

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-570

27.6.2024

Storebrand Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføre- og livsforsikring – svik/grov uaktsomhet ved tegning – ansvarsfrihet/avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-13.

I forbindelse med søknad om en uføre- og livsforsikring, fylte forsikrede ut en helseerklæring i april 2019. I helseerklæringen opplyste forsikrede bl.a. om sykmelding og behandling i forbindelse med ryggsmarter og fjerning av en fettkul, samt om søvnvansker/søvnapne. Av helseopplysningene før tegning fremgikk at forsikrede flere ganger hadde vært sykmeldt i mer enn to uker grunnet psykiske plager, gjentatt hodepine, søvnforstyrrelse og korsryggplager. Det var også beskrevet kortvarige sykmeldinger (mindre enn 2 uker) grunnet tretthet og affektiv lidelse. Videre fremgikk at forsikrede mottok behandling for psykiske plager (angst og depresjon) ved DPS frem til 2012, og at han ble utredet for hodepine og søvnforstyrrelser i 2013 og 2016. Forsikrede fremmet krav om erstatning som følge av uførhet i april 2022. Foretaket avslo kravet med henvisning til svik ved tegning, subsidiært grov uaktsomhet, og sa opp alle forsikringer. Saken reiste spørsmål om forsikrede svikaktig, subsidiært grovt uaktsomt, ga uriktige opplysninger ved tegning. Etter en konkret vurdering av fant nemnda at både de objektive og de subjektive vilkårene for en sviksanførsel var til stede. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

I forbindelse med søknad om en uføre- og livsforsikring, fylte forsikrede ut en helseerklæring 29.4.20.

I helseerklæringen svarte forsikrede "Ja" på spørsmål om han i løpet av de siste 5 årene hadde vært sykmeldt i mer enn 2 uker sammenhengende, og at han hadde vært sykmeldt grunnet "*Vondt i rygg, opererte bort en fettkul*", i ca. 3 måneder i overgangen 2016/2017.

Videre svarte forsikrede "Ja" på spørsmål om han i løpet av de siste 5 årene hadde blitt undersøkt eller behandlet av fysioterapeut, kiropraktor, naprapat, manuellterapeut, muskelterapeut eller lignende", at han i overgangen 2016/2017 var behandlet av "*E. Fysioterapi*", "*I forbindelse med fjerning av fettkul, behandling av lumbago*".

På spørsmål om forsikrede i løpet av de siste 10 årene hadde blitt undersøkt eller behandlet/kontrollert ved sykehus, klinikk eller annen helseinstitusjon, eller vært anbefalt slik undersøkelse, behandling eller operasjon, svarte forsikrede "Ja". Forsikredes husket ikke når, men på spørsmål av hvem og hvorfor oppga han "*(...) klinikken*" og "*Sovevansker/søvnapne*".

På spørsmål om forsikrede i løpet av de siste 5 årene, i en periode på mer enn 2 uker sammenhengende, hadde hatt vondt i/problemer med muskler, skjelett, sener, ledd eller hatt andre diffuse smertetilstander, svarte forsikrede "Ja", i "*2016/2017*", og at problemet var "*Vondt i rygg, fjernet fettkul, fysio etter det*".

De øvrige spørsmålene i helseerklæringen ble besvart med "Nei".

Forsikringen ble innvilget på vanlige vilkår.

Før tegning

I sykehusepikrise 19.4.12, fra DPS, etter poliklinisk behandling i perioden 13.10.08 – 21.8.12, er det notert:

KONKLUSJON – OPPFØLING – INDIVIDUELL PLAN

(...) Han er nå helt stabil i forhold til svingninger mellom angst og depresjon. Dette har han vært over lang tid og han har fått noe oppfølging med lange intervaller med bakgrunn i at han tidligere fikk tilbake fall, og at han i en periode ble svært syk og sterkt plaget av sine depressive perioder. (...)

I poliklinisk notat 21.2.13, fra nevrologisk avdeling på sykehus, fremgår:

Vurdering

Pasienten innkommer til vurdering av hodepine som er oftere enn 15 dager i måneden. Persisterende på samme plassering frontalt og interparietalt. Han bruker medisiner i mange dager i måneden, kanskje mer enn 10 dager i måneden. Symptomene har vart i flere år nå, men er blitt forverret i det siste. MR-caput ble tatt i 2009 som ikke viste tegn til patologi.

