

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-1149

13.12.2024

DNB Livsforsikring AS (Pensjon, Personal)

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Dødsfall – fortsettelsesforsikring – tilstrekkelig varsel – erstatningsbetingende uaktsomhet – fal.
§§ 1-5, 19-7 og 21-2.

Klager var samboer med forsikrede, som gjennom arbeidsgiver var omfattet av personalforsikring. Frem til 2021 omfattet forsikringen dekning for medforsikret ektefelles / samboers dødsfall. I 2022 kontaktet forsikrede foretaket med spørsmål om fortsettelsesforsikring. Kort tid etter ble forsikredes arbeidsforhold avsluttet. Forsikrede fikk tilbud om tegning av fortsettelsesforsikring, men forsikrede aksepterte ikke. Forsikrede døde i april 2023. Klager kontaktet foretaket med spørsmål om utbetaling av gruppelivsforsikring. Foretaket opplyste at forsikrede ikke hadde akseptert tilbudet om fortsettelsesforsikringen. Saken reiste spørsmål om forsikrede fikk tilstrekkelig informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring. Etter en konkret vurdering bemerket nemndas flertall at foretaket hadde oppfylt sin lovpålagte varslingsplikt etter fal. Flertallet bemerket videre at det var på det rene at informasjonen var mottatt av forsikrede og kunne ikke se at det var grunnlag for å oppstille en skjerpet varslingsplikt i dette tilfellet. Flertallet la videre til grunn at foretaket hadde oppfylt sin plikt etter fal. § 1-5 første ledd. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede ble sykmeldt i oktober 2020.

Arbeidsgiver hadde personalforsikring med blant annet dekning for "annen sykdom" og bedriftsgruppeliv. Forsikringen omfattet frem til 1.1.21 en dekning for medforsikret ektefelles / samboers dødsfall. Denne dekningen opphørte 1.1.21 i forbindelse med at det ble gjort endringer i forsikringen.

Forsikrede fikk innvilget uføretrygd fra NAV 25.1.22.

Fra intern e-post i foretaket av 9.2.22 fremgikk at saksbehandler ba fagavdeling Personalforsikring kontakte forsikrede ettersom han hadde spørsmål om fortsettelsesforsikring. Fagansvarlig kontaktet forsikrede på e-post 10.2.22 og ba forsikrede sende en e-post tilbake som bekreftelse på at e-posten var mottatt. Forsikrede svarte 11.2.22 "kom greit frem den".

Som følge av innvilgelsen av uføretrygd, ble forsikredes arbeidsforhold avsluttet. I brev fra arbeidsgiver 14.2.22 fremkommer: BEKREFTELSE PÅ MOTTATT OPPSIGELSE AVSLUTNING AV ARBEIDSFORHOLD

Vi viser til din informasjon av 09.02.22 om at du er innvilget 100% uførepensjon fra 01.02.22 og bekrefter med dette at din siste arbeidsdag i (...) vil være 31.01.22.

Vi gjør deg oppmerksom på at du etter fratredelsesdato ikke lenger er omfattet av bedriftens forsikringsordninger. Du har mulighet til å tegne individuell livsforsikring, skjemaet for dette finner du vedlagt.

Du vil fortsatt bli stående i bedriftens pensjonsordning og har rett til uførepensjon fra denne. Pensjonsordningen har i tillegg forsikring for innskuddsfritak, og det vil si at du fortsatt vil få innskudd til din pensjonskonto tilsvarende siste års innskutte beløp.
(...)

Vedlagt brevet var skjema "tilbud om fortsettelsesforsikring" hvor man skulle krysse av på om man ønsket tilbud, samt fylle ut navn, kontaktinformasjon, informasjon om man var forsørger, og om man var arbeidsdyktig på fratredestidspunktet. Av teksten fremkommer: I forbindelse med at ansettelsesforholdet ditt i bedriften opphører, meldes du ut av personalforsikringen (...). Forsikringen opphører 14 dager etter at du slutter i bedriften.

Bedriftens forsikring omfatter dekningene Annen Sykdom og Bedriftsgruppeliv. Du kan velge å videreføre disse for egen regning. En ny forsikring vil gjelde fra den dato du aksepterer tilbud om forsikring.

Ønsker du å benytte deg av muligheten for å videreføre forsikringen?

