

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-300

10.4.2024

If Skadeforsikring NUF

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Tegning – kreft – uriktige opplysninger – svik – grov uaktsomhet – ugrunnet opphold – ugyldig avtale – fal. §§ 13-1a, jf. 13-2 og 13-13, avtl. § 36.

Forsikrede kom til Norge i 2018. I forbindelse med søknad om livsforsikring og kritisk sykdomsdekning 4.3.19 opplyste ikke forsikrede om noen sykdommer eller helseplager. Forsikrede døde av kreft 13.5.21, og krav om utbetaling ble fremsatt 31.5.21. I journaler fremkom at forsikrede tidligere var kreftoperert i utlandet, med etterfølgende strålebehandling og cellegift. Foretaket avslo 13.12.22 krav om utbetaling med henvisning til at forsikrede hadde utvist svik ved tegning, subsidiært grov uaktsomhet. Atter subsidiært anførte foretaket at avtalen måtte settes til side som ugyldig etter avtaleloven § 36, da forsikredes norskkunnskaper var så begrenset at hun ikke visste hva hun signerte på. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avslå krav om utbetaling. Etter en konkret vurdering bemerket nemnda at den samlede tidsbruken i saken hadde vært unødvendig lang, og at foretaket dermed ikke hadde gitt melding om sitt standpunkt uten ugrunnet opphold. Nemnda bemerket videre at usikkerheten knyttet til forsikredes norskkunnskap kunne ha medført at sviks hensikt ikke forelå, men det var ingen holdepunkter for at forsikrede ikke forsto at hun hadde tegnet en forsikringsavtale. Foretakets anførsel om at avtalen var ugyldig etter avtl. § 36, kunne etter dette ikke føre frem. Klager ble gitt medhold.

Saksfremstilling

I forbindelse med tegning av en livsforsikring og en dekning for kritisk sykdom med uførhet, avga forsikrede (f. 1970 – d. 2021) en såkalt "ren" helseerklæring 4.3.19.

I helseerklæringen ble forsikrede bedt om å oppgi *"alle sykdommer og helseplager du kjenner til og får/har fått behandling/medisinering for"*, etterfulgt av en rekke sykdommer/helseplager som man kunne huke av for. Forsikrede huket ikke av for noen av de opplistede sykdommene/helseplagene, herunder *"Kreft, svulster og cyster"*. Under tilleggsspørsmål om forsikredes helse, svarte hun "nei" på følgende spørsmål: *"Har du blitt undersøkt, eller blitt behandlet for annen sykdom/lidelse enn det som er nevnt tidligere i skjemaet"*.

Helseerklæringen, som ble fylt ut elektronisk, ville generert ytterligere tilleggsspørsmål dersom forsikrede hadde huket av på spørsmålet om *"Kreft, svulster og cyster"*. Forsikrede ble videre orientert om at *"Helseopplysninger som er eldre enn 10 år og hvor du ikke vært på kontroll eller oppfølging de siste 10 årene, behøver du ikke opplyse om. (...) Vær ærlig. Uriktige opplysninger kan føre til at forsikringen ikke blir utbetalt. Ved krav om utbetaling på forsikringen kan helseopplysningene bli kontrollert"*.

Foretaket innhentet ikke ytterligere helseopplysninger og innvilget forsikringene på vanlige vilkår.

Før tegning

Forsikrede kom til Norge i 2018.

Det foreligger ingen medisinske opplysninger fra tiden før tegning, men av senere opplysninger, inntatt nedenfor, fremgår at forsikrede ble operert for livmorkreft i 2011, og at hun fikk strålebehandling og cellegift.

Etter tegning

Det er fremlagt kopi av fastlegejournal fra 27.4.20 – 5.7.21. I journalen fremkommer at forsikrede snakket lite norsk og at samtlige konsultasjoner foregikk med venn/svigerinne/svigermor som tolk, uten at det fungerte optimalt.

I journalnotat 12.5.20 fremgår at forsikrede ble vurdert å ha "mild hypertensjon". Videre er det notert:

2. Forstår det som at pas er hysterektomert (pga kreft?) og i etter dette ha fått en form for abdominale sprøyter, dette er nå avsluttet. VAr angivelig til ktl. i (hjemland) for 4 mnd siden hvor alt var normalt. U.t. forstår ikke detaljene i denne informasjonen, hun bes bestille ny time for å snakke om dette dersom behov, må da bestilles tolk.

