

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-448

29.5.2024

Frende Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring - tegning – uriktige opplysninger – grovt uaktsomt – avkortning – oppsigelse – Fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3, 13-13.

Forsikringstaker tegnet barneforsikring for sin datter i januar 2021. Fra før hadde hun en dekning i et annet foretak. Ved tegningen opplyste han ikke om noen helseplager, og svarte nei på spørsmål om undersøkelse av lege/annen behandler siste 5 år, reseptbelagte medisiner, om hun var under eller anbefalt utredning for sykdom/ plager, eller om barnet nå eller i løpet av de siste 5 årene hadde hatt andre sykdommer eller plager. Dokumentasjonen fra tiden før tegning viste at forsikrede i lengre tid hadde hatt problemer med inkontinens, og blant annet blitt fulgt opp av uroterapeut. Siste kontroll var 8 dager før helseerklæringsskjemaet ble utfyllt. Forsikrede meldte krav basert på diagnosen "uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse", og opplyste at denne oppsto i juni 2022. Foretaket avslo kravet under henvisning til manglende oppfyllelse av opplysningsplikten. Saken reiste spørsmål om forsikringstaker grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kunne avkorte 100 % og si opp forsikringen. Etter en konkret vurdering uttalte nemnda at forsikringstaker grovt uaktsomt hadde gitt uriktige helseopplysninger ved tegningen. Dersom korrekte opplysninger hadde blitt gitt, ville foretaket ikke ha tegnet forsikringen, eventuelt tatt en reservasjon som omfattet den aktuelle diagnosen. Nemnda hadde ingen merknader til at avkortningen ble satt til 100 %. Vilkårene for å si opp avtalen var til stede, men nemnda bemerket at foretaket ikke hadde behandlet spørsmålet om å tilby fortsatt forsikring med reservasjon. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker (far) tegnet barneforsikring for sin datter i foretaket i januar 2021. Det er opplyst at barneforsikring for datteren var tegnet i et annet foretak i perioden 17.7.15 – 21.3.21.

Barneforsikringen startet å løpe hos foretaket ved inngivelse av helseopplysninger 28.1.21. Det ble ikke opplyst om helseplager, og han svarte nei på spørsmål om barnet i løpet av de siste 5 årene hadde vært undersøkt av lege/ annen behandler, om barnet hadde fått utskrevet reseptbelagt medisin, om det var under utredning for sykdom/ plager eller anbefalt slik utredning, eller om barnet nå eller i løpet av de siste 5 årene hadde hatt andre sykdommer eller plager.

Han erklærte videre at:

(...) de opplysningene jeg har gitt er så fullstendige og nøyaktige som mulig. Jeg er kjent med at opplysninger fra meg sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen med [foretaket]. Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at det ikke kan kreves utbetaling under forsikringen og at forsikringen kan bli sagt opp. Forsøk på svik (forsikringssvindel) kan bli politianmeldt.

Jeg forstår at jeg plikter å gi riktige og fullstendige svar på Frendes spørsmål, selv om Frende har fullmakt til å innhente opplysninger fra andre.

Det ble utstedt forsikringsbevis 28.1.21 for barne- og ungdomsforsikring, som bl.a. gir utbetaling ved varig medisinsk invaliditet ved ulykke/ sykdom, uførerente/pensjon og dagpenger ved sykehusopphold.

Et "flytteskjema" viste at en rekke skadeforsikringer, ble flyttet fra annet foretak til Frende skadeforsikring 17.2.21.

Helseopplysninger før tegning

Av helseopplysninger før tegning fremkommer at forsikrede var hos fastlegen 7.6.13 grunnet "tisser seg ut på dagtid. Hun er tørr om nettene". Fastlegen noterte da "snakker med far om hvordan dette kan gripes an".

Forsikrede var tilbake hos fastlegen 11.1.16 med problemstillingen "tisser seg ut på dagtid", og forsikrede ble henvist til "ped.pol for oppfølging vedr problemet". Etter anmodning fra sykehuset henviste fastlegen også forsikrede til ultralyd av urinveier i juni 2016, som viste normale funn.

Forsikrede var til første undersøkelse på sykehuset 25.10.16, der det er angitt diagnose F98.0 og legen konkluderte med at "mest sannsynlig dreier det seg om umodenhet". Det ble satt opp en plan med blant annet jevnlig dobesøk, og avtalt kontroll etter 4 måneder.