Du har rett til å inngå avtale om (fortsettelsesforsikring) innen seks måneder etter at forsikringen din i bedriften opphører. Det vil ikke være nødvendig med helseerklæring for å benytte denne muligheten. En fortsettelsesforsikring forutsetter medlemskap i Norsk folketrygd. Dersom du ønsker tilbud om forsikring fyller du ut skjema nedenfor og returnerer dette til:

(...)

Både brevet og skjemaet ble også levert med engelsk tekst.

Forsikrede fikk tilsendt e-post fra foretaket 15.2.22 med tilbud om fortsettelsesforsikring på dekningen "annen sykdom – mén" 20 G til årlig pris kr 8 741 og "Bedriftsgruppeliv – død ansatte" 40 G til årlig pris kr 61 165. Forsikrede kunne krysse av på om han ønsket å dele opp betalingen 1, 2 eller 4 ganger årlig. Forsikrede aksepterte ikke tilbudet om fortsettelsesforsikringen.

Interne telefonnotater fra foretaket viser at forsikrede var i kontakt med foretaket 25.5.22, og ønsket å snakke med saksbehandler i uføresaken. Forsikrede sendte vedtak om uførepensjon per e-post til foretaket 21.7.22. Forsikrede fikk i brev av 11.8.22 avslag på søknad om ménerstatning med den begrunnelse at varig invaliditet var under 50 %.

Forsikrede var ifølge telefonnotat også i kontakt med foretaket 20.12.22 vedrørende spørsmål om "saken sin", og fikk da beskjed om at "den er i gang". Fra internt notat og intern e-post av 2.1.23 fremgår at saksbehandler ble bedt om å ringe forsikrede. Forsikrede fikk utbetalt oppgjør under uføredelen av annen sykdomsforsikringen 6.1.23.

Av legeerklæring fra sykehuset 3.2.23 fremkommer:

Ovennevnte pasient er under behandling på Senter for kreftbehandling. Han har en hjernesvulst som er i progresjon, uten mulighet for kurasjon. Jeg traff pasienten for første gang i november 2022. Ved poliklinisk konsultasjoner i 2022/2023 har jeg så langt registret følgende irreversible nevrologiske sekvele av canceren som har tilkommet ila de siste 3 mdr:

- Total venstresidig fasialispause
- Objektive balanseforstyrrelser
- Kontinuerlig øresus

I tillegg er han evaluert av spesialist i ØNH sykdommer på sykehuset den 20.01, hvor det er registrert at han er helt døv på venstre øret.

Canceren gir også generell svekkelse, hvor hans funksjonsnivå anslås til ECOG status 2.

Forsikrede sendte klage på avslag på méndekningen 7.2.23 og vedla legeerklæringen.

Foretaket fastholdt avslaget i brev av 16.2.23:

Vi viser til klage mottatt 7. februar 2023. Vi har tidligere innhentet medisinsk dokumentasjon fra din fastlege, og vurdert varig medisinsk invaliditet (VMI) til 34 % etter reduksjonsmetoden.

Ifølge opplysninger vi har mottatt sluttet du i (...) 15. februar 2022. Da du sluttet i bedriften opphørte også dekningen for Annen Sykdom, og du fikk mulighet til å tegne en fortsettelsesforsikring. VMI som oppstår etter sluttdato blir ikke vurdert med mindre du har en fortsettelsesforsikring. Du har mottatt et tilbud på dette 15. februar 2022, men ikke akseptert. På grunn av dette vurderes det kun VMI som har oppstått frem til februar 2022. Plager som har kommet etter dette vurderes ikke.

I klagen vi har mottatt er det vedlagt en legeerklæring fra (...), som du har vært til behandling hos fra november 2022. Det kommer fram at plagene som er nevnt i legeerklæring har tilkommet i løpet av de siste 3 månedene. Dette har oppstått etter dekningen for VMI opphørte og vurderes derfor ikke under Annen Sykdom.

Forsikrede døde 6.4.23.

Gjenlevende samboer, klager, kontaktet advokat som i e-post av 26.9.23 ba om en redegjørelse for hvorfor samboer ikke hadde krav på utbetaling av gruppelivsforsikringen, og ba også om en tilbakemelding vedrørende méndekningen.

Foretaket besvarte henvendelsen 11.10.23, og vedla forsikringsbevis og vilkår, samt informerte om at forsikrede ikke hadde akseptert tilbudet om fortsettelsesforsikringen verken hva gjaldt méndekningen eller gruppelivsforsikringen.