, og i journalnotat 22.4.21, fremgår:

Anamnese:	Ringer og snakker med fam.medl. 4 dager med gradvis forverring av oppkast og svimling, dårlig appetitt, slapp/sliten. Ingen feber, usikkert om diaré da pas. spiser såpass lite. Pas har i dag følt seg ekstra svimmel.
Vurdering	Ønsker egentlig å ordne med time ved lufveispol i S. men fam.medl. ønsker å avvente litt til – enes derfor pas. skal drikke godt, forsøke å få i seg næring. Rekontakt i morgen ved manglende bedring/forverring.
Diagnose:	Hoveddiagnose: Oppkast IKA D10 Bidiagnose: Svimmelhet IKA N17

Forsikrede ble innlagt på sykehus 23.4.21, jf. inntakstjournal fra nevrologisk avdeling, sykehus, samme dato. Av inntakstjournalen fremgår at forsikrede "*snakker inadekvat norsk til anamnese*", men at "*Ektemann oppgir at hun har ingen sykdommer fra før og at hun stort sett er frisk*". Videre fremgår:

Vurdering/plan:

50 år gammel kvinne som er frisk fra før. Innkommer med fire dagers sykehistorie med konstant svimmelhet, kvalme og oppkast daglig. Nå ikke mobiliserbar og svært medtatt. Ligger i sengen med svimmelhet og hun har vansker for å mobilisere seg da dette forverret svimmelheten.

CT- viser multiple metastasesuspekt lesjoner. Henviser til MR tumorprotokoll og CT abdomen + bekken. Pas. blir delvis informert via mannen om at det er funn av noe i hjernen som krever videre utredning. (...)

I førstedagsnotat 24.4.21, fra nevrologisk avdeling, sykehus, er det notert:

Bakgrunn:

(...) Fra tidligere har hun i 2011 vært operert for uterus cancer hvor hun etterfølgende fikk både stråling og cellegift, dette skal har vært foretatt i (annet land). og hun skal har fått noe oppfølging etterfølgende uten tegn til residiv eller spredning.

I notatet fremgår også "*Snakker svært lite norsk så spl. (...) fungerer som tolk*".

Av intern henvisning til lungemedisinsk avdeling 26.4.21, fremgår i tillegg at CT thorax/abdomen/bekken viste "*Postoperative og poststråleforandringer nedad i bekkenet*".

I journalen fra sykehuset er det vist til at forsikrede fikk påvist flere tumorer, både intrakranielt, i lunge og på hjertes høyre side, og at det sannsynligvis dreide seg om metastaserende cancersykdom. Videre er det beskrevet ytterligere utredning og behandling, frem til forsikrede døde 13.5.21.

Foretaket har opplyst at forsikredes ektemann (klager) forsøkte å øke forsikringssummen betydelig få dager før forsikrede døde, men at helseerklæringen aldri ble mottatt.

I journalnotat fra fastlegen 21.5.21, er det notert:

Tlf. med patolog (...): han har obdusert pas., funnet kreft i «hele kroppen»: hjerne; lunge; hjerte som har vokst inn pulmonalarteriene; nyrer; mulig tynntarm. Han har fått oppgitt at pas. tidl. har hatt uterusca., de har funnet ut at tumoren består av plateepitel, som kan passe med cervikalca. – legen lurte på om det heller kan ha vært snakk om cervikalca. og ikke uterus? U.t. har dessverre en meget mangelfull jrn. på pas., enes patologen kontakter pårørende som igjen kan kontakt forrige FL dr. (...) – jrn. kan enten bli sendt hit og deretter til patologen, eller direkte til patologen.

, og i journalnotat 5.7.21: *"Pas. mann ringer – lurte på om man vet dødsårsak: gj.går tlf.samt. med patologen og at man konkluderte med kreft som årsak, muligens livmorkreft som hadde spredt seg"*.

En venn av familien meldte skaden til foretaket per telefon 31.5.21. I notat fra samtalen fremgår:

Hva gjelder henvendelsen: (forsikrede) gikk bort 13/5, var innlagt på kreftavdelingen. Han mener dette var hjernekreft. Hun var under utredning, og var ikke påbegynt behandling ennå. (sykehuset) var der hun var innlagt.

Etter mottatt fullmakt fra klager datert 2.7.21, tilskrev foretaket forsikredes fastlege for helseopplysninger i brev av 31.8.21. Foretaket har opplyst at det ba om journalopplysninger fra sykehus samme dag. Det er ikke fremlagt kopi av anmodningen til sykehuset, men kopi av pasientjournal ble sendt til foretaket i brev fra sykehuset 9.9.21, mottatt hos foretaket 13.9.21.

Av internkorrespondanse i foretaket 16.9.21, fremgår:

Kunden tegnet LIV og KRS/UKS i 2019. eHD inn 4. mars 2019. rent skjema.
Det står for øvrig i journalopplysninger at kunden ikke forstår norsk.

Nå død pga kreftsykdom med noe uklart opphav.

