

# Finansklagenemnda Person

## Avgjørelse FinKN 2023-95

7.2.2023

Nordea Liv Norge AS

### Sykeforsikringer/barnekasko

Nyrekreft – alvorlig sykdom - informasjon – erstatningsbetingende uaktsomhet – fal. §§ 1-5, 11-1 og 21-2.

Forsikrede tegnet forsikringen Alvorlig sykdom i mai 2020, etter dialog med kunderådgiver i selskapet. Selskapets kunderådgiver informerte ikke om begrensningene i dekningen under samtalen. Før tegning oversendte selskapet informasjonsskriv, hvor det fremgikk at forsikringen dekket alvorlig kreftsykdom og at det kunne ligge begrensninger på hver sykdom ut fra alvorlighetsgrad/omfang. Det var vist til vilkårene for fullstendig informasjon om forsikringen. Forsikrede fikk også tilsendt kopi av vilkårene med krav til medisinsk klassifisering. Forsikrede fikk påvist nyrekreft i januar 2021, og sykdommen ble klassifisert som "pT1b". *Selskapet avslo kravet da aktuelle kreftdiagnose ikke var omfattet av vilkårene. Forsikrede fastholdt kravet og anførte at selskapet var erstatningsansvarlig grunnet mangelfull informasjon om dekningen.* Etter en konkret vurdering bemerket nemda at den muntlige informasjonen som ble gitt før tegningen, måtte ses i sammenheng med den øvrige skriftlige informasjonen forsikrede mottok. Tilsendt informasjonsmateriale ga etter nemndas syn en klar indikasjon på at ikke enhver kreftsykdom var dekket. Selskapet hadde ikke utvist erstatningsbetingende uaktsomhet og selskapet ble gitt medhold.

---

### Saksfremstilling

Forsikrede var omfattet av forsikringen *Alvorlig sykdom*, da han fikk påvist nyrekreft.

Forsikrede var fra tidligere omfattet av dekningen *Kritisk Sykdom* i et annet selskap.

I forbindelse med forsikringsbytte til selskapet, ble det avholdt et telefonmøte 19.5.20 mellom representant for selskapet og forsikrede. Etter en gjennomgang av forsikredes forsikringer og forsikringsbehov ble det gitt råd og anbefalinger om videre dekninger. I samtalen ble det blant annet informert om dekningen *Alvorlig sykdom*. Fra transkripsjonen siteres:

#### Starttid Transkripsjon

30:15 Rådgiver: Da har du igjen det med lønn og liv og helse. De som vi startet med. Det er en dekning til. Nå har vi gått gjennom det som du har fra før, og tettet litt de hullene da som vi ser der, men så er det en dekning som ingen av dere har, og det er den som heter alvorlig sykdom. Det er en tilleggsdekning, det er ikke den dekningen man prioriterer hvis man er nødt til å luke ut hva som er viktig for oss, det som er viktig for dere er dødsfall og lønn. Helt klart.

Men så har vi en forsikring som gjør sånn at hvis dere får en av gitte diagnoser - det er ganske mange aktuelle - alt fra kreft, MS. Jeg har en liste her over noen av de: alvorlig kreftsykdom, hjerteinfarkt, hjerneslag, svulst på hjernehinne eller ryggmarg, MS, parkinson, ALS. Det er ganske mange vanlige sykdommer. Får du en av de diagnosene får du en skattefri utbetaling. Du kan velge helt opptil 1,5 million.

Det som er tanken med den forsikringen - hvis du får en diagnose, la oss si du får kreft da - det er jo at du kan få en utbetaling som gjør at du kan ta deg et friår, ektefellefri, dra til utlandet å få raskere

behandling. Stå litt friere egentlig.

Det som er litt fint med den forsikringen, den er ikke avhengig av at du blir sykemeldt, det er ikke noen klausuler rundt akkurat det. Så lenge du har fått diagnosen, det er faktisk sånn at om du får hjerneslag eller hjerteinfarkt så vil X. få utbetaling. For det er ikke noen overlevelsesklausul.

Jeg synes den er verdt å nevne.

(Forsikrede): Den var jo en trygghet da. For de andre er jo litt tungt, for at forsikringen skal gjelde da så må du være arbeidsufør og sykemeldt i ett år. Den her går jo litt mer spesifikt på diagnose, om det stemmer.

