

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-213

4.3.2024

If Skadeforsikring NUF

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Livsforsikring – opphør ved 70 år – senere betalt premie - conductio indebiti – foreldelse - fel. § 2, jf. § 3 nr. 1, fal. § 19-4.

Forsikrede hadde gjennom yrkesforening en kollektiv dekning i foretaket for sin næringsvirksomhet. Han hadde fra 2013 en livsforsikring med virksomheten som forsikringstaker, og han selv som eneste ansatte i virksomheten. I forsikringsbevis fra 2013-2019 fremgikk at dekningen opphørte ved fylte 70 år. På grunn av en feil i foretakets systemer ble det sendt ut forsikringsdokumenter og premiekrav også etter at forsikrede fylte 70 år i 2016, og som han betalte. Forsikrede tok opp spørsmålet i 2023, og dekningen ble avsluttet i april 2023. Forsikrede krevde tilbakebetaling av premie betalt etter fylte 70 år etter reglene om conductio indebiti. Saken reiste spørsmål om foretaket var ansvarlig etter avtalen også etter 2016, og hvis ikke, om forsikrede hadde krav på å få tilbakebetalt premie fra 2016. I så tilfelle reiste saken spørsmål om deler av kravet var foreldet. Nemnda kunne ikke se at foretaket ville ha vært ansvarlig dersom forsikrede døde etter fylte 70 år. Nemndas flertall kunne likevel ikke se at forsikrede hadde krav på refusjon av innbetalt premie. I avveiningen mellom korreksjonshensynet og oppgjørshensynet, la flertallet vekt på at forsikrede fremsto som en profesjonell part med egen juridisk kompetanse. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede drev egen virksomhet og hadde fra 1984 ulike dekninger gjennom medlemskap i yrkesforening, herunder en livsforsikring ved død, som saken gjelder.

Forsikrede meldte seg ut av yrkesforeningen fra 1.1.13. Foretaket informerte om rett til fortsettelsesforsikring (udatert), og forsikrede tegnet fortsatt dekning for død med virksomheten som forsikringstaker og med seg selv som eneste ansatte.

Alle forsikringsbevis for 2013 og senere var stilet til forsikredes virksomhet med organisasjonsnummer, og dekningen var oppgitt å være en personalforsikring for virksomhet og med en ansatt. I forsikringsbevisene var det opplyst med store bokstaver:

DØDSFALLSFORSIKRINGEN OPPHØRER VED FØRSTE HOVEDFORFALL ETTER FORSIKREDES FYLTE 70 ÅR, ELLER VED ANNEN AVTALT OPPHØRSDATO.

Dette var ikke opplyst i forsikringsbevis gjeldende fra 1.7.19, men var inntatt i vilkårene.

I 2023 var forsikrede i kontakt med foretaket og med forsikringsmegler om dekningen.

Foretaket opplyste 19.2.23 at dekningen skulle ha opphørt da forsikrede fylte 70 år i 2016, men at den ved en systemfeil fortsatt ble fakturert. Foretaket avslo krav om tilbakebetaling, men aksepterte at det hadde stått i risiko fram til "neste hovedforfall 30.6.23". Videre fra skrevet:

I forsikringsvilkårene for din forsikring heter det i pkt 3:

3.1 Opphør ved uttreden eller på grunn av alder

Forsikringen opphører 2 måneder etter den dagen medlemmet trer ut av den gruppen som avtalen omfatter. Slik uttreden kan være f.eks. at arbeidsforholdet opphører eller medlemmet melder seg ut av den foreningen som har tegnet forsikringen. Forsikringen opphører uansett senest den dagen medlemmet fyller 70 år.

I ditt medlemsbevis heter det :

HOVEDDEKNING :

Dødsfall uansett årsak

Aldersgrense ved dødsfall Ja, 70 år

Det fremstår etter dette ikke som tvilsomt at forsikringen opphører ved fylte 70 år og at dette fremgår klart av både forsikringsvilkår og forsikringsbevis. På grunn av at "systemet" automatisk fornyet forsikringen for ett nytt år og premien ble betalt, står selskapet risiko frem til neste hovedforfall noe (foretakets representant) har orientert om.

Foretaket bekreftet 31.3.23 at dekningen var opphørt fra 1.4.23.

Fra vilkårene datert 16.5.22:

3 Opphør av forsikringen

3.1 Opphør ved uttreden eller på grunn av alder

Forsikringen opphører 2 måneder etter den dagen medlemmet trer ut av den gruppen som avtalen omfatter. Slik uttreden kan være f.eks. at arbeidsforholdet opphører eller medlemmet melder seg ut av den foreningen som har tegnet forsikringen. Forsikringen opphører uansett senest den dagen medlemmet fyller 70 år.