Det kommer frem at hun var behandlet for kreft i uterus (livmor) i 2011. Behandlet i (annet land) angivelig. Skal ha fått stråling og cellegift i tillegg til operasjon. Angivelig friskmeldt etter behandling.

Det er nokså uspesifikke og retrospektive opplysninger om sykdom og behandling i 2011.

Dersom sykdom og behandling hadde blitt opplyst om, ville hun antagelig fått godkjent LIV med et premietillegg på 100%.

Hun ville fått avslag på KRS/UKS på grunn av tidligere kreftsykdom med behandling med stråling og cellegift.

Foretaket opplyste at purring ble sendt til fastlegen 19.10.21. Det er ikke opplyst når fastlegejournalen ble mottatt av foretaket, men journalen er utskrevet 25.10.21. Foretaket ba videre om fullmakt til innhenting av opplysninger fra tidligere fastlege 3.11.21. Etter mottak av ny fullmakt 18.11.21, ble forespørsel til tidligere fastlege sendt 17.1.22. Foretaket mottok telefon fra tidligere fastlege 21.1.22 om at pasienten var ukjent.

Foretaket forsøkte deretter å kontakte klager på telefon 16.2.22, for å avtale møte i uke 10, uten å få svar. I e-post fra klager 28.2.22 opplyste klager at han nylig hadde vært i forsikredes hjemland og funnet ut at forsikrede ble operert på sykehus i nabolandet. Klager oppga navn og adresse til sykehuset i nabolandet.

Foretaket igangsatte innhenting av opplysninger fra sykehuset i (nabolandet) 3.3.22. Foretaket har vist til oversikt over tidsbruken i forbindelse med innhenting av opplysninger fra sykehus i (nabolandet), herunder korrespondanse med og purringer til SOS og klager.

Foretaket sendte varsel om mulig avkortning på grunn av forsømt opplysningsplikt i e-post av 8.4.22. Fra e-posten siteres:

Takk for din melding samt kontaktopplysninger til sykehus i (nabolandet). Vi har nå opprettet kontakt med SOS Internasjonal som skal hjelpe oss med å kontakte sykehuset. Dette for å se om vi kan få ut opplysninger om dine kones tidligere kreftsykdom og oppfølging etter det som er nødvendig for at vi skal kunne vurdere saken.

Ved gjennomgang av opplysningene vi har mottatt hittil i saken i forbindelse med innmeldte krav, er det avdekket forhold før tegning av forsikringen som ikke samsvarer med opplysningene i helseerklæringsskjema (forsikrede) fylte ut den 4. mars 2019.

Foretaket mener at det kan være gitt uriktige/mangelfulle opplysninger som vil kunne medføre at retten til erstatning kan settes ned eller falle bort. Det vises her til Lov om forsikringsavtaler (FAL) §13-2 som lyder:

(...)

Før vi kan ta stilling til saken og vurdere eventuelle konsekvenser, må vi kontakte sykehus i (nabolandet) for utfyllende journalopplysninger. Du underrettes med dette om at vi, så snart vi har innhentet tilstrekkelige opplysninger, vil komme tilbake til hva slags reaksjon den brutte opplysningsplikt vil kunne medføre.

Etter henvendelse fra klager til foretakets kundeombud, opplyste kundeombudet at saken fortsatt var til behandling i foretaket, og at kundeombudet ikke foretok klagebehandling samtidig med at saksbehandlingen pågikk, jf. e-post fra foretakets kundeombud 12.7.22.

Foretaket har opplyst at SOS sendte e-post 30.9.22 om at det var vanskelig å få kontakt med sykehuset og de ikke trodde de fikk noen journaler.

Etter korrespondanse med klager ble det avtalt å avholde et møte 16.11.22 mellom foretakets utreder og klager. Til stede i møtet var også klagers advokat og en venn av klager. I referat 21.11.22 fra møtet fremgår:

(Klager) er enkemannen etter avdøde (forsikrede) som døde av kreft den 13.05.21. Han er også f.t. og han som tegnet livsforsikringen og Kritisk sykdom i 2019.

Han fortalte at kona var syk i 2 dager hjemme, hun var svimmel før hun ble lagt inn på sykehus. Hun hadde ikke vært syk før dette, så det kom veldig brått. Han møtte henne i (forsikredes hjemland) i 2013 og de giftet seg der nede i 2014. Hun fortalte da at hun hadde operert bort hele livmoren pga kreft og at hun ikke kunne få barn, men at hun nå var frisk. Han kjente henne ikke da hun var syk og ble operert, men han forklarte at hun bodde i (hjemlandet) på den tiden hun var syk, og det var helt vanlig at (innbyggere i hjemlandet) dro til (...) eller andre naboland for å medisinsk behandling. De stolte ikke på helsevesenet i hjemlandet, så derfor dro til andre land for å gjennomføre medisinske inngrep.