Ved kontroll 17.2.17 var vannlatingsplagene "betydelig mindre", og "klart relatert med situasjoner når hun er opptatt med spill og ikke rekker å gå på do", og at det ikke skjedde oftere enn annenhver uke. Oppfølgingen fra sykehuset ble avsluttet.

Forsikrede var tilbake hos fastlegen 21.6.19, grunnet samme problem, og at foreldrene hadde hatt kontakt med helsesøster som hadde gitt samme råd som de tidligere hadde fått fra barnelegen. Videre:

De føler ikke dette er det riktige. De lurer på om hun bør til BUP for utredning der – lurer på om det kan ligge noe "dypere" da (forsikrede) har (et søsken) med CP som får "mye" oppmerksomhet.

Fastlegen sendte ny henvisning til sykehuset og forsikrede var der 23.10.19. Legen mistenkte ikke noen organisk forstyrrelse i urinveier, og oppga samme diagnose som ved forrige undersøkelse. Ved kontroll på sykehuset 12.2.20, fremkom fortsatt samme problem. Forsikrede ble henvist til uroterapeut, og fikk også utskrevet medikamentet "Detrusiol". Diagnosen var da endret til N39.4.

Forsikrede var tilbake på sykehuset 20.4.20 etter undersøkelse hos uroterapeut, hvor det fremkommer at behandler lurte på om urininkontinensen kunne skyldes forstoppelse. Behandlingen med Detrusiol ble avsluttet, og forsikrede fikk i stedet anbefalt å bruke Movicol for å avhjelpe forstoppelse.

Ved oppfølging 18.6.20, fremkommer at forsikrede hadde sjeldnere lekkasjer, og at hun brukte alarm på mobilen for å huske å gå på toalettet. Anbefalingen om Movicol ble gjentatt. Urologisk sykepleier hadde telefonkonsultasjon med familien 30.9.20 samt 8.10.20. Den 9.11.20 var det ny oppfølgingstime på sykehuset:

Aktuelt: Videokonsultasjon, omgjort til telefonkonsultasjon. (Forsikrede) har hatt flere timer hos uroterapeut fra april - oktober, (...). Hun har hatt en gradvis liten bedring siste tiden, startet i høst med Dulcosoft og har fått noe hyppigere avføring da, usikkert om det er dette eller tiden som har gått som har gitt bedring. Hun har fortsatt uhell, og fortsatt synes hun ikke å bry seg så mye med dette ved at hun ikke skifter i etterkant. Det ble ikke prøvd Detrusitol i vår.

Vurdering: Hun fortsetter oppfølging ved uroterapeut, som styrer behandling med Dulcosoft, ber om at uroterapeut kontakter (lege) ved behov for å diskutere forsøk med andre medisiner. Ktr time om 6 mnd (...).

Forsikrede var til ny undersøkelse på sykehuset 20.1.21, hvor det fremkommer at det ikke var bedring siden siste time, samt at forsikrede ikke likte å bruke toalettene på skolen. Det ble

diskutert løsninger på dette. Videre "Far tror ikke akkurat (forsikrede) glemmer det som er avtalt, men er distre og opptatt av andre ting, data og mobil. Foreslår at hun har alarm på mobil og nettbrett hver 3. time for miksjon." Det ble anbefalt ytterligere tiltak samt avtalt ny telefonkonsultasjon 18.2.21.

Helseopplysninger etter tegning

Første journalnotat etter tegning er 18.2.21 i forbindelse med telefonkonsultasjon med urologisk sykepleier:

(forsikrede) har vært fulgt opp for daginkontinens siden 20.04.20. Vi har snakket sammen 8 ganger med 1 dag, 4 oppmøtetimer, en med mor og tre med far, samt 4 telefontimer. Ringer opp som avtalt, (forsikrede) sitter sammen med far og stemor under samtalen. Hun har fortsatt lekkasjer som tidligere, det er ingen endring siste måned. (Forsikrede) har ikke snakket med Helsesykepleier som avtalt, vi avtaler derfor at jeg ringer henne etter samtalen. (Forsikrede) kan ikke si hvorfor det er slik og at hun mangler motivasjon til å ta tak i lekkasjeproblematikken. Far ønsker at det henvises til BUP, (forsikrede) har ikke ønske om det. Forklarer (forsikrede) at de kan hjelpe mere med å finne frem til motivasjonen for egenomsorgen med hygien og at de kan være en god samtalepart her. (Forsikrede) ønsker først og fremst en samtale med helsesøster. (...)

