

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-779

1.9.2024

Storebrand Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Tegning – uriktige opplysninger- mer enn lite å legge til last – avkortning – oppsigelse – fal.
§§ 13-1a, 13-2, 13-3 og 13-13.

Forsikrede tegnet forsikringen Kritisk sykdom 22.7.20. I helseerklæring samme dag, svarte han "nei" på spørsmål om han var hadde/hadde hatt eller var under/anbefalt utredning for nærmere angitte sykdommer. Av helseopplysninger før tegning, fremgikk at forsikrede hadde vært til nevrologisk undersøkelse i januar 2020, grunnet hengende munnvik og låsning i hånd. MR caput viste uspesifikke signalforandringer, og ytterligere undersøkelser var forenlig med diagnosen "klinisk isolert syndrom". Forsikrede var også til MR i juni 2020, hvor det angivelig skal ha blitt avtalt ny kontroll. Forsikrede fikk påvist MS i juli 2021. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avslå krav om utbetaling og si opp forsikringen med henvisning til at forsikrede hadde brutt opplysningsplikten ved tegning. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at forsikrede objektivt sett hadde gitt uriktige opplysninger ved tegningen og at han var mer enn lite å legge til last for dette. Mht. avkortningens størrelse bemerket nemnda at forsikredes unge alder, og de alvorlige konsekvenser saken hadde for forsikrede, tilsa at avkortningen måtte reduseres til 75 %. Forsikrede fikk delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1996) tegnet forsikringen Kritisk sykdom 22.7.20. I helseerklæring samme dag, svarte han "Nei" på følgende spørsmål:

Har du, eller har du hatt: Kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes, hjerneslag, alvorlig lungesykdom, andre alvorlige sykdommer eller sykdommer/hendelser som er omfattet av Kritisk Sykdom, eller er du under eller anbefalt utredning for det som listes opp? Kritiske sykdommer omfatter: Hjerterinfarkt, hjerneslag, kreft, hjernesvulst, multippel sklerose, hjerteoperasjon, angioplastikk, organtransplantasjon, motornevro sykdom, lammelser, nyresvikt, blindhet, døvhhet, tap av taleevne, store brannskader, tap av armer/ben.

Før tegning

I epikrise 4.1.20, fra nevrologisk avdeling, Sykehus X. fremgår:

Hovuddiagnose:

R29.8 Andre og uspes. sympt. m/tilkn. til nerve og muskelskj. syst.

Bakgrunn/Aktuelt

Pasient er frisk fra tidligere, bruker ingen faste medisiner. Pasient pådro seg en 16.12 et hodetraume etter fall på isen. Ingen bevissthetstap, ingen hodepine i ettertid. Lettere smerter i høyre skulder og fot. (...) Fra da, 18 des. tom. 31 desember opplevde pasient intermitterende hengende munnvik høyre side samt at høyre hånd låste seg, måtte da bruke venstre hånd for å fysisk strekke ut fingrene. Han sier han får et forvarsel før dette skjer. Anfallene har vart fra 20-30 sek, 2-4 anfall daglig. Ingen anfall i 2020. Han forteller at disse anfallene kommer etter han har angstrengt seg/vært fysisk aktiv.

(...)

Vurdering

Normal nevrologisk status i mottak. MR cerebri viste funn som radiologisk har en lokalisasjon som samsvarer med klinikk. Signalforandringene er uspesifikke og klinikken er ikke typisk for epilepsi, MS, infarkt eller hjerneblødning. Vi avtaler at pasient tar kontakt med avdelingen hvis han opplever flere av disse anfallene. Pasient er satt opp til poliklinisk time på nev. avd. samt MR kontroll. MR cerebri kan evt. fremskyndes ved økende symptomer. (...)

Grunnet økende anfallshyppighet, ble forsikrede innlagt på nevrologisk avdeling fra 7.1.20 – 9.1.20 for *"fremskynding av MR, samt utredning med spinalpunksjon og EEG"*, jf. epikrise 9.1.20 fra nevrologisk avdeling. I epikrisen ble diagnosen angitt som *"G25.9 intermitterende uspesifiserte spasmer"*, samt *"R90.8 uspesifikt signalavvik ved MR bildediagnostikk"*. Videre fremgår:

Vurdering/behandling:

Pasienten utredes med ny MR caput med kontrast. Bildene diskuteres med nevreradiolog (sykehus Y.), som ikke mistenker gjennomgått infarkt/blødning. Det er mest nærliggende å tenke at signalavvikene kan være uttrykk for en demyeliniserende plakk, evt. traumatisk betinget skade på hvit substans?