Klager har i det vesentlige anført at hun har krav på utbetaling under gruppelivsforsikringen ettersom foretaket ikke i tilstrekkelig grad har varslet om mulighetene til å tegne fortsettelsesforsikring.

Forsikrede er ikke blitt varslet om retten til fortsettelsesforsikring på en forsvarlig måte, j. Rt-2005-1112. Han har ikke fått informasjon om konsekvensene av manglende aksept, og at forsikringen kan tegnes uten nye helseopplysninger, og har derfor ikke sett fordelen med dette. Varselet inneholder sparsomme opplysninger, mer egnet til å skape forvirring enn å opplyse om en viktig rettighet. I det minste burde foretaket informert om at samboer ikke ville ha rett til utbetaling av erstatning ved hans død dersom tilbudet ikke ble akseptert.

Samboer var tidligere dekket under forsikringen, og heller ikke hun har mottatt noe varsel om opphør av forsikringen, selv om det var hun som ville hatt krav på utbetalingen. Hun var også tidligere medforsikret, og burde ha fått et varsel om opphøret. Hun ville da ha hatt en klar oppfordring til å orientere og oppfordre sin samboer til å tegne fortsettelsesforsikring, og forsikrede ville ha tegnet fortsettelsesforsikringen om samboer var blitt orientert.

Det anføres videre at i aktuelle tilfelle må det pålegges foretaket en skjerpet varslingsplikt, jf. FSN-4730, FSN-6677 og 2012-638. Foretaket var på tidspunktet for utmeldingen av forsikringen klar over at forsikrede var meget alvorlig kreftsyk, og at prognosene var dårlig. Forsikrede hadde fått beskjed om at det var 10 % sjanse for å leve med sykdommen i mer enn 10 år. Dette var foretaket kjent med.

Sykdommen utviklet seg raskt og medførte blant annet endringer i forsikredes personlighet og hukommelse som følge av hjerneskaden tilkommet etter svulsten og operasjonen. Foretaket hadde jevnlig kontakt med forsikrede, og avslo blant annet utbetaling av méndekningen 11.8.22 under henvisning til at han ikke tilfredsstilte vilkårene. Ut i fra foretakets dialog med forsikrede var det tydelig at forsikrede selv var av den oppfatning at han hadde en dekning og ikke hadde oppfattet innholdet i tilbuds brevet av 15.2.22. Han var i en situasjon at han visste at han ville dø i løpet av kort tid, og det var åpenbart at han burde ha hatt fortsettelsesforsikring. Likevel ble tilbudet ikke besvart, både grunnet mangelfull informasjon fra foretaket og sykdommen. Forsikredes forvirring må også ha vært åpenbar for foretaket. Foretaket burde derfor i denne

situasjonen ha tatt individuell kontakt med han for å forvisse seg om at han virkelig var oppmerksom på retten til fortsettelsesforsikring og at en slik forsikring måtte tegnes hvis han skulle være dekket mot dødsrisiko. Det må legges til grunn som overveiende sannsynlig at fortsettelsesforsikring ville blitt tegnet dersom foretaket hadde tatt direkte kontakt med forsikrede. At dette ikke er gjort, må anses uaktsomt. Ettersom dette ikke ble gjort, er varslingsplikten ikke oppfylt.

Konsekvensen av manglende varsel blir at foretaket hefter som om fortsettelsesforsikring var blitt tegnet, og foretaket må derfor foreta utbetaling av gruppelivsforsikringen til klager.

Det er også anført at forsikrede ikke trådte ut av dekningen før 15.4.22 ettersom han ikke fikk en "skriftlig påminnelse", jf. fal. § 19-6, første ledd, første og annet punktum.

Videre er det blitt anført at foretaket sin utilstrekkelige informering om fortsettelsesforsikring til forsikrede og klager er et brudd på fal. § 1-5. Kravet til ærlig redelig og profesjonell opptreden tilsier at foretaket burde tydeliggjort for forsikrede at han ikke lenger var dekket, jf. 2023-567. Videre at klager som forsikredes samboer burde blitt informert om opphøret.

