

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-1161

16.12.2024

Gjensidige Forsikring ASA

Livsforsikring/uføredkninger/pensjon

Livsforsikring - psykiske lidelser – rettslig handleevne – avtaleinngåelse – opplysningsplikt – daværende fal. §§ 11-3 og 12-7.

Forsikrede tegnet forsikringsavtale med blant annet dekning for død i 2002. Forsikredes lege opplyste på forespørsel fra foretaket at forsikrede var uføretrygdet pga. psykiatrisk lidelse, og tidligere hadde hatt flere innleggelser. Foretaket økte premien årlig ved fornyelse av forsikringen, og opplyste om dette i brev til forsikrede. Forsikrede krevde i 2023 tilbakebetaling av all innbetalt premie fordi forsikrede grunnet psykisk sykdom ikke var i stand til å forstå inngåelsen av avtalen i 2002, samt at foretaket ikke hadde opplyst om premieøkning ved fornyelser. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde rettslig handleevne ved inngåelse av forsikringsavtalen, og om foretaket på en erstatningsbetingende måte hadde brutt opplysningsplikten ved fornyelse av avtalen. Etter nemndas vurdering var det ikke sannsynliggjort at avtalen måtte anses som ugyldig grunnet forsikredes sinnslidelse. Nemnda fant det heller ikke sannsynliggjort at forsikrede i avtaleperioden ikke hadde vært i stand til å håndtere egen økonomi. Det var ikke grunnlag for et erstatningskrav og foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet 23.5.02 midlertidig forsikring for "Dødsrisiko", med premieinnbetaling tilsvarende "ca kr 159" for første måned. Forsikrede hadde samtidig dekning for bygning, innbo, reise, "Person fritid" og "Ulykke invaliditet".

I egenerklæringsskjema 10.5.02 opplyste forsikrede at hun var uføretrygdet grunnet tidligere angstdiagnoser og innleggelser.

Forsikredes lege opplyste 8.7.02 om at:

Pas. er uføretrygdet på grunn av psykiatriske lidelse. Innlagt (...) første gang i 1982 under diagnosen psykosis reactiva paranoides acuta. Flere innleggelser senere, diagnosen revidert schizofren psykose, residual type. Hun har ikke vært oppfattet som suicidal. Hun er skilt, har 3 voksne døtre. Hun har brukt forskjellige psykofarmaka, fungerer nå relativt bra på Leponex. (...) Føler seg rel.kjekk nå

I tilbud fra foretaket 26.9.02 ble det opplyst at premie for dødsrisiko var kr 1 548 for normalpremie, og kr 3 624 for tilleggspremie, dermed totalt kr 5 172 i premie. Forsikrede betalte gjennom avtalegiro.

Ved fornyelse i brev av 18.11.03 var total premie kr 6 072, men uten spesifikk angivelse av tilleggspremie.

Den samlede prisen var videre opplyst i senere dokumenter.

Forsikrede oppdaget i 2023 at premien for dekningen var trukket med autogiro, fordi hun da ikke hadde igjen nok penger til mat. Forsikrede sa opp forsikringen, og krevde 6.7.23 tilbakebetaling av innbetalt premie fra 2002 til oppsigelse, totalt kr 384 101 pluss renters rente.

Foretaket opplyste 17.7.23 at den varslede premieøkningen 1.12.22 ikke hadde fulgt selskapets rutiner, og at de derfor ville tilbakebetale innbetalt premie fra 1.12.22 til oppsigelsen. Videre opplyste foretaket om at øvrig premie ikke ville tilbakebetales.

Forsikrede har opplyst at hun er skilt og hadde opprinnelig tre barn, hvorav to fortsatt lever.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun på grunn av psykisk sykdom (schizofreni) og medisiner verken var i stand til å forstå inngåelsen av avtalene i 2002, eller fortsettelsen av forsikringsforholdet. Foretakets rådgiver overtalte henne i 2002 til å tegne dødsrisiko, selv om dekningen var meningsløs for henne. I tillegg gjorde også symptomklausulen dekningen verdiløs. Hun var allerede da uføretrygdet, og hadde hjemmehjelp til mye praktisk. Rådgivningen ved salget var klart uforsvarlig. Helseerklæringen var også tydelig mangelfullt utfylt. Etter uttalelsen fra fastlegen var det også uforsvarlig å ikke innhente ytterligere dokumentasjon fra blant annet psykiatrisk sykehus. Daværende psykiater vurderte i 2023 at forsikrede i 2002 ikke hadde evne til å forstå hvilken avtale og hvilke forpliktelser hun påtok seg. Det er sterkt kritikkverdig at foretaket ved senere fornyelser ikke opplyste om hva som var normalpremie, og hva som var tilleggspremie pga. høyere risiko. Foretaket var videre kjent med forsikredes uførhet, men hun fikk likevel ikke premiefritak i henhold til vilkårene. I lys av foretakets kunnskap om sykdom var det også uforsvarlig av foretaket å godta autogiro, noe som klart var initiert av foretaket. Uten autogiro kunne forsikrede eller pårørende fanget opp den meningsløse avtalen. Forsikrede krever tilbakebetaling av samlet innbetalt premie på ca. kr 381 000.