Forsikrede har i det vesentlige anført at dekningen opphørte da han fylte 70 år, og at han i medhold av de ulovfestede regler om *condictio indebiti* har krav på refusjon av premien betalt etter dette og til 1.4.23. Det avgjørende er at foretaket fortsatte å sende ut premiekrav og forsikringsdokumenter, og at maskinell feil er deres ansvar. Foretaket kan ikke slippe unna kravet og egen feil ved å vise til det som sto i forsikringsbevis – og vilkår. At det i ettertid, når dekningen uansett opphører erkjenner å ha stått i ansvar, kan ikke tillegges vekt. Realiteten er at det etter avtalen kunne nektet ansvar. Feilen ble ikke oppdaget før i 2022, og foreldelsesfristen startet ikke å løpe før dette.

Foretaket har i det vesentlige anført at utsendelse av premiekrav og betaling av disse innebærer at det frem til april 2023 forelå en gyldig forsikringsavtale der foretaket hele tiden sto i ansvar. Dette må da anses særlig avtalt, jf. formuleringen om annen opphørsdato i forsikringsbevisene. Det vises til avgjørelsene 2020-334, 2020-149, 2019-476, 2016-554, FSN-7330, FSN-7223. Det er en kollektiv avtale ved at forsikredes foretak var forsikringstaker med forsikrede som ansatt medlem. Det er vist til avgjørelsene 2014-130 og 2020-334. Krav lenger tilbake enn 3 år fra klage til Finansklagenemnda er uansett foreldet.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede har krav på tilbakebetaling av premie betalt etter at han fylte 70 år i 2016, og om deler av kravet er foreldet.

Sakens bakgrunn er at dekningen etter vilkårene ikke lenger gjaldt etter fylte 70 år.

Foretaket har opplyst at det legger til grunn at det sto i ansvar så lenge forsikringen ble betalt, også etter at forsikrede fylte 70 år.

Nemnda finner ikke å kunne tillegge erkjennelsen vekt, men er enig med foretaket i at dersom foretaket ville ha vært ansvarlig for et forsikringstilfelle inntruffet etter opphørstiden etter avtalen, kan forsikrede uansett ikke ha et krav på tilbakebetaling. Det faktum at forsikrede fortsatte å betale på dekningen taler for at han ønsket dekningen.

Nemnda tar først stilling til om foretaket ville ha vært forpliktet til å utbetale forsikringssummen dersom forsikrede døde etter at han fylte 70 år, men før dekningen ble avsluttet.

Fremlagte forsikringsbevis for 2013, 2017 og 2018 fastsetter at dekning for død opphørte ved "første hovedforfall etter forsikredes fylte 70 år, eller ved annen avtalt opphørsdato". En forsikringstaker må i rimelig grad forutsettes også selv å sette seg inn i de avtaler vedkommende har, og selv ta stilling til om avtalen fortsatt er aktuell. Når aldersgrensen så tydelig fremgikk av forsikringsbevisene disse årene, var fortsatt utsendelse av dokumenter og premiekrav ikke å anse som en avtale om å fravike dette. Etter nemndas syn kunne foretaket ha påberopt seg aldersgrensen dersom et forsikringstilfelle inntraff etter at avtalen opphørte ved første hovedforfall etter fylte 70 år. Dette følger også forutsetningsvis av fal. § 19-4 annet ledd. Hovedregelen etter denne første punktum er at det ikke kan gjøres gjeldende overfor den som har fått forsikringsbevis, at han eller hun ikke har krav på de ytelser som fremgår av beviset. Det følger imidlertid av annet punktum at dette likevel ikke gjelder dersom det går klart frem av beviset av vedkommende ikke fyller vilkårene eller ikke har krav på ytelsene. Bestemmelsen må anses som uttrykk for et alminnelig prinsipp i forsikringsretten, og det er derfor ikke nødvendig for nemnda å ta stilling til om forsikredes avtale faller inn under kapitlet om kollektive avtaler.

Konklusjonen er derfor at fortsatt utsendelse av avtaler og premiekrav også etter hovedforfall etter at forsikrede fylte 70 år, ikke forpliktet foretaket til å utbetale ved senere dødsfall.

Finansklagenemnda Persons flertall, leder og Giertsen, bemerker:

Spørsmålet blir etter dette om forsikrede har krav på tilbakebetaling av innbetalt premie for disse årene. Dette gjelder bare for premie betalt mer enn 3 år før fristavbrytende klage til Finansklagenemnda, idet premie som ble betalt før dette er foreldet, jf. foreldelsesloven § 2, jf. § 3 nr. 1.

Krav om tilbakebetaling av innbetalt premie reguleres ikke i loven. Spørsmålet må da vurderes på grunnlag av den ulovfestede reglen om oppgjørskorreksjon - *condictio indebiti*.