Bruddet på fal. § 1-5 medfører at klager har krav på erstatning etter fal. § 21-2. Vilkåret om "særlige omstendigheter" er oppfylt fordi klager, som følge av bruddet på fal. § 1-5, er påført et økonomisk tap på nærmere 5 millioner.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede ble forsvarlig varslet om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring. Etter ordlyden er kravene til forsvarlig varslings oppfylt dersom varselet er formulert slik at mottakeren oppfatter at han har muligheten til å fortsette forsikringen på individuelt grunnlag uten å gi nye helseopplysninger. Det er ikke noe rettslig grunnlag for å pålegge selskapet en ekstra varslingsplikt utover å sende skriftlig varsel i tråd med fal. § 19-7, jf. Rt-2005-1112. At foretaket er kjent med situasjonen er ikke tilstrekkelig for plikt til ytterligere varslings. I dette tilfellet døde forsikrede 1 år og 2 måneder etter å ha fått tilbudet, og det er ikke sannsynliggjort at forsikrede ikke var i stand til å ivareta sine rettigheter inkludert ta stilling til tilbudet eventuelt gi fullmakt til noen som kunne hjelpe han. Dette støttes av at forsikrede selv var i løpende kontakt med foretaket, og også klaget på avslaget om mén(er)statning.

Arbeidsgiver har gitt informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring i forbindelse med opphør av arbeidsforholdet.

Tilbudet om fortsettelsesforsikring ble sendt etter anmodning fra forsikrede etter at han tok kontakt. Basert på at det var forsikrede selv som ba om dette, la saksbehandler til grunn at forsikrede var tilstrekkelig orientert. Det er ikke opp til foretakets rådgiver om slik forsikring skal/bør tegnes. Tilbudet ble sendt på e-post ettersom forsikrede hadde akseptert elektronisk kommunikasjon.

Det anføres videre at forsikrede trådte ut av ordningen 14 dager etter at han fikk tilbud om fortsettelsesforsikring, jf. fal. § 19-6. Det har uansett ikke avgjørende betydning om han først trådte ut 2 måneder etter opphørt arbeidsforhold.

Hva gjelder spørsmål om varslingsplikt til medforsikret vil et eventuelt brudd på varslingsplikten overfor henne i forbindelse med endring av forsikringen ikke ha hatt noen virkning i denne saken. Ettersom hovedforsikrede døde først vil dekningen uansett ikke komme til utbetaling.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om foretaket ikke har gitt tilstrekkelig informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring, jf. fal. § 19-7. I så tilfelle reises spørsmål om hva konsekvensene av

eventuell mangelfull varsling er. Videre reises spørsmål om foretaket har brutt plikten til å opptre ærlig, redelig og profesjonelt, jf. fal. § 1-5. I så tilfelle om det medfører rett til erstatning, jf. fal. § 21-2.

Når det gjelder spørsmålet om når forsikrede trådte ut av ordningen, bemerker nemnda at det følger av fal. § 19-6 første ledd at:

Når et medlem av en kollektiv forsikring der det føres fortegnelse over medlemmene, trer ut av den gruppen som avtalen omfatter, opphører forsikringen for medlemmets vedkommende tidligst 14 dager etter at påminnelse i et skriftlig dokument er sendt fra forsikringsforetaket eller forsikringstakeren. I en forsikring der det ikke føres fortegnelse over medlemmene, eller hvor påminnelse som nevnt i første punktum ikke blir sendt, opphører forsikringen tidligst to måneder etter at medlemmet trådte ut av gruppen. (...)

I aktuelle sak viser fremlagt dokumentasjon fra arbeidsgiver at forsikrede i brev av 14.2.22 fikk beskjed om at han etter fratredelsesdato ikke lenger var omfattet av forsikringen. På denne bakgrunn legger nemnda til grunn at forsikrede trådte ut av forsikringen 14 dager etter at dette brevet ble sendt, dvs. fra 1.3.22. Utmeldingstidspunktet har uansett ikke hatt avgjørende betydning for nemndas vurdering i saken.

Spørsmålet er om forsikrede fikk tilstrekkelig informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring i forbindelse med opphør av arbeidsforholdet.

Finansklagenemnda Persons flertall, leder, Paulen og Martinsen, bemerker:

Etter fal. § 19-7 har medlemmer av en forsikring mulighet til å tegne fortsettelsesforsikring ved avslutning av et arbeidsforhold. Medlemmene skal varsles om denne muligheten i "et skriftlig dokument eller på annen forsvarlig måte" jf. fal. § 19-7 første ledd, tredje punktum. Det er foretaket som må sannsynliggjøre at forsikrede fikk slikt tilbud, jf. blant annet 2023-443 og 2022-809.