Rådgiver: Helt riktig.

39:00 Rådgiver: Hvis du reduserer alvorlig sykdom, den du får med en gang du får en diagnose, hvis du setter den på 500 000 på begge to. Jeg ville heller redusert den enn noen av de andre. Lønnsforsikring burde du ikke nedprioritere.

45:00 (Forsikrede): Men så tenker jeg som så, å være sykemeldt over et år - kan jo bli lemlestet selvsagt - men er det ikke noen av de andre forsikringene som dekker opp.

Rådgiver: Hvis du er sykemeldt, det er jo den Alvorlig sykdom som er det nærmeste du kommer da. Da har det ikke noe å si om du er sykemeldt, den får du jo med en gang, men da må du ha de diagnosene. For å si det sånn, jeg har jo selv diagnosen MS, og jeg hadde den Alvorlig sykdom, og da var det nok å sende brevet til Nordea Liv så kom pengene ganske fort. Det var snakk om en uke.

(...)

Forsikrede fikk samme dag tilsendt kjøpsdokumenter til signering, herunder en oversikt over forsikringsdekninger som han hadde søkt, herunder et produktark med overskriften "*Livsforsikring*", forsikringsvilkår, informasjonsskriv om dekningen "*Alvorlig sykdom*". Produktarket "*Livsforsikring*" har følgende overskrift: "*Økonomisk trygghet for deg og din familie ved dødsfall, alvorlig sykdom og arbeidsuførhet*". Under avsnittet "*Livsforsikringens dekning ved Alvorlig Sykdom*" fremgår blant annet:

Med alvorlig sykdom menes en alvorlig medisinsk diagnose med betydelige og omfattende helsemessige konsekvenser for pasient og pårørende. Formålet med forsikringsdekningen Alvorlig Sykdom er å gi økonomisk bistand til de som må gjennom omfattende behandling eller rehabilitering, og/eller får varige men som følge av sykdommene som er nevnt under.

Følgende diagnoser omfattes av dekningen

Alvorlig Sykdom: Hjerterinfarkt, gjennomført åpen hjerteroperasjon, hjerneslag, sinusvenetrombose, alvorlig kreftsykdom

(...)

Dagens medisinske tilbud kan gi gode muligheter for å bli frisk, selv etter å ha blitt rammet av en alvorlig sykdom. Sykdomstilfeller der prognosene for å bli frisk er gode, det ikke er behov for omfattende behandling/rehabilitering, eller som ikke innebærer varige men, er ikke dekket av forsikringen.

For øvrig fremgår:

#### **Full oversikt på [nordealiv.no](http://nordealiv.no)**

Dette produktarket inneholder kun et utdrag av produktreglene. Se vilkårene for fullstendige opplysninger. Ved spørsmål eller behov for ytterligere informasjon, kan du kontakte rådgiveren din eller logge deg inn på dine sider fra [nordea.no/liv](http://nordea.no/liv).

I informasjonsskrivet om dekningen "*Alvorlig sykdom*" fremgår innledningsvis: "*For fullstendig informasjon om hva forsikringen dekker og hvilke begrensninger som gjelder, henviser vi til forsikringsbeviset og -vilkårene for avtalen*". Videre er det gitt en oversikt over hva forsikringen dekker, hva forsikringen ikke dekker, og eventuelle begrensninger i forsikringen. Om begrensninger i forsikringen heter det: "*Det kan ligge begrensninger på hver sykdom eller skade ut fra alvorlighetsgrad eller omfang*".

Egenerklæringen ble fylt ut og signert 26.5.20. Selskapet bekreftet mottak av forsikringssøknaden i e-post av samme dag, og sendte på ny en oversikt over bestilte forsikringsdekninger, produktarket om "*Livsforsikring*", forsikringsvilkår, informasjonsskriv om dekningen "*Alvorlig Sykdom og angrerettsskjema*".

Selskapet innvilget forsikringen. Det sendte igjen forsikringsbevis og forsikringsvilkår til forsikrede i brev av 6.10.20.