Han fikk opplysninger fra hennes familie om hvilket sykehus kona ble behandlet på i sommer da han var i (nabolandet). Han mente at det skjedde i 2010 eller 2011. Han vet ikke om hun fikk noen oppfølging eller var til noen kontroller der nede. Han forklarte også at det ikke var sikkert at det fantes noen journal, fordi behandlingen kunne ha vært utført på svartebørsen. De fikk en avtale også kom det en lege og etter at de var operert eller behandlet så ble de skrevet ut og overlatt til seg selv. Hadde de ikke penger så ble de bare satt på gata.

Bakgrunnen for at han tegnet personforsikringer var at han tenkte at det var lurt å ha hvis noe skulle skje. Han hadde hatt personforsikringer i mange år i (annet foretak) før han flyttet de til If. Han har bodd i Norge i 30 år mens kona hans kom til Norge i 2018. Hun snakket ikke norsk, men gikk på voksen opplæring. Hun hadde ikke jobb i Norge.

På spørsmål om hvem som fylte ut helseerklæringen til hans kone, sa husket han ikke det. Han mente at det ikke var han fordi han var på jobb. Etter litt fram og tilbake rundt dette tema så kom han fram til at det måtte enten være han, eller en av hans to brødre. Han ringte disse under møte, og spurte de på sitt språk om de hadde hjulpet henne, men det hadde de ikke.

Hun brukte sin bankId selv og lånte den ikke bort til noen, så det var nok hun som hadde logget seg på selv men han trodde ikke at hun hadde fylt ut helseerklæringen på egenhånd. På spørsmål om det kunne være hennes svigerinnen som hadde hjulpet henne, så svarte han at det var det ikke. De var etnisk norske og kunne ikke oversette til (språket i hjemlandet).

Vi gikk litt inn på hans utfylling av helseerklæringen som var gjort i februar 2019, men han klarte ikke å huske at han selv hadde gjort dette. Han mente at han hadde gjort det selv, til tross for at han ikke var så god i

norsk. Men han var ganske sikker på at det ikke var han som hadde hjulpet sin kone.

Advokaten lurte på hvordan spørsmålene var formulert, og jeg viste et utklipp slik helseerklæringen ville ha sett ut dersom punkt for kreft hadde blitt åpnet. Og la til at dersom man ikke fant riktig betegnelse for sin diagnose så var det også et punkt til slutt i helseerklæringen som gikk på om vedkommende har gjennomført annet behandling enn det som er spurt om tidligere. Advokaten spurte også om hvilken tidsperiode vi spurte om. Jeg viste til informasjonen som ligger i link til erklæringens første side med informasjon om utfyllingen at det der er opplyst at vi spør om 10 år tilbake i tid, men dersom det fortsatt er aktuelt skal det opplyses om og at det er bedre med for mye enn for lite opplysninger.

(Klager) visste ikke grunnen til at det var ikke opplyst om tidligere kreftoperasjon i erklæringen.

Han bekreftet at på (sykehuset) så var det tolk tilgjengelig og en sykepleier som snakket samme språk.

På spørsmål når hun ble operert så var det på bakgrunn av det hun fortalte så skjedde det i 2010/11.

Han ble spurt om hvorfor han den 10.05.21 ringte inn til If for å forhøye summen på livsforsikringen til 1 mill, siden kona da lå på sykehuset og var syk. Han ble stille en stund før han sa at det var hun som gav råd til han om å gjøre det, så derfor gjorde han det. Helseerklæringen kom aldri inn så den ble aldri gjennomført.

Han visste ikke hvem som kunne ha hjulpet henne. Hun hadde norske svigerinner, men de kunne ikke hennes språk så de kunne ha hjulpet henne. Hvis han hadde vært hjemme ville det ha vært naturlig at han hadde hjulpet henne, men han var ganske så sikker på at han var på jobb.

(...)

Foretaket avsto krav om erstatning med henvisning til at forsikrede hadde utvist svik ved tegning, subsidiært grov uaktsomhet, og annullerte forsikringsavtalen med virkning fra 4.3.19, jf. brev fra foretaket 13.12.22.

Klager har i det vesentlige anført at foretaket ikke har grunnlag for å avslå kravet om utbetaling av livsforsikringen. Prinsipalt anføres at det aldri har blitt sendt en gyldig reklamasjon til klager og at anledningen til å avvise utbetaling av forsikringssummen i sin helhet er bortfalt, jf. fal. § 13-13. Foretaket tok aldri standpunkt før i avslagsbrevet datert 13.12.22, se Rt-2013-1235 om kravet til standpunkt.