Forsikrede og forsikringstaker hadde en ny telefonkonsultasjon med urologisk sykepleier 18.3.21, hvor det fremkommer at forsikrede var blitt flinkere til å skifte når hun hadde hatt uhell.

Forsikrede ble henvist til utredning hos BUP av fastlegen 19.4.21:

(...) Fremstilles som at hun er for "opptatt" og "distre" til at hun har klart å bli klar over at hun later vannet. Det har nå blitt gjennomført en familiemøte med BUP sammen med både mor+far og helsespl. Etter samtale med helsepl (...) i dag, fremkommer det at man der har kommet frem til at hun bør henvises BUP for en vurdering/utredning. Autismespekter? (Hun har fra før (et søsken) med cerebral parese) (...)

Pasient som har slitt over mange år med at hun har uhell med at hun tisser på seg. Det forekommer også uhell med avføring - kraftige bremsespor. Hun selv legger ikke helt merke til dette og "fortsetter" som før. Far beskriver at hun er veldig opphengt i det hun holder på med og enser da ikke det som skjer rundt henne. Dette mønsteret kan han se igjen også på andre områder. Beskrives som svært distre - noe hun selv også bekrefter. Problematikken med dårlig kontroll over de naturlige funksjoner, har vært et langvarig problem som hun også var til barnelege for tidligere. (...) Gått til langvarig oppfølging urolog/ uroterapeut (...), samt hatt oppfølging hos helsespl (...)

Forsikrede hadde videokonsultasjoner med sykehuset 23.4.21, 29.4.21, 16.9.21 og 28.9.21, og etter samtale 7.7.21 ble forsikrede satt opp til en rekke utredningstimer hos BUP i september 2021. Det er ikke fremlagt dokumentasjon fra BUP.

Skademelding ble sendt 1.7.22, hvor det under spørsmål om sykdom/ diagnose var oppgitt "uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse", og at denne oppsto i juni 2022. Videre ble det opplyst at barnet første gang var til lege for sykdommen "tidlig sommer 2021". Under beskrivelse av de første symptomene fremkommer:

Begynte utgreiing fordi hun aldri ble helt "tørr", uhell i trusa. Så ville de sjekke henne for asberger og AD-HD, for å være sikre, da kom dette frem. Startet utgreiingen i fjor tidlig sommer, fikk diagnosen nå i juni.

Foretaket innhentet opplysninger fra fastlegen, og mottok disse 11.8.22. Ettersom foretaket mente det var misforhold mellom opplysningene i helseerklæringen og det som fremgikk av journalen var det 21.9.22 en telefonsamtale mellom forsikringstaker og utreder i foretaket. Under "andre opplysninger" i referatet fra samtalen fremkommer:

Ft blir spurt om han tenker at spørsmålene i egenerklæringsskjemaet er riktig besvart. Ft svarer at han gjør det. Ft ser ikke på "skvettingen" som en sykdom. Ft skjønner når en stiller spørsmålene, slik som utreder at det kan se ut som at de ikke er riktig besvart. Ft legger til at sikrede aldri har vært syk, og at uhellene mer har vært til irritasjon opp mot hygiene. Ft sier at det ikke er uvanlig at barn har uhell, hvor de skvetter på seg og han har ikke ansett dette for å være av betydning for en forsikring. Ft trodde hele tiden at sikrede ville vokse dette av seg.

Medisinene som sikrede forsøkte, var medisiner som ble prøvd og ikke brukt over tid. Medisinene hadde ingen effekt, da uhellene ikke hadde en kroppslig årsak.

Ft sier at han har byttet forsikringen over til Frende, fra et annet selskap og at han derfor ikke tror at det skal være "karenstid".

Forsikringstaker fikk referatet fra utredersamtalen til gjennomgang og kommenterte dette pr e-post 24.9.22:

Da har jeg lest over referatet og det ser bra ut, har bare ett par små ting å si.

Det var selger av forsikringen som fortalte meg at vi ikke trengte karantenetid på barneforsikringen, det er ikke noe jeg tror.