Foretaket har i det vesentlige anført at foretaket, etter innhenting av uttalelse fra fastlege, verken hadde grunnlag til å betvile forsikredes rettslige handleevne, eller at hun selv hadde et ønske/behov for dekningen ved død. Foretakene har ikke generell plikt til å overprøve kundens ønske om ulike dekninger, og det var ikke noen synlig saklig grunn til å avslå tegningen. Symptomklausulen gjaldt ikke for dødsrisikodekning, og er uten betydning i saken. Ved tegning ble det opplyst om tilleggspremie, og det var ikke krav om at dette skulle opplyses ved fornyelser, jf. § 11, 1. ledd. Hva gjelder autogiro var dette noe forsikrede selv aksepterte, og det er en avtale mellom henne og banken.

Foretaket har refundert premie etter 1.12.22, idet økning ikke var varslet iht. foretakets rutiner.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om inngåelse av en forsikringsavtale skal erklæres ugyldig fordi forsikrede hadde en alvorlig sinnslidelse. Videre reises spørsmål om foretaket på en erstatningsbetingende måte har brutt opplysningsplikten ved fornyelse av forsikringsavtalen.

Om den rettslige vurderingen av når en alvorlig sinnslidelse kan medføre at disposisjoner erklæres ugyldig, har Høyesterett uttalt at

"En rettslig disposisjon avgitt av en person som har en alvorlig sinnslidelse, kan erklæres ugyldig om disposisjonen er påvirket av sykdommen. Sinnslidelsen i seg selv kan, avhengig av sykdommens art, gi en viss formodning om at disposisjonen kan være påvirket av sykdommen. En alvorlig sinnslidelse kan få større betydning ved mer omfattende eller sjeldne transaksjoner enn ved de enkle og dagligdagse. Det er en totalvurdering av sykdommen, forholdet omkring avtaleinngåelsen, disposisjonens innhold og etterfølgende forhold som blir avgjørende. Hvis den alvorlige sinnslidelse etter en slik samlet vurdering tillegges betydning, blir disposisjonen ugyldig uavhengig av om medkontrahenten kjente til eller burde forstått at disposisjonen var påvirket av sinnslidelsen",

se Rt-1995-1540 på s. 1544.

Det er kravstiller som har bevisbyrden for at avtaleinngåelsen var motivert eller påvirket av sykdommen.

Slik saken er opplyst for nemnda, var forsikrede verken under vergemål eller hadde på annen måte fått begrenset sin rettslige handleevne som følge av sin schizofreni-diagnose. Schizofreni innebærer ikke i seg selv at en er ute av stand til å ivareta sine interesser, eller at alle avtaler skal anses påvirket eller motivert av sykdommen. Slik saken er opplyst for nemnda, er det ikke sannsynliggjort at forsikrede ikke var klar over hva hun gjorde da hun tegnet forsikringen. Forsikrede hadde barn, og var midt i livet, og en dekning for egen død som ville tilgodese barna, fremstår på ingen måte som meningsløs. Det er ikke uvanlig på denne måten å ønske å tilgodese etterlatte ved egen død. Beløpet synes ikke uforsvarlig stort. Nemnda anser derfor ikke tegningen som påfallende i seg selv.

Slik saken er opplyst, foreligger det ingen konkrete opplysninger fra tidspunktet omkring tegningen som tilsier at forsikrede var syk i slik grad av sykdommen motiverte eller påvirket inngåelsen av avtalen. Det er heller ikke holdepunkter for at forsikrede ble presset eller forledet av rådgivere til å tegne dekningen. Nemnda kan heller ikke se at den innhentede egenerklæring samt uttalelse fra fastlege tilsier at foretaket ikke skulle ha akseptert tegningen.

Etter nemndas syn er det ikke sannsynliggjort at disposisjonen er ugyldig på grunn av forsikredes sinnslidelse.

Slik saken er opplyst for nemnda, er det heller ingen etterfølgende forhold som tilsier at foretaket har ansvar. Forsikrede mottok forsikringsdokumenter årlig, der årlig premie var opplyst. Det har ikke vært noe krav i regelverket om at foretaket hvert år spesifiserer hvor stor del av premien som var standard premie, og hvor mye som var tillegg for individuell risiko, jf. § 11-3 og § 12-7 (slik disse lød frem til 1.7.22). Nemnda kan derfor ikke se at foretaket har ansvar for premie på grunnlag av mangelfull informasjon. Hva gjelder auto/avtalegiro er dette i utgangspunktet en avtale inngått mellom forsikrede og banken. Dette er ofte en hensiktsmessig betalingsmåte, og det er ikke holdepunkter for at foretakets representant opptrådte uforsvarlig eller at foretaket på annet grunnlag kan ha noe ansvar knyttet til denne avtalen. Forsikredes årlige betaling av premie må også forstås som en aksept for at hun fortsatt ønsket dekningen. Slik saken er opplyst for nemnda, er det heller ikke sannsynliggjort at forsikrede ikke har vært i stand til å håndtere egen økonomi frem til 2023.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).