Subsidiært, forutsatt at foretakets e-post 8.4.22 anses for å være en gyldig reklamasjon, er reklamasjonsfristen oversittet. Foretaket hadde kjennskap til at forsikrede ikke hadde opplyst om tidligere kreftsykdom i helseerklæringen ca. 7,5 måneder før det ble reklamert. Dette kan ikke sies å være uten ugrunnet opphold, jf. FinKN-2012-320, FSN-4868 og FSN-5001. At foretaket også ønsket ytterligere opplysninger fra sykehuset i utlandet medfører ikke noen suspensjon av reklamasjonsplikten, så lenge det allerede forelå tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å fremme reklamasjon. Det kreves ikke at foretaket har "fullt kjennskap til alle forhold i saken som kan begrunne ansvarsfritak. En kvalifisert mistanke kan [...] være nok", jf. Rt-2013-1235. Mistanken må ha vært "kvalifisert" allerede på det tidspunkt foretaket mottok sykejournal fra sykehuset med opplysning om tidligere kreftsykdom fra 2011. Det var da ingen grunn til å vente i flere måneder med å varsle om mulig avkortning. Dessuten ble det ifølge foretaket, også fremmet reklamasjon i april, før helseopplysningene fra utlandet var innhentet. Det ble aldri fremmet noen reklamasjon etter foretakets forsøk på å innhente helseopplysninger derfra. Altså må også foretaket ha ment at man hadde tilstrekkelig grunnlag for å reagere uten at opplysningene fra utlandet forelå.

Foretaket har ikke sannsynliggjort at opplysningsplikten er svikaktig eller grovt uaktsomt forsømt. Klager bestrider ikke at forsikrede objektivt sett svarte uriktig på spørsmålet om "kreft, svulster og cyster" i helseerklæringen, men det må hensyntas at det var mer enn åtte år siden hun ble operert og behandlet for livmorhalskreft. Ved etterkontroller, senest i 2020, ble det ikke funnet noen residiv og/eller tegn til fortsatt sykdom. Som det fremgår av fastlegejournalen, oppsøkte forsikrede kun fastlegen for mindre og bagatellmessige plager. Forsikrede visste ikke om og var

ikke plaget av kreftsykdommen før den siste tiden og lenge etter at helseerklæringen ble utfylt. Forsikrede opplyste ikke om kreften fordi hun følte seg frisk og kreften var et tilbakelagt stadium. Spørsmålet om livmorkreft er avgrenset til "Siste 3 år" ved utfylling av helseerklæringene og viser at forsikredes kreftsykdom mer enn åtte år tilbake i tid ikke kan ha blitt oppfattet som spesielt relevant for risikobildet, verken for forsikrede eller foretaket. Foretaket har heller ikke sannsynliggjort at det ville ha avslått forsikringssøknaden dersom det hadde fått opplyst at forsikrede var behandlet for kreft i 2011. Foretaket måtte da kunne legge til grunn at sykdommen var et tilbakelagt stadium og i "verste fall" kreve et pristillegg, noe som også er nevnt av foretaket selv, uten at det er gitt noen begrunnelse for hvorfor man i stedet for avslag ikke har gjort fradrag/delvis avkortet utbetalingen beregnet ut fra forholdet mellom betalt pris og den prisen foretaket ville ha tatt med nevnte opplysninger. Det vises bl.a. til FSN-1391 og Forsikringsavtaleloven med kommentarer, Brynhildsen, 2014, s. 457. Når svik ikke foreligger, er det uten betydning om foretaket skulle mene at det ble utvist grov uaktsomhet ved tegningen av forsikringen, jf. fal. § 13-4 (2). Det presiseres for ordens skyld, at det heller ikke er utvist grov uaktsomhet ved utfyllingen av helseerklæringen.

Det er ingen holdepunkter for at forsikrede ikke forstod innholdet i helseerklæringen, slik foretaket hevder. Det hun ikke forstod var relevansen av den tidligere sykdommen som lå mange år tilbake i tid. Det er derfor ikke grunnlag til å underkjenne avtalen etter avtl. § 36.

Foretaket har i det vesentlige anført forsikrede svikaktig har brutt informasjonsplikten ved å unnlate å opplyse om at hun hadde vært operert for livmorkreft i 2011 og formentlig behandlet med cellegift og stråling for sykdommen, jf. fal. § 13-1a, jf. § 13-2 første ledd. Det vises til LF-2010-101848 og FinKN-2014-413. Forsikrede ville ikke fått tegnet aktuelle forsikring, alternativt med forbehold, dersom hun hadde opplyst om sykdommen. Foretaket er uten ansvar og har sagt opp forsikringen. Subsidiært har forsikrede utvist grov uaktsomhet og foretaket kan avkorte erstatningen med 100 %, jf. fal. § 13-2 annet og tredje ledd.