Så er det viktig å få med at (forsikrede) ikke har Asberger slik jeg ville hun skulle bli sjekket for, så det ikke blir noen misforståelser. Så vil jeg si påpeke at (forsikrede) kun var 7 år når vi først sjekket opp dette med skvettingen, så ingen hverken vi eller leger tenkte tanken på at dette var noe sykdom, heller noe som hun kom til å vokse fra seg.

Så har jeg bare ett par korte spørsmål

Er hele denne gjennomgangen tenkt for å finne ut om vi burde ha skjönt at hun var syk da vi tegnet forsikringen?, eller å finne ut når hun ble syk? Det sier seg jo selv at hadde vi vist hun var syk, så hadde vi jo gått på det andre forsikringsforetaket den gang.

Foretaket avsto forsikredes krav om utbetaling under barneforsikring under henvisning til manglende oppfyllelse av opplysningsplikten i brev av 11.10.22.

Forsikringstaker fremla legeerklæring av 24.10.22 fra sykehuset:

(Forsikrede) var hos meg ved barnepoliklinikken første gang høsten 2016, (forsikrede) var bare 8,4 år gammel da. Problemstillingen var ufrivillig vannlating på dagtid. Siste konsultasjon med fokus på vannlatingsproblematikk var 28. september 2021.

Pasienten ble vurdert både med urinprøver, blodprøver og med UL uten å påvise noe viktig avvik. Heller ikke klinisk undersøkelse påviste noe påfallende. I en periode prøvde vi ut medisin mot oversensibel blære, også denne testen, behandling gav noe positivt resultat. Alt dette viser at diagnose "ikke organisk enurese" (F98.0) er fortsatt riktig. Jeg har aldri brukt diagnose F84.9. Dette fordi at jeg har ikke hatt mistanke om denne diagnosen. Selvfølgelig er det noen pasienter med diagnosen F84.9 som også kan slite med diagnosen F98.0. Pasienter med diagnosen F84.9 trenger ikke nødvendigvis slite med diagnose F98.0, det er to forskjellige diagnoser som ikke alltid henge sammen

F98.0 Ikke organisk enurese

Tilstand kjennetegnet ved ufrivillig vannlating om dagen eller natten og som ikke er i samsvar med individets mentale alder. Tilstanden er ikke forårsaket av manglende blærekontroll som følge av en nevrologisk lidelse, epileptiske anfall eller anatomiske avvik i urinveiene

Fastlegen bekreftet 31.10.22 at forsikrede fra 2016 til september 2021 ble fulgt opp fra pediatrik poliklinikk ved sykehuset grunnet små urinlekkasjer på dagtid:

Pasienten var ikke innlagt på sykehus for denne problemstillingen i denne perioden – kun fulgt poliklinisk av uroterapeut og barnelege ... Utredning med tanke på andre type utviklingsforstyrrelser var første gang tema for konsultasjonen i april 2021, hvorpå pasienten ble henvist BUP.

Forsikringstaker påklaget avslaget til foretaket 6.11.22. Foretaket fremla saken for rådgivende lege 27.12.22:

(...)

Definisjon av F98.0 Ikke-organisk enurese i ICD-10:

Tilstand kjennetegnet ved ufrivillig vannlating om dagen eller natten, og som ikke er i samsvar med individets mentale alder (min understreking). Tilstanden er ikke forårsaket av manglende blærekontroll som følge av en nevrologisk lidelse, epileptiske anfall eller anatomiske avvik i urinveiene. Enuresis kan være til stede fra fødselen, eller kan oppstå etter en periode med blærekontroll. Enuresis kan eventuelt være forbundet med

en mer omfattende følelsesmessig forstyrrelse eller atferdsforstyrrelse.

Beskrivelse av "Barnesykdommer" i Store medisinske leksikon:

"Barnesykdommer" kan prinsipielt også betegne enhver sykdom som rammer barn, men fra gammelt av brukes det helst som en betegnelse på de mest smittsomme barnesykdommene. De første tre er skarlagensfeber, røde hunder og meslinger. Som barnesykdommer forstås også ofte vannkopper, kusma og kikhoste. Hos spedbarn og småbarn er exanthema subitum relativt vanlig. Den kalles ofte den fjerde barnesykdom. Erythema infectiosum ble tidligere kalt for den femte barnesykdom, men denne betegnelsen brukes lite i dag.

