

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-777

6.9.2024

Fremtind Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Tegning - uriktige opplysninger — grov uaktsomhet – advokatutgifter – fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-3.

Forsikrede tegnet uføredekning i november 2021. I helseerklæringsskjema svarte han "nei" på alle spørsmål om sykdom eller skade de siste 5 og 10 årene. Foretaket innvilget dekning på vanlige vilkår. Av journalnotater etter tegning fremgikk at forsikrede hadde kronisk hodepine og kjent nakkesyndrom med flere prolapser, samt smerter i skuldre, lenderygg, hofteregion, knær og legger. Forsikrede ble etter hvert sykmeldt, og fikk innvilget AAP fra mai 2023. Saken reiste spørsmål om forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kunne avslå kravet og si opp dekningen. Videre om forsikrede hadde krav på dekning av sakskostnader. Nemnda bemerket at fremlagte journaler fra tiden etter tegningen ga holdepunkter for at forsikredes plager var til stede før tegningen. Dokumentene ga derimot ikke klare holdepunkter for hvor alvorlige disse plagene var. Foretaket hadde ikke fremlagt tidsnær dokumentasjon og hadde dermed ikke sannsynliggjort at forsikrede utviste grov uaktsomhet ved tegningen. Mht. sakskostnadene uttalte nemnda at det ikke var grunnlag for å pålegge foretaket et objektivt ansvar for forsikredes saksomkostninger i et tilfelle hvor mangelen på sentrale opplysninger i saken også kunne tilskrives forsikredes manglende bidrag til sakens opplysning. Forsikrede ble gitt delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet uføredekning den 4.11.21.

I helseerklæring 4.11.21 var det en gruppe spørsmål med et tidsperspektiv 5 år tilbake i tid, og som gjaldt "alle sykdommer og plager, selv om du nå er helt bra". Under dette svarte han "nei" bl.a. på spørsmål om:

Sykdom, skader eller plager i rygg, nakke, skuldre eller armer som har vart i mer enn 14 dager, eller som har kommet igjen flere ganger?

Andre sykdommer, skader eller plager i muskler, sener, eller ledd som har vart i mer enn 14 dager, eller som har kommet igjen flere ganger?

Videre var det en gruppe spørsmål som gjaldt "Sykdom og plager de siste 10 årene" og som gjaldt "... sykdommer eller tilstander", og der han skulle "Oppgi alle sykdommer eller tilstander, selv om du nå er helt frisk". Under dette svarte han "nei" på bl.a. spørsmål:

Migrene, gjentatt eller langvarig hodepine, eller gjentatt eller langvarig svimmelhet. Du trenger ikke oppgi kortvarig hodepine som blir bedre med reseptfrie legemidler

Foretaket aksepterte dekningen på vanlige vilkår.

Journaler m.m.

Det er opplyst at forsikrede innvandret til Norge i 1999.

I Navs infotrygd var det ikke notert utbetaling av sykepenger mellom 18.9.10 og 9.5.22.

I dialog med Nav opplyste forsikrede 28.2.23:

2. jeg har vært på mr og røntgen til hodet, nakken, skuldre og ryggen.

-Hodet mitt er vondt hele tiden på grunn av lukt av kjemikalier, støv, gass, diesel og bensin.

-Nakken har tre prolaps, veldig stiv og gjør vondt.

-skuldrene har stor slitasje. Hendene dovner og sovner og er kalde.

Hele skuldra, nakken og hendene kan jeg ikke røre på, fordi det er veldig vondt.

-ryggen (korsryggen) har stor slitasje. Fra korsryggen og ned til knær og beina er veldig sliten og er hovne.

Klarer ikke å stå opp skikkelig.

3. jeg har vært til nevrologisk poliklinikk (...) og han har bestilt time til meg på (...) rehabiliteringssenter på behandling. Jeg venter på time.

-Jeg har vært på ortopedisk poliklinikk i (...) sykehus på grunn av skuldrene og nakken, og han har sendt meg videre til (...) sykehus, så jeg venter på time der.

-min fastlege har bestilt mr til knærne mine og jeg venter på time.

...

I legeerklæring ved arbeidsuførhet datert 20.4.23 (vedlagt skademeldingen), og under diagnose for arbeidsuførhet fremgikk:

Diagnoser: Cervikal skiveprolaps (L83), Hodepine (N01), Myalgi (L18), Knesmerte INA (L15), Skulder symptomer/plager (L08), Ryggsmerte lumbalt (L03)

...