Pasienten utredes også med EEG med normale funn. Han ble spinalpunktert på utreisedagen, spinalvæske undersøkelse så langt viser normale funn, avventer svar på Borrelia og bånd. Det er for sikkerhets skyld også tatt encefalitt antistoffer, dog svært liten mistanke om dette.

Da pasienten angir bedring, og har ikke opplevd nye anfall siste dagene utskrives han fra avdeling i dag. Man avtaler videre poliklinisk oppfølging innen 2-3 uker. Han skal ta ny kontakt i mellomtiden dersom forverring. Da det ikke er mistanke om epilepsi eller gjennomgått infarkt får han ikke kjøreforbud.

I epikrise 24.1.20 fra nevrologisk avdeling, fremgår:

Vurdering

Pasienten ble diskutert i plenum. MR funn samt positive band i spinalvæske passer med diagnose klinisk isolert syndrom. På nåværende tidspunkt fyller han ikke opp diagnosekriteriene for MS. (...)

Pasienten diskuteres med vår MS lege dr (...) som anbefaler supplerende MR totalcolumna og kontroll av vitamin D nivået (sendt rekvisisjon til pasienten og henvist til MR).

Man spør pasienten om han hadde takket ja til symptomatisk behandling av spasmen men han ønsket å set det an da episodene var mindre hyppige og mindre intense. Kan ta rekontakt dersom forverring eller dersom han ønsker behandling, i så fall kan man forsøke behandling med Solu-medrol kurer til tross for at det ikke er aktive plaque på MR.

Pasienten henvises til MR kontroll om 3 måneder og settes opp til poliklinisk kontroll deretter.

Sykemeldes tom 17.02. pga opplysning at fysisk belastning utløser anfallene.

Etter dette er det et opphold i dokumenterte journalopplysninger frem til medio juli 2021, det vil si etter tegning. I notat fra foretakets rådgivende lege 30.9.22, fremgår imidlertid: *"Han fikk gjennomført en MR caput medio juni 2020 (som ble avtalt ved poliklinisk kontroll 24.01.20), og det var avtalt poliklinisk kontroll deretter. Ut fra mottatt dokumentasjon ser det ut til at denne kontrollen først ble gjennomført 24.11.20, der det igjen ble avtalt ny kontroll med MR caput etter 6 måneder"*.

Etter tegning

I epikrise 15.7.21, fra nevrologisk avdeling, fremgår at forsikrede var innlagt fra 11.- 15.7.21, grunnet diagnosen *"G35 Multippel sklerose (MS)"*. Under *"Bakgrunn for det aktuelle"*, er det vist til utredning og vurdering i januar 2020, før det er notert: *"Henvist til ny MR som viste endret størrelse av periventrikulære forandringer ved craniell kontur av venstre sideventrikel. Signalforandringer i capsula interna sinistra har minket i størrelse siden forrige undersøkelse. MR kontroll mai-21 viste Uendret status i hjerne parenkymet uten tegn til nytilkommen patologi. Ingen patologisk kontrastoppladning"*. Videre fremgår:

Vurdering/behandling:

(...)

Bakgrunn for det aktuelle er at han sidan jan -20 har vert utreda ved nevrologisk avdeling og konkludert med Klinisk isolert syndrom, Jfr. "bakgrunn for det aktuelle" over.

Aktuelt kontakta pasienten nevrologisk avdeling direkte, som tidlegare avtalt, etter å ha fått nyttilkomne, ikkje tidlegare kjente symptomer, Ca. 1 veke før innlegging fekk han parestesier og hyperestesi i hø. hands fingertupper 2-4. finger. I tillegg utvikla han nummenhet og tap av sensibilitet for varmestimuli i heile hø. underekstremitet og opp til L5/S1 overgangen, ikkje spesifikt for noko dermatom. Ved undersøking er det sidelike kraftprestasjonar, sidelik sensibilitet og reflekser, men sannsynleg patologisk plantarrefleks på venstre side.