I begge tilfeller har foretaket reklamert i tide, jf. fal. § 13-13. Det vises i denne sammenheng til Rt-2013-1253 avsnitt 53 og 56, 2019-766, 2017-552, og 2014-240. I dette tilfellet har det vært tidskrevende og vanskelig å avklare faktum på grunn av innhenting av bakgrunnsinformasjon om en avdød person fra utlandet, betydningen av forsikredes språkproblemer og manglende svar fra legekantor, se tidslinje i saken.

Atter subsidiært foreligger det tilblivelsesmangler etter avtaleloven § 36, da forsikredes norskkunnskaper var så begrenset at hun ikke visste hva hun signerte på. Avtalen må i så fall anses ugyldig. Det vises til 2020-341 for sammenligning, og i samme retning 2015-123 og FSN-4661. Selv om foretaket har reklamert rettidig, bemerkes at fal. § 13-13 ikke kommer til anvendelse ved bruk av avtaleloven § 36.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om foretaket kan avslå kravet med henvisning til utvist svik ved tegning, subsidiært avkorte utbetalingen med 100 % som følge av grov uaktsomhet, herunder om foretaket har reklamert i tide. Atter subsidiært bes nemnda vurdere om avtalen må settes til side som ugyldig etter avtaleloven § 36.

Etter fal. § 13-1 a, skal forsikringstakeren og den forsikrede gi de opplysninger som foretaket ber om for å kunne vurdere risikoen sin. Har forsikringstakeren eller den forsikrede svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1a, og det inntreffer et forsikringstilfelle, er foretaket uten ansvar, jf. fal. § 13-2 første ledd. Det er en forutsetning for at foretaket skal kunne påberope seg bortfall av ansvar etter denne bestemmelsen, at foretaket har reklamert i tide, jf. fal. § 13-13.

Nemnda tar først stilling til om foretakets reklamasjon er i tråd med kravene i fal. § 13-13.

Bestemmelsen krever at foretaket må ha gitt forsikringstaker beskjed "uten ugrunnet opphold etter at foretaket ble kjent med" forholdet som medførte at avkortingsreglene kan anvendes, jf. fal. § 13-13. I motsatt fall mister foretaket retten til å påberope seg forholdet.

Det er lagt til grunn i praksis at rettskilder knyttet til forståelsen av den tilsvarende bestemmelsen i fal. § 4-14, er av relevans for forståelsen av fal. § 13-13, jf. nemndas avgjørelse 2022-974, der nemnda la til grunn at formålet med reklamasjonsbestemmelsen er å ivareta hensynet til sikre og sikredes behov for å få klarhet hva foretaket vil påberope seg, jf. blant annet merknadene til fal. § 4-14 i Ot.prp.nr. 49 (1988–1989) s. 72.

Utgangspunktet for fristen er tidspunktet når foretaket får kunnskap om at det kan påberope seg uriktige opplysninger, jf. ordlyden til bestemmelsen i § 13-13 annet ledd annet punktum, jf. nemndsavgjørelsene FinKN-2017-552 og FinKN-2012-257. I dette ligger et krav om at foretaket må ha positiv kunnskap, se NOU 1983:56 s. 96 og Rt-2013-1235 avsnitt 44, hvor det legges til grunn at en kvalifisert mistanke kan være tilstrekkelig for at fristen begynner å løpe. Lengden på fristen er relativ, og må vurderes konkret i den enkelte sak. En anførsel om svik eller grov uaktsomhet er en alvorlig beskyldning, som tilsier at foretaket må ha forsvarlig beslutningsgrunnlag for sin beslutning. Dette tilsier at foretaket må gis tilstrekkelig tid til å innhente opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte mistanken. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at foretaket tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet fra foretakets side.

I førstedagsnotat 24.4.21, fra nevrologisk avdeling, sykehus X, fremgår at forsikrede var operert for uterus cancer i 2011, og hadde fått etterfølgende behandling med stråling og cellegift, angivelig i (annet land). Av notatet fremgår også at sykepleier fungerte som tolk.

Nemnda legger til grunn at opplysningene ble forelagt foretaket i brev fra sykehuset 9.9.21, mottatt hos foretaket 13.9.21, og foretaket fikk allerede på dette tidspunktet tilstrekkelig kunnskap om at spørsmålet i helseerklæringen om "Kreft, svulster og cyster" var uriktig besvart. Det er ikke nødvendig for nemnda å ta stilling til om foretaket på dette tidspunktet fikk kunnskap om at de uriktige opplysningene ble gitt med sviks hensikt.