Finner imidlertid ikke indikasjon til å bestille ny bildediagnostikk da hodepinen ikke har endret karakter, men økt i hyppighet og anfallslengden. Noe som ikke gir klinisk mistanke på nytilkommet årsak. Får han annen type hodepine bes fastlegen tenke på denne vurderingen og kanskje bestille ny bildediagnostikk.

Jeg finner at pasienten fyller flere kriterier for kronisk daglig hodepine og som kjent er det ikke så veldig mye medikamentell hjelp han kan få for hodepinen. (...)

Av sykepengehistorikk fra Nav fremgår at forsikrede var sykmeldt for "N01" (hodepine) fra 15.5.15 – 14.6.15, for "P29" (psykisk sykdom) fra 15.7.15 – 31.10.15, og for "L03" (korsryggplager) fra 18.2.16 - 3.6.16.

I journalnotat 25.10.16 er det beskrevet langvarig historie med hodepine, samt tretthet og utmattelse, og at forsikrede ble henvist til en privat legeklinikk. Forsikrede ble 100 % sykmeldt grunnet søvnforstyrrelse (P06) og hodepine (N01) fra 24.10.16 – 30.10.16, og var deretter helt eller delvis sykmeldt frem til 20.2.17.

I poliklinisk notat 21.11.16, fra nevrologisk avdeling ved sykehus, fremgår at forsikrede var henvist av fastlege på grunn av tilbakefall av hodepine og søvnvansker. Forsikrede ble innkalt til MR av hodet grunnet plager med hodepine og søvnforstyrrelse, jf. brev fra av 25.4.17, og i poliklinisk notat 9.6.17, fremgår at symptomene var i bedring og at det ikke var behov for videre utredning eller tiltak.

Av journalutskrift 20.8.21 fra legekantor Y. fremgår at forsikrede var 100 % sykmeldt for tretthet (A04) fra 24.9.18 - 3.10.18 og fra 15.11.18 - 22.11.18. I journalnotat 15.11.18 er det notert "*Mulig depresjons følelse (...) Affektiv lidelse?*". Forsikrede ble 100 % sykmeldt grunnet affektiv lidelse (P73) fra 7.1.19 - 13.1.19.

Etter tegning

I journalnotat 1.5.20 fra legekantor Y., bekreftet legen time for "*Samtale og brevsvvar-innsending til din forsikring (...)*", og journalnotat 7.5.20 er det notert: "*Aktuelt: (...) Tegnet ny helseforsikring med (forsikringsforetak A.). Gjennomgang av bakgrunnsopplysninger mtp forsikrings søknad. Vurdering/Tiltak: Avventer med helseattest-brev/skriv til (forsikringsforetak A.). Pas. har skiftet mening, ønsker/valgt en annen forsikringsselskap (...)*".

I journalnotat 18.2.21, fra legekantor Y., er det notert:

Aktuelt: Små svimmel, lett tung i hode, noe konsentrasjonsvansker.

For 1 uke siden, fikk en grillkullsekk på hodet og videre traff en benkplate med hode først.

Ingen synkope. Lett hodepine plager i etterkant. Klinisk status, uendret siden, mulig i bedringensvei.

Forsikrede ble 100 % sykmeldt for commotio cerebri (N79) fra 15.2.21, og var med unntak av kortere opphold vedvarende sykmeldt etter dette.

I poliklinisk notat 9.1.22 fra Sykehus Z. fremgår at forsikrede var på tverrfaglig kartlegging/vurdering og oppsummeringsmøte ved poliklinikken i perioden 17.11.21 – 14.1.22, grunnet "*Persisterende plager etter hodetraume*".

Nav innvilget søknad om arbeidsavklaringspenger fra 25.4.22 – 24.4.23, senere med yrkesskadefordeler, jf. vedtak av 21.4.22 og 5.5.22.

Forsikrede sendte søknad om erstatning 22.4.22.

Foretaket mottok dokumentasjon fra Nav i brev av 16.5.22.

I notat fra foretakets rådgivende lege 25.7.22 fremgår:

Vi bør ha uredigert journal fra 5 år før tegning inkludert epikriser.

Journalopplysninger i NAV dokumenter er usammenhengende og epikrisen fra (sykehus Z.) er uleselig. Det stor sannsynlighet for alvorlig mislighold av opplysningsplikten.