Vurdering:

Foresatte kjøpte barneforsikring 28.01.21 da forsikrede var knapt 13 år. Siste kontakt i spesialisthelsetjenesten var så sent som 28.09.21. Vannlatingsforstyrrelser uten underliggende årsak hos jenter i denne alderen er svært sjelden. Folkelig oppfatning av begrepet "Barnesykdommer" samsvarer heller ikke med forsikringstakers tolkning. Uavhengig av dette er det vanskelig å forstå at så omfattende og langvarig oppfølging i spesialisthelsetjenesten ikke oppfattes ekstraordinær og opplysningspliktig av forsikringssøker. Etter mitt skjønn kan ikke klagen føre frem, men den bør nok likevel fremmes for MHU.

Forsikringstaker har i det vesentlige anført at han ikke har gitt feil opplysninger, men har handlet i god tro og holdt seg til de opplysningene han hadde. Det fremkom av veiledningen at man ikke trengte å oppgi vanlige barnesykdommer. Forsikrede hadde plager med at hun tisset på seg. At et barn tidvis tisser på seg er forholdsvis vanlig og problemet var diagnostisert av lege som aldersmessig umodenhet. Han tenkte derfor at dette var en vanlig barnesykdom som han ikke trengte å opplyse om. Forsikrede var aldri innlagt på sykehus, og han hadde ingen grunn til å tro at dette var noe annet enn det legene opplyste om, nemlig umodenhet som ville løse seg. Ettersom han ikke har medisinsk kompetanse, la han til grunn at dette ikke var noe han trengte å opplyse om. Forsikringstaker hadde ingen grunn til å tro at dette var en mer alvorlig diagnose slik hun senere fikk.

Forsikringen ble flyttet fra et annet forsikringsforetak. Ved tegning av forsikringen ble det presisert fra selger at det ikke gjaldt en ny karenstid ettersom hun hadde forsikring fra før. Forsikringstaker handlet i god tro og holdt seg til opplysningsplikten slik foretaket spesifiserte i sine retningslinjer.

Forsikringstaker er enig i at aktuelle sak skiller seg fra 2023-736 i forhold til dokumentasjonsomfanget. Utredningen forsikrede hadde gjennomført konkluderte med aldersrelatert umodenhet som ble forklart at var relativt normalt. Utredningen var avsluttet, men hun hadde oppfølgingssamtaler. Årsaken til at han ba om henvisning til BUP var utelukkende for å få fortgang i bedringen. Forsikrede hadde tidligere en forsikring i et annet foretak og hadde ikke noe å vinne på en overgang til nytt forsikringsforetak.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikringstaker grovt uaktsomt har forsømt opplysningsplikten etter forsikringsavtaleloven (fal) § 13-1a, jf. § 12-1. Det var grovt uaktsomt å ikke opplyse om langvarige og omfattende vannlatingsproblematikk og noe avføringsproblematikk, med tilhørende langvarig og omfattende undersøkelser og kontroller samt medikamentell behandling knyttet til dette. Forsikringstaker har svart feil på spørsmål om behandling og undersøkelser siste fem år, forskrivning av reseptbelagt medisin, om forsikrede er under utredning eller om det var anbefalt utredning, og om det siste fem år hadde vært sykdommer eller plager som det ellers ikke var opplyst om i helseerklæringen. Spørsmålene er konkrete og ikke egnet til å misforstås. Forsikrede var nærmere 13 år på tegningstidspunktet og omfanget av legebesøk og annen oppfølging, samt medikamentell behandling viser at dette ikke var forbigående plager. Som rådgivende lege har redegjort for må den langvarige oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten anses å være ekstraordinær. Forsikrede ble henvist til utredning hos BUP etter anmodning fra forsikringstaker kun tre måneder etter at forsikringen ble tegnet, og også i 2019 lurte far på om

forsikrede burde utredes av BUP.

De tilbakeholdte opplysningene har stor betydning for foretakets risikovurdering. Dersom foretaket hadde fått opplysninger om utredningen ville foretaket ikke ha tegnet forsikringen før etter at forholdet var avklart, eventuelt ville forsikringen blitt tegnet med en reservasjon som ville dekket "årsak til og følger av" de oppgitte plagene, som ville ha vært dekkende for den utviklingsforstyrrelsen som nå begrunner kravet, jf. rådgivende leges vurdering, samt legeerklæring 24.10.22.