CT Thorax m/abdomen IVK 21.1.21, viste en stor tumor i høyre nyre (6 x 6 x 5,5 cm) som ble oppfattet som en malign tumor. Forsikrede ble diagnostisert med "*U72 Nyrecancer*" 28.1.21, og operert 10.2.21.

I "*Brev tillegg til utsendt epikrise*" 19.2.21 fra Urologisk avdeling ved et sykehus fremgår:

Svar på histologi:

NYRE (NEFROURETEREKTOMI ) MED NYRECELLETUMOR.  
ANGITT SIDE: HØYRE.  
HISTOLOGISK TYPE: KLARCELLET.  
TUMORSTØRRELSE, MM.: 53.  
HISTOLOGISK GRAD: II.  
SARKOMATOID DEDIFFERENSIERING: IKKE PAVIST.  
NEKROSE: IKKE PÅVIST.  
NYREKAPSEL : PÅVIST FOKAL GJENNOMVEKST.  
PERIRENALT FETTVEV: IKKE TUMOR.  
GEROTAS FASCIE: IKKE GJENNOMVEKST.  
NYREVEVE: IKKE TUMOR I LUMEN.  
RESEKSJONSRAND URETER: FRI, UTEN DYSPLASI.  
RESEKSJONSRAND NYREVEVE: FRI.  
BINYRE: IKKE FUNNET.  
HILÆRE LYMFENUTER: IKKE FUNNET.  
NYREVEV UTENOM TUMOR: USPESIFIKK KRONISK BETENNELSE  
STADIUM: pT1 b, (UICC 8. UTG. 2017)

Tilsvarende fremgår av poliklinisk notat 4.3.21 fra Urologisk avdeling, hvor det er notert: "*Histologi viser klarcellet nyrecellecarcinom, grad II, pT1b med frie render*".

Melding om krav ble fremsatt 5.3.21. I skademeldingen ble diagnosen oppgitt som "*Alvorlig kreftsykdom*".

På spørsmål fra selskapet, jf. brev av 5.3.21, ga forsikredes fastlege opplysninger i legeerklæring av 14.4.21.

Selskapet avsto krav om utbetaling med henvisning til at forsikredes kreftsykdom ikke var dekket av vilkårene pkt. 16.5, jf. brev av 23.4.21.

Den 7.5.21 utbetalte et annet selskap kr 700 000 under dekningen Kritisk Sykdom.

I brev fra forsikredes fastlege 12.7.21 fremgår:

(Forsikrede) fikk den 10.02-21 fjernet en nyre med nyrekreft.

Histologien viste STADIUM: pT1b, (UICC 8. UTG. 2017), dette tilsvarer stadie 1 av nyrekreft Hvis en kun skal se på stadielinndelingen ihht begrensningene forsikringsselskapet har satt stemmer det at forsikringen ikke dekker kreftsykdom i dette stadiet. Pasienten forteller imidlertid at han ikke ahr blitt opplyst om dette da han tegnet forsikringen og at han som er uten medisinsk utdannelse ikke har noen mulighet til å forstå hva de ulike klassifiserinegen av kreft innebærer.

Pasienten har i forbindelse med kreftsykdommen fått en permanent skade i form av at han etter operasjonen mangler en ny re. Hans nyrefunksjon er redusert med en økning av kreatinin fra 82 i januar 2021 til 109 i april 2021 . GFR har sunket fra over 90 fl 72 i samme tiden, dette tilsvarer nyrefunksjonen en har ved stadium 2

nyresvikt, men kan bli bedre med tiden.

Han har også hatt sykemelding i over et halvt år, kreftsykdommen og den psykiske belastningen ved dette er hoveddel av grunnen til sykemeldingen de første 5 måneder.

Samlet sett vurderes det dithen at pasienten har hatt betydelige plager fra sin nyrekreft og at han har fått en permanent sequele i form av manglende nyre.

Forsikringen dekker ikke krefttyper med god prognose eller mildere forløp. Denne pasienten har ikke hatt et mildt forløp, og forsikringen burde således kunne dekke sykdommen til tross for stadieklassifiseringen.

Klagen ble registrert hos Finansklagenemnda 3.8.21.

Sekretariatet vurderte saken i brev av 17.1.22.