Han blei henvist til MR Nevroakse for utredning om det var nyttilkomne demyeliniserande plakk. Denne viste nyttilkommen fokal lesjon i spinal medulla cervikalt, suspekt for MS. På grunn av vedvarande symptom og klinikk forenleg med MS attack, blei det starta opp med ein 5 dagers Solu-Medrol kur. (...)

I notat 10.8.21 fra nevrologisk avdeling, Sykehus X., og poliklinisk notat 19.1.22 fra nevrologisk avdeling, Sykehus Y., er det beskrevet oppfølging og behandling for MS.

Forsikrede fremmet krav om utbetaling i skademelding til foretaket 28.1.22. Vedlagt skademelding lå epikrisen fra nevrologisk avdeling 15.7.21 med diagnosen "*G35 Multippel sklerose (MS)*" (inntatt ovenfor).

I notat 7.3.22 fra foretakets rådgivende lege, fremgår at det var mye som tydet på at forsikrede skulle ha svart "ja" på spørsmålet i egenerklæringen, men at foretaket måtte undersøke hva forsikrede fikk opplyst ved utredning av CIS (*clinical isolated syndrome*) i januar og 2020 og senere, og hvilken oppfølging han hadde fått. Rådgivende lege anbefalte å starte med fastlegen og relevante epikriser, og å ta forbehold om erstatningsansvar.

Foretaket tok forbehold om erstatningsansvar i brev av 9.3.22, og tilskrev fastlegen for ytterligere opplysninger samme dag. Foretaket sendte deretter påminnelser til fastlegen 8.4.22, 6.5.22 og 1.6.22. Henvendelsen ble ikke besvart og i brev av 22.6.22, avsto foretaket krav om utbetaling med henvisning til det ikke hadde mottatt nødvendig dokumentasjon for å kunne vurdere kravet, jf. fal. § 18-1, første ledd.

Foretaket mottok deretter legeerklæring fra fastlegen, datert 24.6.22. I erklæringen opplyste fastlegen at diagnosen ble satt 15.7.21, at første konsultasjon for sykdommen var 3.1.20 og at symptomene startet 18.12.19. I erklæringen ble det også vist til vedlagte epikriser fra nevrolog.

Saken ble forelagt foretakets rådgivende lege på ny 12.7.22. I notat fra foretakets rådgivende lege 25.7.22, ble det vist til foregående notat 7.3.22, og videre:

Vi har nå fått en del epikriser og det fremgår at det allerede tidlig i januar 2020 var planlagt å starte behandling for klinisk isolert syndrom som oppfattes som tidlig-MS, men av en eller annen grunn ble dette ikke startet. Han er sannsynligvis blitt fulgt opp på en eller annen måte og vært under utredning for MS. I epikrise 24.01.20 er diagnosen klinisk isolert syndrom og det skal tas MR kontroll om 3 mnd, dvs mars/april 2020. Det er ikke opplyst om resultat etter denne. Det er også diskutert om en skal starte behandling. Vi har imidlertid ikke full journal fra sykehus med resultat av MR undersøkelser og avtaler om videre kontroller. Det er et opphold fram til 11.07.21 da han selv tar kontakt med nevrologisk avdeling på grunn av nyttilkomne nevrologiske symptomer. Det er vanlig at slike pasienter følges opp av nevrologisk avdeling og ikke av fastlegen. En løsning er å påberope uaktsomhet ved svar på den forenklete helseerklæringen siden han var under utredning for MS på søknadstidspunktet, og ikke starte en full utredning av eventuelt svik med innhenting av full journal fra sykehus/fastlege.

Foretaket innhentet deretter journal fra sykehus, og forela saken for rådgivende lege på ny 29.9.22. I notat fra rådgivende lege 30.9.22 fremgår:

Vi mangler fortsatt journalopplysninger i perioden mellom februar 2020 og medio juli 2021, med unntak av informasjon om at det ble tatt en MR caput i mai 2021 som viste uendret status. Vi vet dermed lite om hvilket kontrollopplegg som har vært avtalt og utført mellom de to innleggelsene i henholdsvis januar 2020 og juli 2021. Vi vet heller ikke noe om hva slags informasjon forsikrede har fått i løpet av utredningen. Av

vedlagte pasientskriv 15.07.21 fremkommer det at forsikrede fikk informasjon om diagnosen MS denne dato og at han ble orientert om sammenhengen med tidligere nevrologiske plager denne dagen. For å komme nærmere et svar behøver vi uredigert journal fra sykehuset for aktuelle periode, dvs. fra og med første innleggelse januar 2020 til og med andre innleggelse i juli 2021.