Foretaket tok forbehold om erstatningsansvar og ba om utvidet fullmakt til innhenting av ytterligere opplysninger, jf. brev av 28.7.22. Forsikrede signerte utvidet fullmakt 4.8.22.

Foretaket har opplyst at det hadde gjentatte henvendelser til lege, herunder påminnelser 26.9.22 og 26.10.22. Det sendte forsikrede tekstmelding 24.8.22 og 26.10.22 med informasjon om at forsikrede selv kunne purre på legekontoret for fortgang i saken. Foretaket sendte 2.12.22 varsel om at saken ville bli avslått. Foretaket ba i stedet om bistand fra utreder 18.1.23, som kontaktet legekontoret 28.2.23 og 27.3.23. Informasjon om dette ble sendt forsikrede i tekstmelding 1.3.23 og 27.3.23.

Foretaket mottok 14.4.23 en legejournal på 435 sider, som forsikrede selv hadde mottatt fra legekontor Æ. Vedlagt journalen lå også en journalutskrift fra Ø. legesenter (45 sider) som var utskrevet 26.9.18.

I notat fra foretakets rådgivende lege 19.4.23, fremgår:

(...) Det foreligger journal fra (legekontor Æ.) og (Ø. legesenter) på 435 sider.

I tillegg opplysninger i egen forsendelse med epikriser/journaler på flere hundre sider. Det ser ut til at forsikrede selv har hentet opplysningene hos legen og sendt til oss. I tillegg opplysninger fra NAV, som vi har mottatt direkte fra NAV.

Han er nå arbeidsufør, angivelig etter minimalt hodetraume med grillsekk i hodet i november 2021 (11.02.21 i flg (forsikringsforetak B), men etter det jeg ser er ikke sannsynlig at det foreligger postcommotio plager. Han oppsøker ikke lege for etter en uke og det er ingen ytre tegn på traume som er beskrevet.

Etter april 2021 er hodesmerter ikke nevnt på lang tid og det er konsentrasjonsvansker og utmattelse som er sykemeldingsårsak fra 25.05.21.

Til tross for dette er han til undersøkelse ved (sykehus Z) for postcommotio og rehabilitering ved (privatklinikk). NAV har godkjent hendelse som yrkesskade. Han har en personskaadesak i

(forsikringsforetak B.) i forbindelse med denne saken. Ved tegning av uføredekningen hos (foretaket) i mai 2020 (25.05.20) er han noen dager før til konsultasjon hos fastlegen (s52/261 Legejournal del 1) der det fremgår at legen skal skrive helseattest i forbindelse med søknad om forsikring hos (forsikringsforetak A.).

Forsikrede forteller legen at han ønsker å avvente siden han søker i et annet selskap (foretaket!)

I helseerklæringen til oss opplyser han om sykemelding ca 3 mnd i 2016/2017 pga vondt i rygg, operert bort fettkul. Han var også til fysioterapeut i forbindelse med dette i 2016/2017 pga fettkul/lumbago. I tillegg forteller han om liten søvnnapnoe og søvnvansker. Undersøkt ved (privatklinikk). Ved gjennomgang av journalopplysninger før tegning vise det seg at forsikrede tidligere har vært undersøkt og behandlet i DPS i 2012 for depressiv lidelse.

Jeg er usikker på hvor mye arbeid som skal legges i denne saken siden det er forsikrede selv som har innhentet og sendt opplysninger.

Han har ikke opplyst om behandling for depresjon ved DPS i 2012.

Sykemeldt med diagnosen P29 (psykisk sykdom) i perioden 15.07.15-31.10.15 (finner ikke journalopplysninger om dette, kun fra NAV lege (dr. A.)

Sykemeldt 18.02.16-03.06.16 pga korsryggplager L03 (finner ikke journalopplysninger om dette, kun fra NAV lege (dr. B.)

Sykemeldt 04.10.16 pga hodepine og søvnvansker. Det er i tillegg utmattelse. Henvises på nytt for hodepine til nevrologisk avdeling. Han skal ha vært utredet ved nevrologisk avdeling for dette i 2013 (s247/435).

Utredning ved (privatklinikk) i 2017 med bl a søvnregistrering viser ingen søvnapnoe av betydning. Det er en rekke korte sykemeldinger for hodepine før tegning. MR undersøkelse av nakke, brystrygg og nedre del av rygg i 2016 uten særlige funn, men de beskrives en fettkul på 1x2 cm som ligger under huden. Det er ingen opplysninger i journal om denne eller at den er fjernet slik han skriver i helseerklæringen ved tegning.