I HR-2021-2532-A (avsnitt 60) har Høyesterett formulert utgangspunktet for vurderingen slik:

Som det fremgår av Rt-1985-290 Birgo på side 294 er det "et grunnleggende trekk i læren om *condictio indebiti* at hvert tilfelle skal vurderes konkret og under hensyn til rimelighet". Det må derfor gjøres en helt konkret rimelighetsvurdering, hvor hensynet til at betaleren bør tillates å korrigere uriktige oppgjør – *korreksjonshensynet* – står mot hensynet til at mottakeren bør kunne anse oppgjøret avsluttet – *oppgjørshensynet*.

Hagstrøm, Obligasjonsrett (2011) s. 705 flg., går gjennom typiske relevante momenter ved vurderingen. Et moment er om partene var i aktsom god tro, et annet moment er hvem som er årsak til misforståelsen mht. forpliktelsen. Skyldes feilen en tredjemann, er det relevant hvem av partene som var nærmest til å ha ansvaret for dennes handlinger. Partenes profesjonalitet er videre relevant, jf. Rt-1995-1641, der mottaker var en profesjonell aktør "som ikke vil komme i vesentlig problemer ved en tilbakebetaling", sammenliknet med en forbruker der tilbakebetaling kan slå hardt ut. Er ytelsen lønn eller midler til livsopphold, skal det typisk mer til før et tilbakesøkningskrav kan vinne fram. Går det lengre tid før krav om tilbakebetaling fremmes, vil kravet svekkes sammenliknet med et krav som fremsettes raskt etter den uriktige betalingen.

Når foretaket rettslig sett ikke var ansvarlig etter dekningen, taler korreksjonshensynet for at innbetalt premie tilbakebetales.

Det fremgikk imidlertid klart av forsikringsbevisene frem til 2018 at forsikrede ikke lenger var dekket, og foretakets informasjonsplikt etter fal. § 11-3 og § 19-3 må etter flertallets syn anses oppfylt. Hadde forsikrede satt seg inn i avtalene legger flertallet til grunn at han umiddelbart ville ha oppdaget feilen og reagert. Det forhold at forsikrede over så lang tid fortsatte å betale på avtalen uten å sette seg inn i dennes innhold, tilsier at hans forventning om å få refundert premie ikke med rimelighet kan gis noe sterkt vern. At foretaket synes å ha systemer som skulle ha fanget opp at forsikrede ikke lenger var omfattet av avtalen har ikke avgjørende betydning, så lenge informasjonsplikten ellers er oppfylt.

Foretaket er på den annen side en profesjonell aktør, og en tilbakebetaling vil ikke være byrdefull. Innrettelseshensynet gjelder imidlertid også for slike foretak, og en lav terskel for krav om tilbakebetaling uavhengig av forsikringstakers opptreden kan forstyrre foretakenes løpende regnskapsføring, risikovurdering og avsetningsberegninger. Videre kommer at det var forsikredes advokatvirksomhet som sto som forsikringstaker.

Etter en konkret rimelighetsvurdering har flertallet falt ned på at forsikrede ikke kan få medhold i sitt krav på tilbakebetaling av innbetalt premie. I avveiningen av korreksjonshensynet og oppgjørshensynet har flertallet lagt stor vekt på at forsikrede som sådan fremsto som en profesjonell motpart med egen juridisk kompetanse. Dette gjelder etter flertallets syn selv om forsikrede som advokat ikke har arbeidet med forsikringsrett.

Mindretallet, Sandvik, bemerker:

Mindretallet har kommet til at forsikrede bør få premien tilbakebetalt.

Mindretallet viser til at regelen tilbakebetaling på ulovfestet grunnlag, *condictio indebiti*, fordrer en rimelighetsvurdering. Slik mindretallet ser det taler korreksjonsoppgjøret sterkest i denne saken. Selv om forsikrede var advokat, må den primære årsaken til at premiene uriktig ble innbetalt klart knyttes til foretakets uriktige utsendelse av faktura og forsikringsdokumenter. Mindretallet peker her på at foretaket har anerkjent at dette var en feil fra deres side. I en slik situasjon, må det få mindre vekt at forsikrede kunne ha oppdaget at forsikringen formelt sett var utløpt. I en vurdering av partenes atferd fremstår foretakets handlinger klart nærmest som årsaks- og ansvarsbærende for den situasjon som oppstod, og forsikredes unnlattelse som sekundær. Videre må foretaket ved henvisning til ansvaret for systemfeil stå nærmest til å unngå tilblivelsen av en slik situasjon. Dette, samt beløpets lave størrelse og dertil den nærmest fraværende

betydningen tilbakebetaling vil ha for foretaket, taler for at oppgjørshensynet tillegges liten vekt. Mindretallet kan ikke se at en helhetsvurdering av et rimelig resultat i det konkrete tilfellet, taler for at foretaket som følge av egne feil skal sitte igjen med premien der risikoen ikke er båret.

Da flertallet har kommet til motsatt konklusjon går ikke mindretallet inn på spørsmålet om foreldelse.

Avgjørelsen er avgitt under dissens.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant) og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).