Partene ble etter hvert enige om at forsikredes kreftsvulst falt inn under unntaket idet den hadde en "pTNM klassifisering mindre/bedre enn T2 N0M0". Forsikrede anførte i brev av 24.1.22 at selskapet var ansvarlig for tap på alminnelig erstatningsrettslig grunnlag. Videre at selskapet ved sin utforming av informasjonsmaterialet mv. hadde utvist ansvarsbetingende uaktsomhet.

**Forsikrede** har i det vesentlige anført at selskapet skal holdes ansvarlig for det tap han er påført som følge av at unntaket i vilkårene pkt. 16.5 kan gjøres gjeldende. Det er ikke slik at erstatningsansvar bare er aktuelt i tilfeller hvor selskapet har gitt grov feilinformasjon. Erstatningsansvar kan ilegges på bakgrunn av alminnelig erstatningsregler, jf. Rt-2014-379. Det må forutsettes kjent for selskapet at kundene gjennomgående ikke har noe forhold til pTNM-klassifiseringssystemet. Selskapet må således forutsette at kundene forholder seg til det som er beskrevet omkring dekningsomfanget i informasjonsmaterialet. Dette skjerper kravene til selskapets aktsomhet hva gjelder utforming av informasjonsmaterialet, og foranlediger en særlig påpasselighet med å gi dekkende beskrivelser. Dette slik at kundene settes i stand til å ta informerte valg om det skal tegnes forsikringsdekning i selskapet. Informasjonsmaterialet gir inntrykk av at forsikringen kommer til utbetaling der det foreligger en kreftsykdom som gir behov for omfattende behandling, rehabilitering og etterlater varig mén. Det er dårlig sammenheng mellom det som angis som unntak i informasjons- og markedsføringsmaterialet og det som fremkommer av vilkårenes "tekniske" unntaksbestemmelser i form av henvisning til pTNM-klassifiseringssystemet.

Ved vurderingen av om selskapet har opptrådt uaktsomt, må det ses hen til uklarhetsregelen, jf. Rt-1997-1807. Sett i lys av informasjonsmaterialet fremstår vilkårene uklare. Det er påregnelig for forsikringsselskapet at kundene ikke forstår rekkevidden av unntaket i vilkårenes pkt. 16.5, så lenge det selv angir at unntakene begrenser seg til *"Sykdomstilfeller der prognosene for å bli frisk er gode, det ikke er behov for omfattende behandling/rehabilitering, eller som ikke innebærer varige mén."* Det er påregnelig at kundene tolker dette antitetisk, og dermed legger til grunn at sykdom som gir behov for omfattende behandling/etterlater et varig og betydelig mén, gir rett til dekning. Selskapet har da all mulig foranledning til å gi klart uttrykk for den reelle rekkevidden av unntaket.

Lydopptaket viser at forsikredes motivasjon for å tegne forsikringen var å sikre seg - og familien - økonomisk. Selskapets kunderådgiver vektla at det var en "enkel" forsikring som ga rask utbetaling. Rådgiveren påpekte at det ikke var krav om arbeidsuførhet, og at sykdomsforsikringen kom til utbetaling så snart diagnosen var stilt. Forsikredes egne vurderinger i samtalen omkring behovet for dekningen, underbygger hans motivasjon for å tegne forsikring. Det ble ikke informert av rådgiver at det forelå omfattende unntak fra forsikringsdekningen. Informasjonen som ble gitt i samtalen, sammen med øvrig skriftlig materiell, var klart egnet til å skape et inntrykk av at forsikringen dekket alvorlig kreftsykdom.

Før øvrig vises det til endringer i fal. §§ 1-5 og 21-2 som trådte i kraft 1.7.22. Reglene kodifiserer i stor grad gjeldende rett. I forarbeidene, Prop. 234 L, s. 111-112, uttales at bestemmelsen i realiteten innebærer en lovfesting av ulovfestet profesjonsansvar, og departementets videre uttalelser på s. 112 taler med styrke for at det foreligger en "informasjonsmangel" som gir forsikrede rett til erstatning. Det kan ikke stilles strenge krav til bevis for årsakssammenheng, jf. Ot.prp.nr. 49 (1988-1989) pkt. 2.2.2. Dersom forsikrede hadde oppfattet de meget vidtrekkende unntakene, ville han avholdt seg fra å tegne dekningen i selskapet og i stedet tegnet slik forsikring i annet selskap. At dette ville latt seg gjøre illustreres av at forsikrede har fått utbetaling under tilsvarende dekning i annet selskap som ikke har like omfattende unntak. Kravene til årsakssammenheng må derfor anses oppfylt.