Status presens: Frisør som har jobbet i mange år. Kjent nakkesyndrom med uttalte plager som bekreftes av MR-forandringer. Smerter i skulder, knær, rygg, kronisk hodepine som han selv setter i sammenheng med kjemisk overfølsomhet.

Og videre:

Vurdering: PAsient med omfattende helseplager. Er under videre utredning. Han har dårlig funksjonsnivå og kan ikke jobbe.

...

Sympomer og behandling: Frisør med kjent nakkesyndrom og omfattende plager fra bevegelsesapparatet.

Nakke: Kjent nakkesyndrom med flere prolaps. Smerter i nakke med utstråling til høyre arm. Smertene er sterke. Det er nedsatt håndfunksjon på høyre side.

MR har vist svært omfattende forandringer.

Det var inntatt resultat fra MR-undersøkelser fra 2022. Videre fremgikk:

Tidligere sykdommer:

En del problemer med nakke og skuldre gjennom flere år. Operert for høyresidig lyskebrokk.

Aktuelt:

Han rapporterer om nakkesmerter og smerter i hodet i omlag 10 år. Siden 2017 stadig verre med mer smerter. Han opplever en daglig, nær konstant holokraniell pressende hodepine og tar Paracet daglig for denne. I tillegg har han smerter i nakke og spesielt i høyre skulder, samt smerter i lenderygg, hofteregion, knær og legger. Det er i regi av fastlege gjort en omfattende bildeutredning hvor man har påvist degenerative forandringer i ulike avsnitt av virvelsøylen og også i øvrige deler av muskel skjelettapparatet. Spesifikt er det bemerket trange forhold for høyre C7-rot. Han beskriver i dag hudsensoriske forandringer i høyre overex, også svarende til C7.

Ved dagens konsultasjon møter man en (alder) gammel mann i middels hold, god allmenntilstand. Hun kommer ubesværet gående til undersøkelsen. Gir god kontakt og samarbeider godt. Han beskriver utbredte smerter. I høyre skulder klarer han ikke å dusere over horisontalplanet aktivt eller passivt. ...

Vurdering:

Han har omfattende plager fra bevegelsesapparatet, og han er nå også henvist til en ortopedisk vurdering av sin fastlege. Hans hodepine har karakter forenlig med en tensjons typehodepine, og hodepinen settes også i sammenheng med hans omfattende muskulære forandringer i nakke og skulderområdet, som igjen har en sammenheng med hans habituelle arbeidssituasjon som frisør. Han informeres om at daglig analgetika inntak nok bidrar til å kronifisere hans hodepineplager, han informeres om medikamentindusert hodepine og han frarådes daglig inntak av Paracet.

Han får rp Sarotex 10 mg, med skriftlig opptrappingsplan og preparatinformasjon. Indikasjonen er den kombinerte problemstilling som redegjort for ovenfor.

...

I arbeidsevnevurdering 28.4.23 ble det vist til de samme plager, at forsikrede innvandret til Norge i 1999, og at han hadde "dårlige ferdigheter i norsk". Det er her også notert at forsikrede jobbet som frisør til 2009, og begynte da som servitør i ektefellens restaurant. Videre at han var arbeidsufør fra 2009 på grunn av "sammensatt smerteproblematikk fra nakke og høyre skulder".

Nav innvilget 26.5.23 arbeidsavklaringspenger fra 8.5.23, med første sykedag 9.5.22.

Forsikrede fremmet krav 24.5.23, og opplyste om første sykmeldingsdag 9.5.22. Han ga samme dag ordinær fullmakt til innhenting av dokumentasjon ved lokalt Nav-kontor og fastlegekontor ved fastlege X., samt sykehus.

Nav oversendte dokumenter til foretaket 6.6.23.

Foretaket ba 26.7.23 om ytterligere opplysninger fra forsikrede.

Fastlegen ga 21.8.23 etter gjentatte purringer legeerklæring. Han oppga pasient siden 2001, og hovedårsak til arbeidsuførhet å være "kronisk hodepine, nakkeprolaps med smerter, slitasjesmerter skuldre, kroniske knesmerter, ryggsmarter". Videre at plager fra nakke oppsto første gang i 2009, og at forsikrede fikk kjennskap til dette ved MR samme år. Plagene ble oppgitt å ha forverret seg over flere år, og verst siste år.

Fastlegen vedla rapporter fra MR/røntgen fra 2022, der det fremgår sammenlikning med undersøkelser fra før tegning.