Nemnda har i flere saker tatt stilling til spørsmål om foretakene i tilstrekkelig grad har sannsynliggjort at dokumenter er sendt til forsikrede, i saker der loven forutsetter at dette tilbys disse, jf. 2018-870, 2016-172, 2016-258, 2015-250 og 2016-052. I praksis er det blant annet lagt vekt på hvilke rutiner og dokumentasjon foretaket har kunnet fremlegge som dokumentasjon på at dokumenter er sendt.

I aktuelle sak er det lagt frem brev fra arbeidsgiver 14.2.22 der forsikrede informeres om at han etter fratredelsesdato ikke lenger er omfattet av bedriftens forsikringsordninger, samt muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring. I skjemaet som var vedlagt fremkommer ytterligere informasjon, blant annet at det ikke er nødvendig med helseerklæring for å benytte muligheten.

Forsikrede var imidlertid allerede før dette, 9.2.22, i kontakt med foretaket om tilbud om fortsettelsesforsikring. Dette fikk han tilsendt 15.2.22. Der fremkommer både dekningen for mén annen sykdom samt gruppelivsforsikringen som dekket "død ansatte". Forsikringssum var oppgitt.

Forsikrede var flere ganger i kontakt med foretaket i anledning oppfølgingen av uføresaken, men tilbudet om fortsettelsesforsikringen ble ikke akseptert.

Flertallet finner etter dette at foretaket har sannsynliggjort at forsikringstaker/foretaket har gitt forsikrede tilstrekkelig informasjon om mulighetene til å tegne fortsettelsesforsikring, i tråd med fal. § 19-7 første ledd, tredje punktum.

Klager har anført at foretaket i denne saken har en skjerpet varslingsplikt ettersom forsikrede hadde en alvorlig kreftsykdom med dårlig prognose. Klager mener derfor at foretaket skulle ha kontaktet forsikrede for å forsikre seg om at han hadde forstått tilbudet, og også konsekvensene for både ham selv og samboer av å ikke tegne fortsettelsesforsikringen,

Spørsmålet om foretaket har en skjerpet varslingsplikt der forsikrede er alvorlig syk ble behandlet av Høyesterett i Rt-2005-1112. I den saken ble forsikrede syk og måtte slutte i jobben. Han fikk tilbud om fortsettelsesforsikring, men var da for syk til å ivareta sine interesser, og brevet ble aldri åpnet, og forsikrede døde 11 dager senere. Høyesteretts flertall utelukket ikke at avtaleloven § 36 kunne få anvendelse på forsikringsavtaler basert på forsikringsavtalelovens deklarasjonsregler, men kom til at avtalen ikke burde lempes siden den lå i yttergrensen av bestemmelsens anvendelsesområde, og det dreide seg om en masseavtale. Mindretallet - en dommer – mente at det var grunnlag for å pålegge foretaket ytterligere aktivitetsplikt, ettersom foretaket var kjent med alvorligheten i forsikredes sykdom og da skulle "ha fulgt opp saken overfor B og forvisset seg om hvorvidt han ville tegne fortsettelsesforsikring".

Nemnda har behandlet spørsmål om skjerpet varslingsplikt i en rekke saker. I 2014-213, var foretaket kjent med at forsikrede var terminal kreftsyk, og forsikrede døde 2 måneder etter at tilbudet om fortsettelsesforsikring ble mottatt. Klager fikk ikke medhold i at det måtte være en skjerpet varslingsplikt i den saken. Heller ikke i 2019-368 ble etterlatte hørt med at det var skjerpet varslingsplikt på bakgrunn av at forsikringstaker visste om avdødes alvorlige kreftsykdom og at hun med stor sannsynlighet ville dø i nærmeste fremtid. I den saken ble det lagt vekt på at hun døde først 9 måneder etter dette. Videre viser flertallet til 2023-443, der det ble lagt vekt på at forsikrede selv hadde fulgt opp spørsmålet om øvrige forsikringer og var i kontakt med foretaket og arbeidsgiver, og dette tilsa at hun ikke var ute av stand til å ivareta sine interesser.