Etter å ha mottatt polikliniske notater, ble saken igjen forelagt foretakets rådgivende lege som i notat 20.10.22, skrev:

Dokumentasjon viser at forsikrede på søknadstidspunktet 22.07.20 var under utredning/kontroll ved nevrologisk poliklinikk. Han fikk gjennomført en MR caput medio juni 2020 (som ble avtalt ved poliklinisk kontroll 24.01.20), og det var avtalt poliklinisk kontroll deretter. Ut fra mottatt dokumentasjon ser det ut til at denne kontrollen først ble gjennomført 24.11.20, der det igjen ble avtalt ny kontroll med MR caput etter 6 måneder. MS er blitt drøftet blant legene som en mulig diagnose i hele utredningsforløpet men det er diagnosen Klinisk isolert syndrom, CIS, som ble brukt frem til forsikrede fikk diagnosen MS 15.07.21. Vi vet fortsatt ikke hvor mye informasjon forsikrede fikk vedrørende mulighet for diagnosen MS før diagnosen ble endelig stilt. Imidlertid vet vi at forsikrede var under utredning/kontroll ved nevrologisk poliklinikk på søknadstidspunktet.

I rapport 14.11.22, fra samtale mellom forsikrede og utreder 11.11.22, fremgår at forsikrede hadde blitt oppringt av en selger i foretaket, og at forsikrede bl.a. tegnet forsikringen Kritisk sykdom etter anbefaling fra selgeren. I samtalen forklarte forsikrede seg om sykdomsforløpet, herunder at symptomene ga seg etter at han var ferdig på sykehuset i januar 2020, og at det gikk fint frem til frem til han plutselig mistet følelsen i foten sommeren 2021. Om opplysningene i de ulike epikrisene, opplyste forsikrede: *"På sykehuset var de veldig forsiktig med å fortelle hva det var som feilet FT, fordi det hørtes ut som de var veldig usikre på hva det kunne være. Siste dagen han dro fra sykehuset fikk han beskjed om at det var klinisk isolert syndrom. De hadde gått gjennom alle ting de trodde det kunne være, og de trodde ikke det var så alvorlig. Testene slo ikke ut på noe alvorlig", og "FT fikk tilbakemelding om at det var bra og ingen forandring. Det er det eneste FT har fått til svar tror han".*

På spørsmål om hva som lå i diagnosen *klinisk isolert syndrom*, svarte forsikrede:

Det vet ikke FT. Det var mer at det var det som hadde forårsaket det som hadde skjedd.

FT fikk fortalt at dersom det var noe annet enn klinisk isolert syndrom, ville ikke henda falt på plass igjen av seg selv etter 30 sekunder, slik det gjorde tidlig 2020.

De hadde en lang samtale om hva de trodde det kunne være og hva det ikke kunne være.

De tok det som at det var klinisk isolert syndrom. Det ble allikevel gjennomført ytterligere undersøkelser.

FT fikk ikke medisin for MS på dette tidspunktet. FT fikk beskjed om at dersom han hadde MS ville det utvikle seg uten medisin, noe MR undersøkelsene viste at det ikke gjorde. Det var det som gjorde at de mente med at det ikke var MS, men heller et lukket syndrom.

MS ble nevnt i januar 2020 sammen med hjerneblødning som mulige årsaker til symptomer. Det ble også nevnt en rekke andre mulige grunner til symptomene.

Verken FT eller legene trodde sommeren 2020 at det kunne være MS fordi ting hadde bedret seg. FT forklarte at når ting bedrer seg uten at en får medisin, er det lite som tilsier at det er noe alvorlig.

Forsikrede ble forelagt følgende spørsmål i helseerklæringen: *"Har du, eller har du hatt: Kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes, hjerneslag, alvorlig lungesykdom, andre alvorlige sykdommer eller sykdommer/hendelser som er omfattet av Kritisk Sykdom, eller er du under eller anbefalt utredning for det som listes opp? Kritiske sykdommer omfatter: (...)"*, og spurt om han tenkte at det var korrekt besvart. Videre fremgår:

FT mener det var korrekt besvart. FT hadde ikke fått beskjed om at det var MS på det tidspunktet.