Vi bør avklare om alle opplysninger er mottatt og om opplysningene er komplett. Vi mangler så vidt jeg kan se opplysninger fra to leger (dr. A. og dr. B.)

PS Saken er vanskelig å få oversikt over.

Jeg mener utredning bør ta en samtale med forsikrede. Her er det en del som mangler i forhold til opplysningene ved tegning.

Foretaket ba om ny utvidet fullmakt 9.5.23. Etter ny utvidet fullmakt 16.5.23, tilskrev foretaket Ø. legesenter i brev av 26.5.23. Foretaket har opplyst at det også tilskrev dr. A. og dr. B., uten å få svar.

Foretaket avholdt en samtale med forsikrede. Fra samtalerapporten 22.6.23 siteres:

Forsikringer

(...)

På spørsmål om grunnen til at han tegnet denne forsikringen, svarer FT at han ble ringt opp av en fra stb som lurte på om han ønsket forsikring. Han forklarte selger at han hadde vært syk tidligere, men han fikk beskjed om at det gikk fint å tegne forsikring selv om han hadde vært syk for 3-4 år siden.

(...)

Under "*Helseerklæringsskjema*" forklarte forsikrede at "*Selgeren sa bare at selskapet kun så på de siste tre årene*". Videre fremgår at forsikrede ble forelagt helseopplysninger før tegning som han ikke hadde opplyst om i helseerklæringen, deriblant om hodepine og søvnproblemer, sykemeldinger og henvisning til nevrolog grunnet hodepine, sykmelding grunnet psykisk sykdom, behandling ved DPS og MR av rygg. Forsikrede forklarte at dette var ting han, enten hadde bommet på, ikke helt skjønnte hva var, ikke husket, oppfattet som kortvarige plager, ikke visste om eller tenkte på – og at han ikke visste hva han skulle si om dette. Forsikrede forklarte videre at hans nåværende plager ikke hadde noen sammenheng med tidligere plager, og at han fylte ut helseerklæringene etter beste evne. Han kunne ha bommet på noen av spørsmålene, men hadde ikke gjort noe med vilje.

I rapporten fremgår også at forsikrede hadde fått avslag på krav om yrkesskade hos forsikringsforetak B. for hendelsen hvor han fikk en sekk med grillkull i hodet.

Journalutskrift 5.6.23 (51 sider) fra Ø. legesenter, ble mottatt av foretaket 29.6.23.

Foretaket avslo krav om erstatning og sa opp forsikringene i brev av 6.7.23.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke har unnlatt å gi opplysninger eller gitt feil opplysninger ved tegning. Han fylte ut alt han klarte, så godt han kunne, ut ifra de opplysningene og notatene han hadde tilgjengelig på den tiden. Det var foretaket som ringte forsikrede og lurte på om han ville ha forsikringen. Forsikrede forklarte selgeren at han hadde vært sykmeldt i perioder, og ikke hadde nøyaktig oversikt. Selgeren var veldig konkret på at foretaket bare brydde