Det bemerkes videre at nemnda i 2023-504, der spørsmålet var om foretaket hadde plikt til å varsle pårørende om viktigheten av å opprettholde forsikringen, uttalte at "saken gjelder en masseavtale og det må da utvises varsomhet med hvilke krav som stilles til forsikringsforetakene utover de lojalitetspliktene som følger av fal."

I aktuelle sak ble forsikrede utmeldt av ordningen 1.3.22, og det fremkommer uttrykkelig av brevet fra arbeidsgiver at han for å fortsette å være omfattet av forsikringen måtte tegne fortsettelsesforsikring på individuell basis. Det fremkom også av skjemaet som ble utdelt samtidig at dette kunne skje uten å gi nye helseopplysninger. Det er videre på det rene at forsikrede mottok informasjonen ettersom han også ba om et tilbud, og saken skiller seg derfor fra de sakene som er gjengitt ovenfor ettersom man i de tilfellene aldri ba om et konkret tilbud.

Slik saken er opplyst, og på bakgrunn av praksis i lignende saker, kan ikke flertallet se at foretaket hadde en skjerpet varslingsplikt.

Etter flertallets syn er det heller ikke sannsynliggjort at forsikrede ikke var i stand til å ivareta sine egne interesser. Forsikrede var flere ganger i kontakt med foretaket i denne perioden, for å etterlyse svar på utbetaling av uføredekningen, og påklaget også avslaget hva gjaldt ménerstatning i februar 2023, etter å ha innhentet en legeerklæring. I helhetsvurderingen vektlegges også at det gikk godt over 1 år fra forsikrede fikk informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring til han døde.

Klager kan etter flertallets syn heller ikke få medhold i at foretaket skulle ha kontaktet henne, jf. særlig 2023-504. Når det gjelder anførselen om at klager skulle hatt tilbud om fortsettelsesforsikring hva gjelder dekningen medforsikret ektefelle/ samboer, som opphørte fra 1.1.21, er dette ikke relevant for vurderingen i denne saken.

Videre har klager anført at foretaket har brutt plikten til å opptre ærlig, redelig og profesjonelt, jf. fal. § 1-5 første ledd. Det følger av bestemmelsens forarbeider at kravet til ærlig, redelig og profesjonell opptreden i kundens beste interesse gjennomfører forsikringsdistribusjonsdirektivet artikkel 17 nr. 1 og skal tolkes i samsvar med denne bestemmelsen, jf. merknadene til

bestemmelsen i Prop.34L (2020-2021) pkt. 21.1.

Som det fremgår ovenfor har flertallet lagt til grunn at foretaket har oppfylt sin lovpålagte varslingsplikt etter fal. § 19-7 første ledd, og det er på det rene at informasjonen er mottatt av forsikrede. Flertallet har videre funnet at det ikke er grunnlag for å oppstille noen skjerpet varslingsplikt i dette tilfellet. På denne bakgrunn kan nemnda vanskelig se at foretaket ikke også har oppfylt sin plikt etter fal. § 1-5 første ledd.

Mindretallet, Bjønness og Kristoffersen, bemerker:

Etter fal. § 19-7 første ledd skal medlemmet i et skriftlig dokument eller på annen forsvarlig måte varsles om adgangen til å tegne fortsettelsesforsikring. Av fal. § 1-5 annet ledd, som gjennomfører Forsikringsdistributionsdirektivet (EU-direktiv 2016/97) artikkel 17 nr. 2, følger det at alle opplysninger skal være klare, og at de ikke skal være villedende. Reglene må ses i lys av Forbrukeravtaledirektivet (EU-direktiv 2011/83/EU) som er en sentral del av EU-lovgivningen som regulerer forbrukervern og sikrer rettfærdige og transparente avtaler mellom forbrukere og næringsdrivende. Direktivet er innlemmet i norsk rett og legger særlig vekt på krav om at informasjon gitt til forbrukere skal være klar, forståelig og lett tilgjengelig. Dette kravet er essensielt for å sikre at forbrukerne kan ta velinformerte beslutninger før de inngår en avtale.