Foretaket avsto kravet 3.10.23, idet det la til grunn at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige helseopplysninger ved tegning. Subsidiert anførte foretaket at forsikrede hadde utvist grov uaktsomhet. Det sa også opp alle dekninger han hadde i foretaket.

Foretakets utreder avholdt samtale med vitnet Y. 7.12.23, som hadde vært forsikredes rådgiver i bank og forsikring i foretaket (konsernet). Vitnet hadde vært forsikringsspesialist og var autorisert finansiell rådgiver. Vitnet opplyst at forsikrede hadde "litt språkproblemer", og at han hadde bedt om "hjelp til å få lest opp spørsmålene, og at vitnet forklarte spørsmålene til han". Videre fra notatet:

Vitnet har sagt til sin fagansvarlig, at i en hektisk hverdag, så kunne nok vitnet ha gjort ting bedre, og prøvd å forklare forsikrede enda bedre hva det går ut på. Vitnet opplevde at forsikrede var veldig bevisst på at han aldri har vært sykemeldt, selv om han har hatt noen plager.

...

Vitnet ble spurt om han leste opp alle spørsmålene i helseerklæringen?

Vitnet bekreftet at han leste opp spørsmålene. Han forsøkte å forklare hva som menes med det. Forsikrede snakker litt norsk. Han snakker gebrokkent, og har ikke det sterkeste ordforrådet. Han lurte på hva ord betyr.

...

Vitnet ble spurt om forsikrede svarte på spørsmålene i helseerklæringen etter at han hadde lest opp spørsmålene, eller svarte forsikrede på spørsmålene hjemme?

Vitnet forklarte at forsikrede svarte da, på kontoret.

Vitnet ble spurt om hvis det var noe forsikrede var usikker på, stilte han ytterligere spørsmål til vitnet? Vitnet forklarte at det er stund siden forsikringene ble kjøpt, så han husker ikke helt nøyaktig hva som skjedde.

Vitnet vet at han leste opp spørsmålene, og at forsikrede svarte så godt han kunne der og da. Forsikrede er veldig på at han aldri har vært sykemeldt. Vitnet sitter med en følelse av at forsikre ikke har gjort noe bevisst, men kanskje han ikke har forstått alt helt riktig.

Vitnet ble spurt om hva forsikrede har arbeidet som?

Vitne forklarte at forsikrede har jobbet som frisør. Han er frisør av yrke. Han overtok en bedrift, som han har drevet siden 2011. Forsikrede jobbet også som frisør i hjemlandet (...), før han kom til Norge. Forsikrede kom til Norge i mai 2000.

Forsikrede har solgt unna firmaet, for pr dags dato går han på arbeidsavklaringspenger fordi han ikke greier å jobbe.

Fagansvarlig for forsikring ved lokalkontoret der forsikrede tegnet dekningen skrev 8.11.23 blant annet at:

Kunden er innforstått med at han ikke kan få dekning for uførepensjon og det er ikke det han ønsker å klage på, ...

Kunden mener bevist at han ikke på noen måte har prøvd å lyve, men at det er språkproblemer og ordenes betydning som har gjort han har misforstått spørsmålene i helseerklæringen, ...

Videre at han fikk hjelp av rådgiver i banken som:

... hadde også hjulpet han litt med utfylling av helseopplysningene, men det ble allikevel som vi har sett nå i ettertid feil. Han har svart slik som han har svart da han sier at han ikke har vært sykemeldt pga plagene og at de har kommet og gått og ikke sett på dette som noe konstant.

Vet ikke om disse nye opplysningene til saken har noen betydning for utallet i forhold til svik, men hans rådgiver er overbevist om at kunden ikke har gjort dette med overlegg!

Foretaket fastholdt avslaget 15.12.23, men endret begrunnelsen til grov uaktsomhet, jf. også foretakets brev 5.2.24.

Sekretariatet viste til vekten av tidsnære journaler og at foretaket ikke hadde vedlagt slike i saken. Foretaket svarte at det anså vedlagt dokumentasjon tilstrekkelig, og ba sekretariatet presisere hvilke dokumenter det eventuelt ønsket. Sekretariat pekte på at foretaket som profesjonell part forutsettes å kunne vurdere dette selv, og at saken ville bli vurdert på det foreliggende grunnlaget.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke ga uriktige opplysninger og at dette uansett ikke var grovt uaktsomt. Forsikrede er dårlig i norsk, og uttalelser fra bankens ansatte viser at de var kjent med dette og at han fikk misvisende veiledning. Forsikrede stolte på bankens rådgiver, og han hadde ikke handlingsalternativer dersom han ville tegne forsikringer.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige/mangelfulle helseopplysninger ved tegning, og at det kan avkorte kravet med 100 %, samt si opp aktuelle og andre dekninger han har i foretaket.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avslå kravet og si opp dekningen. Forsikrede har i tillegg krevd dekning av advokatutgifter.