seg om de siste 3 årene, selv om forsikrede sa at han tidligere hadde hatt historikk. Forsikrede forklarte at han holdt på å tegne samme type forsikring hos forsikringsforetak A., men at han foretrakk å ha alle forsikringer på samme sted, altså i foretaket. Forsikrede fylte aldri ut helseerklæring hos forsikringsforetak A., så han fikk aldri avslag der. Forsikrede bestilte time for attest da foretaket og forsikringsforetak A. ville ha legejournal, ikke for noe gjennomgang slik foretaket hevder, men for å be fastlege sende journal til foretaket. Foretaket fikk journalen, og må ha sett gjennom den og likevel latt han tegne forsikringen på vanlige vilkår. Det er ikke forsikrede, men foretaket som, med fagfolk, legejournal og opptak av samtale med selger, var grovt uaktsomme, da de tilbød han forsikringen uten noe forbehold. Hvis forsikrede ikke hadde blitt syk, hadde foretaket fortsatt tatt betalt av ham, og ikke brydd seg noe om historikken hans eller sykdomsperiodene han ikke husket og derfor ikke opplyste om. Det skal legges til at fastlegejournal også fulgte med tryggedokumentene fra Nav. Den såkalte kroniske hodepinen var medikamentutløst som følge av tidligere livsbelastninger og krevende arbeidssituasjon. Fra 2013 hadde forsikrede det veldig bra, og var lite borte fra jobb i forhold til tidligere, med unntak av komplikasjoner rundt fjerning av en fettkul/tumor i ryggen og undersøkelsen rundt søvnapneen. Forsikrede verken visste om eller ønsket en uføreforsikring før han ble kontaktet av foretaket og forsikringsforetak A. med 1 ukes mellomrom. Forsikrede hadde ikke legejournal da erklæring ble utfylt, og trodde depresjon og behandling hos DPS lå mer enn 10 år tilbake i tid.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede svikaktig har brutt opplysningsplikten ved tegning, jf. fal. §§ 13-2 første ledd, jf. 13-1a. Det stemmer ikke at foretaket hadde legejournalen tilgjengelig før avtaleinngåelsen. Det er heller ikke sannsynlig at selger skal ha opplyst om en tidsbegrensning på tre år, da dette er i strid med interne rutiner, og står i motstrid med helt konkrete spørsmål i helseerklæringen. Det relevante vurderingstidspunktet er uansett da helseerklæringen ble utfylt elektronisk 29.4.20. Basert på svarene i helseerklæringen hadde foretaket ikke grunnlag for å undersøke helsetilstanden nærmere, og forsikringsavtalen ble godkjent på normale vilkår.

Flere av spørsmålene i helseerklæringen er feil eller ufullstendig besvart, deriblant spørsmål 1-5. Forsikrede unnlot å opplyse om tidligere omfattende plager med hodepine og affektiv lidelse samt flere langvarige sykemeldinger og utstrakt kontakt med fastlege og andre instanser. Dette for å oppnå en forsikring han ellers ikke ville fått. Foretaket kan ikke finne andre årsaker til hvorfor han ga feil informasjon ved utfyllingen av helseerklæringen, når han var klar over sine plager og hadde fått informasjon om viktigheten av riktig besvarelse. Dersom spørsmålene hadde blitt besvart korrekt, måtte foretaket innhentet ytterligere opplysninger som kunne medført reservasjon på avtalen eller avslag på søknad om forsikring. Det fremstår som spekulativt at forsikrede oppga kortvarige forhold av mindre alvorlig betydning, men unnlot å oppgi gjentakende og mer alvorlige plager. Særlig når han var hyppig hos lege. Foretaket har ikke lagt særlig vekt på forsikredes forklaringer siden de avviker fra tidsnære bevis i saken. Forsikrede har erkjent til utreder at han har vært syk tidligere, at han har hatt plager med depresjon og vært hos nevrolog og DPS, men har ikke gitt noen god grunn til hvorfor dette ikke er oppgitt på konkrete spørsmål. Forsikrede fikk ikke tegne forsikring i forsikringsforetak A. siden han hadde vært syk tre år før tegning. Likevel tegnet han forsikring i foretaket uten å opplyse om at han hadde vært syk. I tillegg ba forsikrede om en gjennomgang hos fastlege få dager etter utfylling av helseerklæringen, noe som viser at han må ha vært bevisst sin bakgrunn med helseplager. Legetime for gjennomgang av bakgrunnsopplysninger ble bestilt 1.5.20, og 7.5.20 står det i legejournalen at forsikrede ikke trengte attest fordi han hadde valgt et annet forsikringsforetak. Forsikrede fikk også avslag på krav om yrkesskade hos forsikringsforetak B. med den begrunnelse at plagene forelå før hendelsen 11.2.21 der han skal ha fått en sekk med grillkull i hodet. Foretaket har oppfylt sin aktivitetsplikt i henhold til fal. § 13-13.

Som følge av svikaktig brudd på opplysningsplikten ble uføreforsikringen og livsforsikringen sagt opp 6.7.23.

Subsidiært er opplysningsplikten brutt på grovt uaktsomt grunnlag, og i alle tilfeller er forsikrede mer enn lite å legge til last for å ha unnlatt å opplyse om vesentlige opplysninger, jf. fal. § 13-2 andre og tredje ledd.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede svikaktig, subsidiært grovt uaktsomt, ga uriktige opplysninger ved tegning, og om foretaket i så fall kan påberope seg bortfall/avkortning av ansvar og si opp forsikringene.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede svikaktig har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen og si opp forsikringene, er at foretaket har gitt forsikringstaker beskjed "uten ugrunnet opphold etter at foretaket ble kjent med" forholdet som medførte at reglene 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 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 et foretaks frist etter § 13-13 er relativ, og må vurderes konkret i den enkelte sak. En anførsel om svik/grov uaktsomhet er en alvorlig beskyldning, som tilsier at foretaket må ha forsvarlig beslutningsgrunnlag, jf. avgjørelse FinKN-2017-552. Det vil si 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.