Det fremgår av foretakets internkorrespondanse 16.9.21, at forsikrede – om hun hadde opplyst om kreftsykdom og behandling, antagelig ville fått godkjent livsforsikringen med et premietillegg på 100 %, men at hun ville fått avslag på dekningene Kritisk sykdom og Kritisk sykdom med utføredekning. Internkorrespondansen tyder på at foretaket allerede i september 2021 hadde gjort seg opp en mening om hva utfallet ville blitt om forsikrede hadde gitt korrekte opplysninger i helseerklæringen, og at foretaket dermed også hadde en kvalifisert mistanke om at de uriktige opplysningene ble gitt med sviks hensikt.

Mistanken ble ytterligere forsterket, da foretaket mottok kopi av fastlegejournalen. I journalnotat 12.5.20 fremgår det at legen forstod det slik at forsikrede var hysterektomert på grunn av kreft og at hun angivelig hadde vært til kontroll i (annet land) for fire måneder siden, og at alt da var normalt. Det er ikke opplyst når fastlegejournalen ble mottatt av foretaket, men journalen er utskrevet 25.10.21.

Nemnda finner på denne bakgrunn at reklamasjonsfristen i alle tilfelle begynte å løpe ved utgangen av oktober 2021.

Spørsmålet blir etter dette om foretaket ga melding om sitt "standpunkt", "uten ugrunnet opphold" etter at reklamasjonsfristen begynte å løpe, jf. fal. § 13-13.

I "standpunkt" ligger ikke noen krav til foretakets reklamasjon, utover at det må vise til at det er helt eller delvis fri for ansvar. Ot.prp.nr. 49 (1988–1989) s. 71-72 peker imidlertid på at formålet med det skriftlige standpunktet er "hensynet til sikre og de behov sikre har for å få klarhet i hva foretaket vil påberope seg". Dette har i teori og nemndspraksis blitt forstått som at reklamasjonen må vise at foretaket vil avslå eller avkorte kravet på erstatning og hvilken skyldgrad foretaket mener forsikrede har utvist, jf. 2021-659 med videre henvisninger.

I dette tilfellet sendte foretaket en e-post 8.4.22 med varsel om mulig avkortning på grunn av forsømt opplysningsplikt. I e-posten fremgår: "Foretaket mener at det kan være gitt uriktige/mangelfulle opplysninger som vil kunne medføre at retten til erstatning kan settes ned eller falle bort" og "Før vi kan ta stilling til saken og vurdere eventuelle konsekvenser, må vi kontakte sykehus i (annet land) for utfyllende journalopplysninger. Du underrettes med dette om at vi, så snart vi har innhentet tilstrekkelige opplysninger, vil komme tilbake til hva slags reaksjon den brutte opplysningsplikt vi kunne medføre".

Slik e-posten er formulert kan ikke nemnda se at den gir uttrykk for foretakets standpunkt. Tvert imot synes foretaket å presisere at det ikke har tatt stilling til saken. På denne bakgrunn finner nemnda at varselet om en mulig avkortning ikke er tilstrekkelig for å avbryte fristen i fal. § 13-13. Et slikt standpunkt ble etter nemndas syn først gitt i avslaget 13.12.22, ca. åtte måneder senere, og mer enn halvannet år etter skademeldingen.

Som nevnt ovenfor er fristen for å reklamere relativ og må vurderes konkret i hver enkelt sak. Nemnda slutter seg til det sekretariatet har uttalt om dette og vurderingen av foretakets saksbehandlingsskritt i saken:

En anførsel om svik eller grov uaktsomhet er en alvorlig beskyldning, som tilsier at foretaket må ha forsvarlig beslutningsgrunnlag for sin beslutning, jf. avgjørelse FinKN-2017- 552. Det vil si at foretaket må gis tilstrekkelig tid til å innhente opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte foretakets mistanke. Nemndspraksis viser videre at ubegrunnede opphold på mer enn 2 ½ - 3 måneder etter at foretaket hadde tilstrekkelig informasjon til å ta et standpunkt i saken ikke godtas, jf. blant andre 2018-631, 2018-577 og Brynildsen, mfl., Forsikringsavtaleloven med kommentarer, 3. utgave, s. 529. Dette gjelder også der foretaket avventer dokumenter som ikke er av betydning for foretakets avslagsgrunn, jf. 2020-924 og 2021-659. Også sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at et foretak tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet jf. nemndas avgjørelse 2022-1048, 2021-659 og 2021-560. Fra nemndas avgjørelser i 2021-659, 2016-323, 2016-514 og 2014-538, kan det slutes at foretaket må reklamere overfor kravstiller dersom det sitter inne med tilstrekkelig informasjon til å ta et begrunnet standpunkt i saken. Dette gjelder også dersom foretaket etter reklamasjonen må hente inn ytterligere informasjon for å kunne ta stilling til avkortningens størrelse, jf. særlig 2014-538.