(Utreder omformulerte spørsmålet til: var du under utredning for MS eller andre alvorlige sykdommer pr. juli 2020? JCT)

FT svarte at han var under utredning for sykdommer, men fikk også beskjed om at han trolig ikke hadde disse sykdommene han ble undersøkt for.

I november fikk han beskjed om at han hadde tatt så mange tester at de ikke visste hva det kunne være. Derfor ble det sagt at det var isolert syndrom.

FT spør utreder om klinisk isolert syndrom er en alvorlig sykdom.
(Utreder opplyser om at klinisk isolert syndrom ikke nevnt konkret i spørsmålet, og spør FT om FT ville definert klinisk isolert syndrom som en alvorlig sykdom. JCT)

På det tidspunktet (juli 2020. JCT) hadde FT fått beskjed om at ting ikke ble verre, så FT anså det ikke som en alvorlig sykdom.

FT følte ikke at det var noe galt sommeren 2020. Derfor svarte han nei.

(FT ble spurt om han hadde det i tankene at han kunne få MS eller liknende plager da han tegnet denne forsikringen i 2020. JCT)

FT svarte nei. FT fikk et godt tilbud av selger av forsikringen uten at han selv hadde spurt om det. Selger sa at det dekket en lang liste sykdommer som kreft og hjerneblødning. FT aksepterte dette fordi han tenkte det var en fordel å ha. Selger sendte en liste over hva det dekket etter at FT hadde tegnet forsikringen.

(Utreder spurte om det ble vurdert uføreforsikring. JCT)

FT spurte om det (uføreforsikring. JCT) også var en ting. Selger sa til FT at kritisk sykdom forsikring var lurt å ha.

(...)

Rapporten ble tilsendt forsikrede for gjennomlesing, og tilføyelser/korrigeringer ble gjort i eget notat 20.11.22. I notatet tilføyde forsikrede bl.a.: *"Klinisk Isolert syndrom er ikke en diagnose, det er et symptom-bilde"*, og til *"nytt notat 09.01.20"* hvor MR- funn ble diskutert som *"mest suspect på MS Plaque"*, presiserte han: *"FT opplyser at han fikk høre at det så bra ut. Det ble ikke gitt informasjon om mulig MS plaque. (som Storebrand viser til står i et notat fra sykehuset. Dette er ikke meddelt (FT) FT mener han aldri har tatt MR før 2020. Etter det har han tatt noen MR undersøkelser"*.

Foretaket avsto krav om erstatning med henvisning til at forsikrede var mer enn lite å legge til last for å ha misligholdt opplysningsplikten ved tegning, jf. brev av 15.12.22.

Forsikrede har i det vesentlige anført at objektivt sett ikke ga uriktige opplysninger ved tegning, jf. fal. § 13-1a. Bestemmelsen tydeliggjør at det er foretaket selv som skal ta initiativet til å innhente informasjon fra forsikringstakeren. Da er foretaket naturlig nok også ansvarlige for å formulere spørsmål de selv mener er egnet til å gi en indikasjon på egen risikobedømmelse. Det er på det rene at forsikrede på tegningstidspunktet ikke hadde fått en diagnose omfattet av "Kritisk Sykdom". Det sentrale er om forsikrede på tegningstidspunktet "var under eller anbefalt utredning for det som er listet opp", herunder "multipel sklerose", altså MS. Foretaket har vektlagt at forsikredes helsetilstand på tegningstidspunktet var uavklart, noe forsikrede burde opplyst om. Dette er å strekke hvilke opplysninger som er relevante meget vidt, ikke minst når sykdommer omfattet av "Kritisk Sykdom"-begrepet uttrykkelig er listet opp. Det er et faktum at forsikrede verken var eller ble anbefalt utredning for MS på tegningstidspunktet. Da skal - ifølge foretakets "Kritisk Sykdom"-begrep - svaret på spørsmålet være "nei". Dette må sees i lys av de positive MR-resultatene kun en måned for tegningstidspunktet ikke var forenlig med sykdom. Det var derfor ikke naturlig for forsikrede å opplyse om kritisk sykdom når resultatet han fikk i forkant av tegningen ikke ga grunn til å tro at han var syk. Det faktum at legene ville foreta ytterligere kontroller i tilfelle det var tale om MS, bli for fjernt i henhold til opplysningsplikten i fal. § 13-1a. Det kan ikke forventes at forsikrede skal opplyse om ethvert mulig tenkelig utfall av et symptom-bilde, særlig sett hen til hans alder og resultatene som forelå i forkant av