Det er ikke krav om årsakssammenheng mellom forsømte opplysninger og senere forsikringstilfelle, jf. LG-2003-4604, samt Finansklagenemndas avgjørelse 2021-560. Av veileder om gjennomgripende utviklingsforstyrrelser fra Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling fremkommer at enurese er et hyppig tilleggsproblem ved denne type utviklingsforstyrrelser. Det er derfor sannsynlighetsovervekt for at det er underliggende årsakssammenheng mellom forsikrede plager før kjøp av forsikring og senere påviste uspesifiserte gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

Det er riktig med 100 % avkortning ettersom forsikrede ville medført avslag eller ville fått en reservasjon som ville ført til at avslag under forsikringen. Forsikringen ble videre tegnet kun en uke etter avtalt time til kontroll. Avkortningen er i tråd med nemndas praksis, jf. 2023-380, 2022-368, 2021-560 og 2021-429.

Flyttedokumentasjonen gjelder for en rekke skadeprodukter, men ikke for barneforsikringene. Saken er heller ikke registret som en flyttesak i foretaket. Selv om man skulle lagt til grunn at forsikringen ble "flyttet", er dette uten betydning for forsikringstakers plikt til å svare korrekt på spørsmål. Etter bransjenorm er det ikke symptomklausul i flyttesaker, men symptomklausulen er ikke relevant i denne saken.

Saken skiller seg fra 2023-736, ettersom det i den saken manglet tidsnær dokumentasjon. Det er ikke tilfellet i vår sak ettersom forsikrede var under utredning da forsikringen ble tegnet. Saken skiller seg ytterligere ved at det i 2023-736 ikke var årsakssammenheng mellom de tilbakeholdte opplysninger og forsikringstilfellet, noe det er i denne saken. Det er i denne sammenhengen de tilbakeholdte opplysninger som har medført det senere forsikringstilfellet. Det er sånn sett ingen ubetydelig forsømmelse. I tillegg skiller saken seg fra 2023-736 ved at forsikrede fortsatt er mindreårig og at en utbetaling derfor vil føre til en indirekte fordel for forsikringstaker ved at han får lempet sin forsørgerbyrde. Dette da det er slik at selv om forsikringsutbetalingen settes av til barnet via overformynderiet, så fritas forsikringstaker for egne avsetninger til barnet frem til fullendt oppfostring. Særlig i et tilfelle som dette, hvor det statistisk er empiri for at personer med utviklingsforstyrrelser får større utfordringer i arbeidslivet enn andre, og dermed står i fare for å ikke klare å skaffe seg økonomisk trygghet gjennom arbeid. Det kan ikke da være tvilsomt at en forsikringsutbetaling øremerket barnet, fritar foreldre for en potensiell økonomisk byrde.

Videre må vektlegges at forsikrede søkte ytterligere helsehjelp kun tre uker etter kjøp av forsikring, og skademelding ble sendt litt over ett år deretter. Det er dermed ikke et langvarig kundeforhold som avsluttes. Samlet sett er det ikke urimelig å avkorte fullt ut.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav om erstatning under en barneforsikring, og reiser spørsmål om forsikringstaker (far) grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og hvilke beføyelser foretaket i så fall kan gjøre gjeldende, jf. fal §§ 13-2 annet ledd og 13-1a. Saken reiser også spørsmål om foretaket har reklamert iht. fal. § 13-13.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede grovt uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen, er at foretaket har gitt forsikringstaker beskjed "uten ugrunnet opphold etter at foretaket ble kjent med" forholdet som medførte at avkortingsreglene kan anvendes, jf. fal. § 13-13.

Nemnda ser derfor først på om foretaket har varslet i tråd med de krav loven stiller.

Utgangspunktet for fristen er tidspunktet når foretaket får kunnskap om at det kan påberope seg bevisst uriktige opplysninger, jf. ordlyden til bestemmelsen i fal. § 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 et foretaks frist etter § 13-13 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, 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. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at foretaket tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet fra foretakets side.