Foretaket har redegjort for sin tidsbruk i sitt klagesvar og brev av 7.3.24. Nemnda anser at forsikringsforetaket ga forsikrede skriftlig beskjed om sitt standpunkt uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13. Foretaket har grundig redegjort for sin anførsel om svik, avslått kravet og sagt opp dekningen på dette grunnlag.

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 er om forsikredes forsømmelse ved utfylling av helseerklæringen kan karakteriseres som svikaktig. Fal. § 13-2 fastsetter at dersom forsikringstakeren har "svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a", så vil foretaket være uten ansvar. Ved brudd på opplysningsplikten kan foretaket også si opp forsikringen etter reglene i fal. § 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 og 2022-1043.

Foretaket må bevise at forsikringstaker har handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s. 88 og nemndsavgjørelsene 2020-460, 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. I nemndspraksis er det lagt til grunn at svik må anses bevist dersom det ikke finnes andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene, se f.eks. 2023-769, 2023-505 og 2021-1059.

Tidsnære bevis tillegges størst vekt i bevisvurderingen, jf. HR-2019-2336 avsnitt 35 og Rt-1998-1565. Bevis som tilkommer etter at det er oppstått uenighet med foretaket, tillegges mindre vekt. Dette er også et resultat av nemndas rent skriftlige saksbehandling. For å sannsynliggjøre et faktum som ikke har støtte i den tidsnære dokumentasjonen, kreves som et utgangspunkt muntlige forhandlinger for de ordinære domstolene, jf. blant andre 2021-318 og 2021-1. Slik saken er opplyst finner ikke nemnda å kunne legge til grunn at forsikrede hadde søkt om og fått avslag på forsikring i annet foretak, eller at foretaket fikk tilsendt journal fra legen før det innvilget forsikringen på vanlige vilkår.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikrede objektivt sett oppga uriktige helseopplysninger ved tegning. Flere av spørsmålene i helseerklæringen er etter nemndas vurdering uriktig besvart.

På spørsmålet *"Har du i løpet av de siste 5 år vært sykemeldt i mer enn 2 uker sammenhengende? For eksempel Har du hatt flere sykemeldingsperioder, bes alle oppgitt"*, opplyste forsikrede kun om sykmelding knyttet til *"vondt i rygg, operert bort en fettkul"*, i ca. 3 måneder i overgangen 2016/2017. Av sykepengehistorikk fra Nav fremgår at han var sykemeldt for *"N01"* (hodepine) fra 15.5.15 - 14.6.15, for *"P29"* (psykisk sykdom) fra 15.7.15 - 31.10.15, og for *"L03"* (korsryggplager) fra 18.2.16 - 3.6.16. Av journalopplysningene fra Ø. legesenter fremkommer videre at forsikrede var sykemeldt grunnet søvnforstyrrelse (P06) og hodepine (N01) fra 24.10.16- 20.2.17. Det var derfor klart uriktig av forsikrede ikke å opplyse om disse sykmeldingsperiodene.

Foretaket har i tillegg vist til at forsikrede var sykemeldt for tretthet fra 24.9.18 -3.12.18 og for affektiv lidelse fra 15.11.18 - 22.11.18 og fra 7.1.19 - 13.1.19. Nemnda forstår fremlagte journaler slik at forsikrede var sykemeldt for tretthet (A04) fra 24.9.18 - 3.10.18 og fra 15.11.18 - 22.11.18 og for affektiv lidelse (P73) fra 7.1.19 - 13.1.19. Ettersom disse sykmeldingene var kortvarige, altså mindre enn 2 uker sammenhengende, finner ikke nemnda at disse opplysningen har betydning for om spørsmålet om sykmeldinger er uriktig besvart.