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 forsikrede 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 i overkant av fire måneder etter framsatt krav. I denne perioden har foretaket etter nemndas oppfatning hatt tilstrekkelig fremdrift, og nemnda anser at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Det neste spørsmålet nemnda tar stilling til er om forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som grov uaktsom. Bestemmelsen i fal. § 13-2 første ledd fastsetter at dersom forsikrede 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 forsikrede 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 forsikrede 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. FinKN 2015-397, 2012-228, 2022-1043 og 2023-736.

Det er foretaket som må bevise at forsikrede 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 ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

Nemnda ser først på hvilket faktum som kan legges til grunn som bevist, og som skal legges til grunn for den rettslige vurderingen.

Forsikrede har anført dårlige norskkunnskaper som årsak til evt. uriktige/mangelfulle svar.

Spørsmålet om forsikredes norskkunnskaper er ikke egnet for nemndas skriftlige saksbehandling,

og avvises som uegnet etter vedtektenes pkt. 4.1 bokstav d, jf. avgjørelse 2021-420. Nemnda behandler derfor saken under den forutsetning at forsikrede hadde tilstrekkelige norskkunnskaper. Nemnda anser det som lite sannsynlig at forsikrede ikke forstod de relativt enkle spørsmålene, etter å ha bodd i Norge i over 20 år, og vært yrkesaktiv i mange av disse årene. I den kliniske dokumentasjonen fremgår ingenting om språkvansker eller behov for tolk, se også 2019-764, 2022-48 og 2023-435.

Den kliniske dokumentasjonen som er fremlagt i saken, og som danner utgangspunkt for hvilket faktum som kan anses bevist i foreliggende sak, består i hovedsak av journalnotater fra tiden *etter* tegning: Journalnotatene gir holdepunkter for at plagene var tilstede før tegning, men gir imidlertid ikke klare holdepunkter for hvor alvorlige disse plagene var før tegning. Etter nemndas syn har foretaket hatt god foranledning til å sørge for sakens opplysning, uten at tidsnære notater fra tiden før tegning i tilstrekkelig grad er fremlagt. Slik saken er opplyst for nemnda, legger nemnda til grunn at forsikringsforetaket ikke har oppfylt den strenge bevisbyrden for at forsikrede utviste grov uaktsomhet ved tegning i 2021.

Nemnda ser dernest på spørsmålet om rett til dekning av utgifter til advokat for å vurdere saken. Det følger av Finansklagenemndas vedtekter pkt. 1.3 sjette ledd at nemnda kan avgjøre spørsmålet om dekning av advokatutgifter. Vedtektene bestemmer ikke hvilket rettsgrunnlag nemndene skal bygge på, og prinsippet om at iura novit curia (domstolene kjenner retten) tilsier at nemndene har et rettslig skjønn i valg av rettsgrunnlag. Det er begrenset med avgjørelser som tar opp spørsmålet. I nyere avgjørelser har nemdene i FinKN Person og Skade bygget på et ulovfestet objektivt ansvar for rettsvillfarelse (uvitenhet og feiloppfatninger) om egen kontraktsforpliktelse, se bl.a. FinKN 2022-563 (Person), FinKN 2023-109 (Person) og 2024-506 (Skade).

Foretakssiden har problematisert betydningen både av at nemnda i enkelte tidligere avgjørelser om sakskostnader har basert seg på culpaansvar (profesjonsansvaret), og at rettsordenen har lang tradisjon for å anse sakskostnader for egen tapstype, se mindretallet i FinKN 2024-506. Nemnda skal knytte noen kommentarer både til betydningen av alternative ansvarsgrunnlag og til synspunktet om sakskostnader som egen tapstype. Som kjent, kan alternative ansvarsgrunnlag utgjøre grunnlag for erstatningsansvar, både i og utenfor kontrakt. Culpaansvaret er en av de mest generelle reglene i vår rettsorden, og i prinsippet kan enhver handling/unnlatelse underlegges en uaktsomhetsvurdering. Det at profesjonsansvaret har blitt brukt som ansvarsgrunnlag i saker hvor det har vært naturlig å fremheve at det er utvist skyld på foretakssiden, kan ikke tas til inntekt for at sakskostnader ikke kan ilegges foretakene basert på andre grunnlag. Forsikringsavtalen er en kontrakt mellom foretak og forsikringstaker. Og akkurat som profesjonsansvaret er et kontraktsansvar, er objektivt ansvar for rettsvillfarelse om egen kontraktsforpliktelse et veletablert ulovfestet kontraktsrettslig ansvarsgrunnlag, og nemnda har i nyere praksis funnet det riktig å bygge på dette grunnlaget.