I denne saken ble avslag gitt ca. fire måneder etter framsatt krav. Nemnda legger til grunn at foretaket har hatt tilstrekkelig fremdrift, og nemnda er av den oppfatning at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Det neste spørsmålet nemnda tar stilling til er om forsikringstakers forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som grov uaktsom. Bestemmelsen i fal. § 13-2 første ledd fastsetter at dersom forsikringstakeren har "svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a", så vil foretaket være uten ansvar. Av § 13-2 annet ledd følger det at forsikringsforetakets ansvar kan settes ned eller falle helt bort om forsikringstaker ellers har forsømt opplysningsplikten, såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Er forsikringstaker/ forsikrede mer enn bare lite å laste for de uriktige opplysningene, kan forsikringsforetaket si opp forsikredes dekninger, jf. § 13-3.

Bestemmelsen i fal. § 13-1 a første ledd fastsetter at foretaket ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av foretakets risiko. Etter annet ledd plikter den forsikrede å gi "riktige og fullstendige svar" på foretakets spørsmål. På foretakets oppfordring skal forsikringstakeren dessuten "gi opplysninger om særlige forhold" som den forsikrede "må forstå er av vesentlig betydning" for foretakets vurdering av risikoen. Nemnda har tidligere påpekt at det sentrale i opplysningene som etterspørres, er at de skal danne grunnlag for foretakets risikovurdering. Dette formålet vil derfor stå sentralt ved tolkningen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld, jf. 2015-397, 2012-228, 2022-1043 og 2023-736.

Det er foretaket som må bevise at forsikringstaker har handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp.nr. 49 (1988–1989) s. 88, samt bl.a. 2020-460 og 2020-532. Nemnda legger til grunn at beviskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet lik den som gjelder for svik, og som er klar sannsynlighetsovervekt både for spørsmålet om det for ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikringstaker (far) svarte uriktig på spørsmål om forsikredes (barnets) utfordringer. I vår sak unnlot forsikringstaker (far) å opplyse at forsikrede (barnet) var under utredning av spesialisthelsetjenesten for vannlatings- og avføringsproblemer. I lys av den samlede, tidsnære kliniske dokumentasjonen

finner nemnda at det var objektivt uriktig å ikke opplyse om disse helseplagene, som medførte et langvarig utredningsforløp på sykehuset. Forsikringstaker har objektivt sett uriktig besvart spørsmål om barnet i løpet av de siste fem år vært undersøkt eller behandlet av lege/ annen behandler, eller vært innlagt på sykehus, om barnet i løpet av de siste 5 årene har fått utskrevet reseptbelagt medisin, om barnet er under utredning for sykdom plager, eller er det anbefalt utredning, og om barnet nå eller i løpet av de siste fem år har hatt sykdom eller plager som ikke er opplyst om tidligere.

Neste spørsmål er om forsikrede (far) ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om forsikredes (barnets) helse ved tegning, har utvist grov uaktsomhet. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Nemnda finner det helt klart at forsikringstaker (far) var godt kjent med forsikredes plager, som hun var under utredning hos spesialisthelsetjenesten for. Det er ikke avgjørende at forsikrede ved tegning ikke hadde fått en diagnose. Nemnda legger til grunn at forsikringstaker må ha forstått at dette var forhold som ville være av betydning for foretakets vurdering av barnets helse ved tegningen, og anser det som grovt uaktsomt av forsikringstaker ikke å opplyse om disse plagene.

Det følger av fal. § 13-2 annet ledd at foretakets ansvar kan settes ned dersom forsikringstaker ga uriktige opplysninger, og er mer enn lite å laste. Avkortningsregelen er skjønnsmessig. Det vil si at det er opp til nemndas skjønn å fastsette hva som er korrekt avkortning i den konkrete saken. Avkortningen kan være fra 0 til 100 % av erstatningsbeløpet. Ved avgjørelsen følger det av bestemmelsens tredje ledd at det skal "tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for forsikringsforetakets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers", jf. tredje ledd.