**Selskapet** har i det vesentlige anført at det ikke har opptrådt erstatningsbetingende uaktsomt. Informasjonen som er gitt av rådgiver og i informasjonsmaterialet er ikke mangelfull. Selskapet har ikke funnet holdepunkter for at rådgivningssamtalen skal ha gitt et etterlatt inntrykk av at alle diagnoser, uavhengig av alvorlighet, skal kunne gi krav om utbetaling. I tillegg til opplysningene fra rådgiveren, plikter forsikrede å gjøre seg kjent med informasjonen som ble sendt etter rådgivningstimen. Det er avtalen mellom forsikrede og forsikringsselskapet (vilkårene) som er avgjørende for hvilke krav forsikrede har. Om utformingen av vilkår og informasjonskravet vises det til FSN-5359. Det er en begrensning i vilkårene for hvilken klassifisering kreftdiagnosen må ha for at forsikringsdekningen skal komme til utbetaling. I motsetning til FSN-5359 er det informert om begrensningene i forsikringsvilkårene. Nevnte forhold tilsier at det ikke foreligger noen erstatningsbetingende uaktsomhet i saken. Hva gjelder forsikredes henvisning til fal. § 1-5, er denne ikke gjeldende. Selskapet har uansett ikke gått utover det som er en *"ærlig redelig og profesjonelt"* opptreden. Informasjonen om begrensningene i forsikringen har vært tilgjengelig for forsikrede gjennom hele forsikringstiden. Når det gjelder fal. § 21-2, som heller ikke er gjeldende for denne saken, fikk forsikrede også informasjon om hvilke begrensninger som følger av forsikringen i kjøpsdokumentene, jf. kunden kan *"ikke gjøre gjeldende som misligholdt informasjonsplikt noe som kunden kjente eller måtte kjenne til da avtalen ble inngått"*.

### **Finansklagenemnda Persons begrunnelse**

Spørsmålet er om selskapet kan holdes erstatningsansvarlig som følge av mangelfull informasjon om dekningen *Alvorlig sykdom*.

Utgangspunktet er at kunden selv må analysere sitt eget forsikringsbehov og velge hvilket produkt vedkommende ønsker, jf. NOU 1983:56 Lov om avtaler om personforsikring, s. 50. Fal. § 11-1 regulerer selskapets informasjonsplikt i forbindelse med tegning av forsikring. Etter fal. § 11-1 første ledd skal selskapet i forbindelse med tegningen av en forsikring «så vidt mulig sørge for at forsikringstakeren får råd om dekning av foreliggende forsikringsbehov». Videre følger det av annet ledd første punktum at selskapet skal gi «opplysninger om viktige sider ved de forskjellige typer forsikringer som kan dekke forsikringsbehovet». I annet ledd tredje punktum er det presisert at dette blant annet omfatter vesentlige begrensninger i dekningen i forhold til det forsikringstakeren med rimelighet kan vente er dekket under vedkommende forsikring.

Fal. § 11-1 første og annet ledd har ikke nærmere bestemmelser om hvordan informasjonen skal gis. Oppfyllelse av informasjonsplikten kan være muntlig eller skriftlig, eller begge deler.

Fal. regulerer ikke hvilke formuerettslige konsekvenser brudd på informasjonsplikten skal ha. I forarbeidene, 1983:56 s. 52, er det presisert at: "Dette innebærer imidlertid ikke at selskapet aldri blir ansvarlig for mangelfull eller misvisende informasjon. Således vil en grov feilinformasjon i forbindelse med tegningen etter omstendighetene kunne føre til erstatningsansvar for selskapet. (...)"

Spørsmålet om slikt ansvar må avgjøres etter alminnelige erstatningsrettslige regler. Det innebærer at det må sannsynliggjøres at selskapet har opptrådt uaktsomt (culpøst), at det foreligger et økonomisk tap og at det er årsakssammenheng mellom tapet og den uaktsomme handlingen/unnlatelsen.