Prinsippet om at den tapende part skal bære kostnadene til den part som har vunnet saken, er lagt til grunn både i tvisteloven og i den tidligere tvistemålsloven av 1915. Men også for alminnelige domstoler ser vi at grunnlaget for sakskomkostninger har variert gjennom historien, og i prosessreglene før 1915 anses sakskomkostninger til motparten som en form for *skadeserstatning*. Tvistelovens bestemmelse i § 20-2 om at tapende part skal bære sakskostnadene, gir like fullt uttrykk for et prinsipp vi finner allerede i Magnus Lagabøtes lov (og i romerrettslige prinsipper som påvirket kontinentaleuropeiske rettssystemer og rettstenkning). Den grunnleggende tanken at den som hevder sin rett gjennom rettssystemet, ikke skal bære tap ved å få sin rett anerkjent. Om nemnda skulle bygge på et prinsipp om at tapende part bærer sakskostnadene, kunne en slik regel både anses som sedvanerettsbasert og som en analogisk anvendelse av tvisteloven § 20-2.

Uansett om en anser sakskostnader for en egen tapstype og bygger på en ulovfestet regel om at tapende part bærer sakskostnader, eller om en – som i nyere nemndspraksis - bygger på et objektivt ansvar for rettsvillfarelse om egne kontraktsforpliktelser, står en altså overfor et ansvar for sakskostnader uten hensyn til skyld (enten begrunnet i at saken er tapt eller i et kontraktsmislighold).

Felles for de to ulike ansvarsgrunnlagene er også at ansvaret for sakskostnader modifiseres mht. bevisbedømmelsen. Tvisteloven § 20-2 tredje ledd bestemmer at den tapende part kan "fritas for erstatningsansvar hvis tungtveiende grunner gjør det rimelig". Det er tale om et rettslig styrt skjønn, hvor forhold av bevismessig art angis blant de skjønnsmomentene som domstolene skal ta i betraktning. I nemndspraksis har flertallet i FinKN-2024-506 (skade) problematisert om "det objektive ansvaret gjelder både for gal tolkning og for feil bevisbedømmelse. Bevisbedømmelse og tolkning glir ofte over i hverandre, og dette tilsier et felles ansvarsgrunnlag. Tidligere nemndspraksis har heller ikke sondret mellom de to typene av feil, men det er klart at foretaket ikke kan bli ansvarlig for gal bevisbedømmelse hvis det mangler de sentrale opplysningene i saken, se FinKN 2022-563 (person)".

Nemnda slutter seg til uttalelsene om at foretaket ikke kan holdes ansvarlig for gal bevisbedømmelse dersom det mangler sentrale opplysninger i saken, som kan tilskrives forsikredes manglende bidrag. Også forsikringsavtaleloven bygger på et system hvor foretaket ikke holdes ansvarlig dersom kunden ikke bidrar adekvat til sakens opplysning, jf. fal. § 21-2.

I denne saken har også forsikrede hatt god anledning til å fremlegge den kliniske dokumentasjonen som er sentral for sakens bevisbedømmelse: Det er hans egne legejournaler fra tiden før tegning som ikke er forelagt nemnda. Forsikringsavtaleloven bestemmer at foretaket har bevisbyrden for at forsikrede har utvist grov uaktsomhet i tegningssituasjonen, og denne bevisbyrden har foretaket ikke oppfylt. Etter nemndas syn er det likevel ikke grunnlag for å pålegge foretaket et objektivt ansvar for forsikredes saksomkostninger all den tid mangelen på sentrale opplysninger i saken likefullt kan tilskrives forsikredes manglende bidrag til sakens opplysning.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold. Forsikrede gis medhold i at foretaket ikke kan avkorte begrunnet i grov uaktsomhet i tegning, men forsikrede gis ikke medhold i sitt krav om saksomkostninger.

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