Nemnda ser først på "hvilken betydning feilen har hatt for foretakets vurdering av risikoen", jf. tredje ledd. Det legges her opp til en pro rata-tankegang: Hva ville foretaket ha gjort dersom det hadde kjent til det rette forholdet: overhodet ikke ha inngått noen avtale, eller inngått en avtale med annet innhold, altså inntatt en reservasjon? Som påpekt av Wilhelmsen, er pro rata-avkortning ved gale opplysninger hentet fra tidligere fal. 1930 § 6, og grunntanken er at forhold som ikke har hatt noen betydning for risikovurderingen, heller ikke bør føre til noen avkortning (Wilhelmsen, "Feil i egenerklæringsskjema ved salg av bolig som forsikringsrettslig innsigelse", Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett 2018 nr. 4, s 173 flg.). Momentet må som nevnt sees i sammenheng med utgangspunktet for opplysningsplikten, som skal gjelde forhold som har betydning for risikovurderingen. I vår sak har forsikringsforetaket opplyst at forsikrede ikke ville ha fått tegnet forsikringen før utredning var ferdig, eventuelt at det ville ha blitt gitt en reservasjon som ville ha omfattet "årsak til og følger av" de oppgitte plagene, dersom forsikringstaker hadde oppgitt korrekte svar. Nemnda legger til grunn at de uriktige opplysningene har medført at forsikringstaker har fått tegne en forsikringsavtale som foretaket ikke ville inngått, dersom foretaket fikk korrekt informasjon.

Formuleringen "skadeforløpet" er uttrykk for et krav om årsakssammenheng mellom det forhold som det er gitt uriktige opplysninger om og den inntrådt skaden. Foretaket har opplyst at den reservasjonen som forsikrede ville fått gitt korrekte opplysninger, ville vært dekkende for den utviklingsforstyrrelsen som nå begrunner kravet, jf. rådgivende leges vurdering, samt legeerklæring 24.10.22. Nemnda legger til grunn av det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og forsikredes utviklingsforstyrrelse, som begrunner kravet. Skadeforløpet tilsier i denne saken at det skal avkortes.

Grov uaktsomhet er et moment som i seg selv tilsier avkortning. Nemnda har kommet til at far var grovt uaktsom da han ga uriktige helseopplysninger om forsikrede.

Hva gjelder "forholdene ellers" har nemnda tidligere pekt på at avkortning under barneforsikring fordi forsikringstaker (typisk foresatte) grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger om et forhold som ikke står i sammenheng med forsikringstilfelle (her forsikrede barns uførhet), kan føre til urimelige økonomiske konsekvenser for forsikrede barn, jf. 2023-736. I denne saken stiller dette seg annerledes fordi foresatte i tegningssituasjonen grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger som har medført at forsikrede har fått en forsikringsavtale som ellers ikke ville vært inngått eller vært inngått med en reservasjon som ville dekket det oppståtte forsikringstilfellet. I en situasjon hvor de tilbakeholdte opplysningene har hatt avgjørende betydning for foretakets vurdering av risiko i relasjon til det senere oppståtte forsikringstilfellet, i den forstand at risikoen i tilknytning til de uriktige opplysningene har materialisert seg, fremstår ikke forsikringen som en "felle" for et forsikret barn fordi forsikringsavtalen ikke ville vært inngått gitt korrekte opplysninger. Avkortning kan derfor ikke sies å føre til urimelige økonomiske konsekvenser for forsikrede barn.

I tidligere nemndspraksis fra personforsikring har en i saker hvor forsikringstaker har utvist grov uaktsomhet, og forsikredes uførhet skyldes et forhold som det ikke er opplyst om, eventuelt også at forholdet ville hatt betydning for foretakets risikovurdering, typisk avkortet mellom 70-100 %. Det er mange eksempler på avkortning på 100 % hvis nemnda legger til grunn at foretaket ville nektet forsikring dersom det var gitt korrekte opplysninger. Etter nemndas oppfatning tilsier sakens skjønnsmomenter full avkortning.

Foretaket kan si opp dekningene, jf. bl.a. avgjørelse 2021-242. Samtidig har foretakets plikt å tilby dekning iht. § 13-3, jf. § 12-12, jf. samme avgjørelse. Foretaket har anført at de ved korrekte opplysninger ville ha gitt avslag frem til forholdet var avklart, eventuelt gitt en reservasjon som også ville ha dekket nåværende påviste utviklingsforstyrrelse. Nemnda kan ikke se at foretaket har vurdert muligheten for fortsatt forsikring med en eventuell reservasjon. Ettersom Finansklagenemndas behandling er etterfølgende og dette ikke er behandlet av foretaket må forsikringstaker ta dette opp med foretaket først. Et eventuelt avslag på forsikring blir således en ny sak som eventuelt kan påklages hit.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).