Manglende eller mangelfull informasjon om fortsettelsesforsikring kan utvilsomt få alvorlige konsekvenser for den enkelte. Dette har både økonomiske og helsemessige aspekter, og kan påvirke den enkeltes forsikringsbeskyttelse og trygghet. Hvis en person ikke er klar over muligheten til å videreføre forsikringen, kan det føre til at forsikringen avsluttes når den kollektive avtalen opphører. Forsikrede står da i fare for å miste den økonomiske sikkerheten forsikringen har gitt. Flere forsikrede har opplevd at de plutselig står uten dekning for viktige risikoer som uførhet, sykdom eller død. Dette kan være særlig utfordrende hvis man har ansvar for familie eller store økonomiske forpliktelser, som boliglån. Det kan også ramme eldre personer som ønsker å opprettholde beskyttelsen etter å ha forlatt arbeidslivet.

En vesentlig egenskap tilknyttet fortsettelsesforsikringer er at tegning ikke forutsetter innhenting av helseerklæring. Ved ønske om tilsvarende forsikring i annet foretak ville forsikrede bli avkrevd å avgi helseopplysninger. Personer med eksisterende helseproblemer risikerer da å bli avvist eller få en begrenset forsikringsdekning. Andre konsekvenser kan være krav om forhøyet premie eller innføring av karenstid. Det må kunne legges til grunn at en rekke forsikrede ikke ser rekkevidden av kravet om nye helseopplysninger ved manglende aksept. Forsikringsvilkår kan generelt fremstå uklare og vanskelig å sette seg inn i for forsikrede. Dette forsterkes når forsikrede selv ikke aktivt deltar i avtaleinngåelsen, som normalt vil være tilfelle ved inntreden i en kollektiv ordning. Arbeidsgivere på sin side kan ha varierende kompetanse og begrenset veiledningsevne til den ansatte om forsikringsproduktet. I rollen som mellommann kan dette skape rom for misforståelser. Behovet for klar og tydelig informasjon fra foretaket er derfor av sentral betydning.

Rettspraksis i EU viser at innholdet i næringsaktørers informasjonsansvar til forbruker er skjerpet. Informasjonen som formidles må være egnet til at forbruker faktisk kan tilegne seg innholdet av den. Når opplysningene er av vesentlig betydning, må det også stilles skjerpede krav til utforming av varslingsregler. EFTA domstolen presiserte i prinsipputtalelse (E-13/22 og E-1/23 av 23.mai 2024) at forbrukere måtte kunne forstå hvordan renten beregnes og hvilke økonomiske konsekvenser beregningsmetoden hadde for dem. Her ble det uttalt at artikkel 5 i forbrukeravtaledirektivet må tolkes slik at avtalevilkåret ikke bare må være formelt og grammatisk forståelig, men også stille en vanlig forbruker i en posisjon til å forstå virkemåten til metoden som benyttes for å beregne renten. Dette for å kunne vurdere vilkårets potensielle økonomiske konsekvenser basert på klare og forståelige vilkår. Denne regelanvendelsen må etter mindretallets

syn også være en klar rettesnor for norsk praksis og rettsforståelse.

I foreliggende sak ble det gitt tilbud om mulighet for tegning av fortsettelsesforsikring, og det ble vist til at det ikke var behov for innhenting av helseopplysninger. Etter mindretallets syn er disse opplysningene alene ikke tilstrekkelige til å oppfylle kravet om forsvarlig varsling etter av fal. § 19-7 første ledd. Forsikrede ble ikke tilstrekkelig opplyst om konsekvenser ved en manglende aksept. Hadde forsikrede tydelig blitt informert om risikoen for nektelse i andre selskaper ved uttreden, ville dette synliggjort risikoen til å kunne foreta et informert valg. Forsikrede var også i kontakt med foretaket og søkte å sikre egen økonomi i forbindelse med inntreden av alvorlig sykdom. Det fremstår åpenbart at forsikrede med nødvendig kunnskap ville videreført forsikringsforholdet. Forsikredes krav om menerstatning ble avslått 11.8.22. Foretaket var på utmeldingstidspunktet klar over at forsikrede var alvorlig kreftsyk, og at prognosene var dårlige. Etter mindretallets syn vil selskapet i en slik situasjon ha en klar omsorgsplikt ovenfor forsikrede.

Samlet utgjør dette en informasjonssvikt som selskapet, etter mindretallets syn, kan bebreides for. Det er videre direkte sammenheng mellom bruddet på informasjonsplikten og tapet som har oppstått. Foretaket bør etter dette imøtekomme klagers krav.

Avgjørelsen er avgitt under dissens.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Barbro Paulen (bransjerepresentant), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Bodil Kristoffersen (forbrukerrepresentant).