Foretaket har fremlagt en oversikt over foretakets saksbehandlingsskritt i saken. Sekretariatet kan ikke se at det foreligger passivitet fra foretakets side, og forstår det slik at forsøk på innhenting av dokumenter fra utlandet har vært særlig tidkrevende. Selv om foretaket må innrømmes noe lengre tid for å avklare spørsmålet om svik, kan det etter sekretariatets syn stilles spørsmål ved relevansen av foretakets tidsbruk i saken. Så vidt sekretariatet forstår var det ingen mistanke om at journalopplysningene fra sykehuset, om at forsikrede var operert for livmorkreft i 2011 med etterfølgende stråling og cellegift, var feil. Opplysningene ble gitt ved hjelp av sykepleier som fungerte som tolk, jf. førstedagsnotat av 24.4.21. Sekretariatet antar derfor at forsikredes manglende norskkunnskaper ble avhjulpet ved bruk av tolk. I tillegg viste CT thorax/abdomen/bekken også "Postoperative og poststråleforandringer nedad i bekkenet", jf. intern henvisning til lungemedisinsk andeling 26.4.21. Etter sekretariatets syn fremstår det derfor uklart hvilket behov foretaket hadde for ytterligere å verifisere opplysningene om tidligere kreft fra sykehus og lege. Sekretariatet er uansett av den oppfatning at eventuelle journalopplysninger fra utlandet ikke var særlig egnet til å avklare hvorfor forsikrede svarte som hun gjorde. En nærmere avklaring av dette, ville etter sekretariatets syn bedre kunne belyses ved opplysninger fra klager, eventuelt andre vitner. Samtale mellom utreder og klager ble imidlertid først avholdt 16.11.22, noe som etter sekretariatets syn kunne vært utført på et tidligere tidspunkt og parallelt med innhenting av dokumenter fra utlandet. Dette ble også forsøkt ved telefon til klager 16.2.22, uten at dette ble fulgt opp av foretaket. Sett hen til at foretaket mottok

opplysninger om kreft i 13.9.21, og at saken ellers ikke kan anses særlig kompleks, fremstår foretakets samlede tidsbruk fra mottak av skademeldingen i juni 2021 til reklamasjon ble fremsatt i desember 2022, etter sekretariatets syn som lang.

Nemnda har tidligere lagt til grunn at det forhold at fristen etter fal. § 13-13 ikke begynner å løpe før foretaket har en kvalifisert mistanke, ikke er til hinder for at man ved bedømmelsen av om fristen er overholdt, tar den samlede saksbehandlingstiden i betraktning, jf. 2022-974. Etter en konkret vurdering finner nemnda at den samlede tidsbruken i aktuelle sak har vært unødvendig lang, og at foretaket ikke ga melding om sitt standpunkt uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13 første ledd. Foretaket kan etter dette ikke påberope seg ansvarsfrihet som følge av svikaktig brudd på opplysningsplikten ved tegning, jf. § 13-13 annet ledd.

Foretaket er av samme grunn avskåret fra å påberope seg avkortning som følge av grov uaktsomhet, jf. for så vidt også fal. § 13-4 annet ledd, da det i dette tilfellet gikk mer enn to år fra foretakets ansvar begynte å løpe 4.3.19, til forsikringstilfellet inntraff 13.5.21 og foretakets reklamasjon 13.12.22.

Nemnda finner etter dette ikke grunn til å vurdere spørsmålet om sviks hensikt eller spørsmålet om grov uaktsomhet.

Foretaket har atter subsidiært anført at avtalen må anses ugyldig etter avtaleloven § 36, og at det foreligger tilblivelsesmangler da forsikredes norskkunnskaper var så begrenset at hun ikke visste hva hun signerte på. Klager har på sin side anført at det ikke er holdepunkter for at forsikrede ikke forstod innholdet i helseerklæringen, men at det var relevansen av den tidligere sykdommen mange år tilbake i tid hun ikke forstod.

Nemnda legger til grunn at det foreligger usikkerhet knyttet til forsikredes norskkunnskaper, herunder hva hun forstod, og om hun fikk hjelp til å fylle ut helseerklæringen. Vurderingstemaet etter avtaleloven § 36 er om den forsikrede forstod at vedkommende inngikk en forsikringsavtale.

Slik saken er opplyst kan det etter nemndas syn ikke legges til grunn at forsikrede ikke forstod at hun inngikk en forsikringsavtale. Nemnda bemerker at manglende norskkunnskaper vil kunne medføre at kravet til sviks hensikt ikke er oppfylt, uten at det er ensbetydende med at den forsikrede ikke forstår at vedkommende inngår en avtale. Foretakets anførsel om at avtalen er ugyldig kan etter dette ikke føre frem.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Klager gis medhold.

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