. Selskapet har på sin side anført at det ikke er inngått avtale om kritisk sykdomsforsikring, fordi søknad om slik forsikring forutsetter at forsikringssøker har avgitt en egenerklæring om helse, og at selskapet ikke mottok slik erklæring i 2017/2018.

Slik saken er opplyst legger nemnda til grunn at klager ikke sendte inn en fullstendig forsikringssøknad i 2017-2018. Klager mottok derfor ikke noen bekreftelse på at avtale var inngått (endelig forsikringsbevis). Klagers anførsel om at han trodde at han hadde fått innvilget en forsikringssøknad i 2017/2018 kan etter nemndas syn ikke føre frem. Nemnda kan heller ikke se at klager har sannsynliggjort at det faktisk ble sendt inn helseopplysninger, eller at selskapet på en erstatningsbetingende måte er skyld i at avtale ikke ble inngått i 2017-2018. Det må etter dette legges til grunn at avtale ikke er inngått.

Selv om helseopplysninger skulle vært innsendt, har selskapet opplyst at søknaden ville ha blitt avslått. Selskapet er dermed uansett ikke bundet av søknaden, jf. fal. § 12-2 tredje ledd annet og tredje punktum.

Spørsmålet blir etter dette om selskapet er bundet av tilsendt forsikringsbevis datert 29.1.21. Det fremgår av forsikringsbeviset at avtalen gjelder en Kritisk sykdom med forsikringssum kr 400 000.

Klager hadde på dette tidspunktet allerede mottatt selskapets avslag på sin søknad i brev datert 28.1.21. I dette brevet er det uttalt at "Helsebedømmelsen er nå foretatt, og vi må dessverre gi deg avslag på dødsfallsforsikring og dekningen kritisk sykdom." Avslaget er begrunnet med "opplysninger om at du er levertransplantert og har komplikasjoner i forbindelse med dette (nyresvikt), samt opplysninger om nyoppdaget hjernekreft og at du er under behandling for dette. Samlet sett medfører dette en særskilt forsikringsmessig risiko for fremtidig arbeidsuførhet og sykdom så avtale om forsikring kan ikke inngås."

Det følger av avtalelovens § 32 at: "Den, der har avgitt en viljeserklæring, som ved feilskrift eller anden lignende feiltagelse fra hans side har faat et andet indhold end tilsigtet, er ikke bundet ved erklæringens indhold, hvis den, til hvem erklæringen er avgitt, indsaa eller burde indse, at der forelaa en feiltagelse."

Dokumentene sett i sammenheng, dvs. avslagsbrev og forsikringsbevis, kan etter nemndas syn vanskelig forstås på annen måte enn at forsikringsbeviset ble utsendt ved feiltagelse. Spørsmålet blir etter dette om klager burde ha skjönt at det forelå en feiltagelse. Med bakgrunn i den begrunnelsen selskapet ga for avslaget, jf. at klager ifølge egenerklæringen hadde en livstruende og alvorlig helsehistorikk, finner nemnda at selskapet ikke er bundet av feilutsendelsen. Anførselen om at klager på søknadstidspunktet anså seg som frisk og at han la til grunn at avslagsbrevet var uriktig, har ikke støtte i den innsendte egenerklæringen om helse som beskriver en rekke alvorlige helseutfordringer, herunder påvist hjernekreft i oktober 2020.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Barbro Paulen (selskapsrepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).