Det er enighet om at forsikredes kreftsvulst falt inn under unntaket idet den hadde en "pTNM klassifisering mindre/bedre enn T2 N0M0". Forsikrede har anført at selskapet er ansvarlig for tap på alminnelig erstatningsrettslig grunnlag, og at selskapet ved sin utforming av informasjonsmaterialet mv. utviste ansvarsbetingende uaktsomhet. Det er vist til at selskapets informasjon i samtalen og informasjonsmaterialet er mangelfull, da det ikke ble opplyst om omfattende begrensninger i dekningen, og at kravene til medisinsk klassifisering i vilkårene er så vidt tekniske at forsikrede må kunne forholde seg til den informasjonen som ble gitt i samtalen og informasjonsmaterialet.

Etter en konkret vurdering kan ikke nemnda se at selskapets informasjon om dekningen Alvorlig sykdom var mangelfull. Selskapet informerte riktignok nok ikke om begrensningene i dekningen i samtalen, og ga inntrykk av at det var tilstrekkelig for utbetaling under forsikringen at man hadde fått en av de nærmere angitte diagnosene, herunder kreft/alvorlig kreftsykdom. Selv om opplysningene i samtalen isolert sett kan ha skapt en viss forventning om at en kreftdiagnose var tilstrekkelig for rett til utbetaling, finner nemnda det klart at informasjonen i samtalen må ses i sammenheng med den øvrige informasjonen som ble gitt av selskapet før tegning.

Det fremgår etter nemndas syn klart av produktarket om Livsforsikring og informasjonsskrivet om Alvorlig sykdom, at forsikringen dekket "Alvorlig kreftsykdom". Informasjonsmaterialet gir etter nemndas syn en klar indikasjon på at ikke enhver kreftsykdom er dekket. Dette er nærmere presisert i produktarket der det fremgår at "Sykdomstilfeller der prognosene for å bli frisk er gode, det ikke er behov for omfattende behandling/rehabilitering, eller som ikke innebærer varige mén, er ikke dekket av forsikringen". Videre heter det i informasjonsskrivet at "Det kan ligge begrensninger på hver sykdom eller skade ut fra alvorlighetsgrad eller omfang". Videre vises det i begge disse dokumentene til vilkårene for fullstendige opplysninger om forsikringen. Det fremkommer klart av vilkårene at ikke enhver kreftsykdom gir rett til utbetaling, og det er angitt hvilke kreftsykdommer som ikke gir rett til dekning, jf. "Kreftsykdom (eller forstadier til kreft) som har pTNM klassifisering mindre/bedre enn T2 N0M0 og/eller klinisk stadium mindre/bedre enn stadium II ved diagnositidspunkt".

Når opplysningene i samtalen sammenholdes med opplysningene i informasjonsmaterialet og vilkårene, finner nemnda at selskapet samlet sett har gitt tilstrekkelig informasjon om forsikringen, herunder at en kreftdiagnose i seg selv ikke er tilstrekkelig for å gi rett til utbetaling.

Forsikredes anførsel om at kravene til medisinsk klassifisering i vilkårene er så vidt tekniske at forsikrede må kunne forholde seg til den informasjonen som ble gitt i samtalen og informasjonsmaterialet, kan etter nemndas syn heller ikke føre frem. Dersom forsikrede var usikker på hvordan vilkårene skulle forstås, eller hvordan dette forholdt seg til informasjonen i samtalen og informasjonsmaterialet, burde han kontaktet selskapet om dette før han eventuelt tegnet forsikringen. Forsikrede hadde også mulighet til å gå fra forsikringsavtalen ved å benytte seg av angreretten, jf. informasjon om angrerett i e-post av 26.5.20. At forsikrede ikke satte seg inn i vilkårene eller var i villfarelse om hva vilkårene innebar, er forhold som forsikrede er nærmest til å bære risikoen for.

På denne bakgrunn finner nemnda at selskapet ikke har utvist erstatningsbetingende uaktsomhet. Avgjørelsen er enstemmig.

### **Finansklagenemnda Persons konklusjon**

Selskapet gis medhold.

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