Etter nemndas syn har imidlertid opplysningene om tretthet betydning for spørsmålet *"Har du i løpet av de siste 5 år vært utmattet eller hatt unormal tretthet i mer enn 2 uker?"* Spørsmålet stiller ikke tilsvarende krav til sammenhengende plager i mer enn 2 uker, som ved sykmelding. Basert på opplysningene om at forsikrede med kort tids mellomrom var sykemeldt for tretthet 24.9.18 - 3.10.18 og fra 15.11.18 - 22.11.18, finner nemnda at også spørsmålet om unormal tretthet i mer enn 2 uker må anses uriktig besvart.

Videre finner nemnda at det var feil av forsikrede, å ikke opplyse om psykisk plager på spørsmålet *"Har du i løpet av de siste 5 år hatt eller fått behandling/rådgivning for: utbrenthet/utmattelse, angst, depresjon, spiseforstyrrelser, konsentrasjonsvansker eller andre psykiske plager?"*. Forsikrede hadde vært sykemeldt for *"P29"* (psykisk sykdom) fra 15.7.15 - 31.10.15, og for affektiv lidelse (P73) fra 7.1.19 - 13.1.19.

På spørsmålet *"Har du i løpet av de siste 10 år blitt undersøkt eller behandlet/kontrollert ved sykehus, klinikk eller annen helseinstitusjon, eller har du vært anbefalt slik undersøkelse,*

behandling eller operasjon? For eksempel dersom du har hatt flere undersøkelser eller behandlinger, bes alle oppgitt", var det etter nemndas syn feil av forsikrede å ikke opplyse om at han gikk til poliklinisk behandling for psykiske plager (angst og depresjon) ved DPS frem til 2012 (fra 2008), og om utredning for hodepine og søvnforstyrrelser ved nevrologisk avdeling i 2013 og 2016.

Det bemerkes at nemnda ikke er enig med foretaket i at det var feil å svare "Nei" på spørsmålet *"Har du eller har du tidligere hatt: Sykdommer i nervesystemet og/eller hjernen? For eksempel Migrene, gjentatt hodepine, epilepsi, besvimelse, lammelser, svimmelhet, multippel sklerose, Parkinson, TJA (drypp), hjerneslag/hjerneblødning?"* Slik spørsmålet er formulert, omhandler det sykdommer i nervesystemet eller hjernen. Nemnda kan ikke se at eksemplene som er angitt, deriblant *"gjentatt hodepine"* nødvendigvis er å anse som en sykdom i nervesystem eller hjernen, jf. vurderingene i 2023-838. Etter nemndas syn kan det ikke legges til grunn at opplysningene om langvarige plager med kronisk hodepine er uriktig besvart.

Spørsmålet blir etter dette om forsikrede ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger, har utvist svik, eller subsidiært grov uaktsomhet.

Opplysningene i helseerklæringen legges til grunn for vurderingen av skyldkravet. Det fremgår klart av helseerklæringen at flere av spørsmålene gjelder bestemte tidsrom, f.eks. 5 og 10 år. Forsikredes anførsel om at selgeren skal ha sagt at "foretaket bare brydde seg om de siste 3 årene" er ikke dokumentert, og kan derfor ikke legges til grunn. En nærmere bevisførsel med hensyn til hva selgeren skal ha sagt vil etter nemndas syn kreve muntlige parts- og vitneforklaringer for domstolen.

Etter nemndas syn er de uriktig besvarte spørsmålene i helseerklæringen klart og tydelig formulert. Slik omfanget og varigheten av forsikredes helseplager, sykmeldinger og behandlingsbehov/utredninger før tegning er beskrevet, kan nemnda vanskelig se det annerledes enn at forsikrede måtte forstå at disse opplysningene var av betydning for foretakets risikovurdering. Foretaket har opplyst at dersom spørsmålene hadde blitt besvart korrekt, måtte foretaket innhentet ytterligere opplysninger som kunne medført reservasjon på avtalen eller avslag på søknad om forsikring. Nemnda kan ikke se at forsikrede har gitt noen annen fornuftig forklaring på hvorfor han unnlot å opplyse om de relevante helseplager, sykmeldinger og behandlingsbehov, enn at han ønsket å få en forsikring som han ellers ikke ville ha fått. Etter nemndas oppfatning har foretaket oppfylt bevisbyrden for sviks hensikt.

Nemnda er etter dette av den oppfatning at foretaket kan avslå krav om erstatning og si opp forsikredes forsikringer, som følge av utvist svik ved tegning, jf. fal. §§ 13-1 a, jf. 13-2 og 13-3.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Mallings (leder), Barbro Paulen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).