tegningstidspunktet. På dette punkt vektlegger foretaket isteden at forsikredes sykehistorikk tilsa at senere avtalt utredning burde vært opplyst om. Dette er igjen uforenlig med hvordan "Kritisk Sykdom"-begrepet er å forstå. Helseerklæringen stilte *ikke* spørsmål om uavklarte helseforhold, slik foretaket synes å ha lagt til grunn. På dette punkt må nemnda også vektlegge foretakets strenge bevisbyrde.

Subsidiært er forsikredes forsømmelse bare lite å legge ham til last, jf. fal. § 13-2 andre ledd. Det er ikke avgjørende at forsikredes symptomer på tegningstidspunktet kan anses som tidlige symptomer på MS. Det er forsikredes kunnskap om egen helbred på tegningstidspunktet som er avgjørende for om han har utvist mer enn lite uaktsomhet. Det er uomtvistet at forsikrede på tegningstidspunktet følte seg i god form. Samtidig viste MR-resultantene, ca. en måned før tegning, ingen sykdomsutvikling. Dette må samtidig sees i lys av at påvist MS på senere utredning var høyst usikkert. Det er denne usikkerheten som ligger til grunn for forsikredes svar på de aktuelle spørsmålene.

Atter subsidiært er foretakets avkortning på 100 % for høy. Finansklagenemnda konkluderer med 100 % avkortning i tilfeller hvor det foreligger svik eller skyldgraden ellers er markant høy. I denne saken kan skyldgraden neppe anses høy, ettersom helseforholdene på tegningstidspunktet var uavklarte. Dessuten må det legges vekt på at forsikrede på tegningstidspunktet var ung og at MR-resultatene var positive uten sykdomsutvikling.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede er mer enn lite å legge til last for å ha unnlatt å gi opplysninger om pågående utredning, slik at forholde rammes av fal. § 13-2 andre ledd. Unnlatsen har hatt helt avgjørende betydning for foretakets vurdering av risikoen. Dette i motsetning til nemndas avgjørelse 2023-736. Dersom forsikrede hadde besvart spørsmålet i helseerklæringsskjemaet korrekt, ville forsikrede fått avslag på søknad om forsikring. Det vil dermed ikke være grunnlag for å tilby dekning "på andre vilkår" jf. fal. § 13-3 annet ledd. Videre er det lite tvil om at det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og årsaken til forsikringstilfellet. Disse forholdene taler for full avkortning, jf. momentene i fal. § 13-2 tredje ledd. Det er også uten betydning at forsikrede skal ha blitt oppsøkt av en selger. Forsikrede valgte selv å tegne en sykdomsforsikring og er ansvarlig for opplysningene som ble gitt ved avtaleinngåelsen. Foretaket har i tillegg anført at avkortningsvurderingen må ta utgangspunkt i at forsikringstaker har utvist grov uaktsomhet, jf. fal. § 13-2. Formuleringen «Det er mer enn lite å legge deg som forsikringstaker til last» i brev av 15.12.22, legger ikke begrensninger for betydningen av skyldgraden ved avkortningens størrelse. Avtalen er sagt opp med 14 dagers varsel etter fal. § 13-3 første og annet ledd. Tidsbruken i saken har i all hovedsak bestått av informasjonsinnhenting og purringer i den forbindelse, og foretaket har overholdt aktivitetsplikten i henhold til fal. § 13-13.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretaket kan avkorte krav om utbetaling og si opp forsikringen med henvisning til at forsikrede var mer enn lite å legge til last for å ha brutt opplysningsplikten ved tegning, jf. fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3 og 13-13.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede 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 brudd på opplysningsplikten 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 ett år 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 forsikrede er mer enn lite å legge til last for å ha unnlatt å gi opplysninger om pågående utredning, slik at forholdet rammes av fal. § 13-2 andre ledd. 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 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 tar først stilling til om forsikrede objektivt sett ga uriktige helseopplysninger ved tegning.

Foretaket mener at følgende spørsmål er uriktig besvart:

Har du, eller har du hatt: Kreft, hjerte-/karsykdom, diabetes, hjerneslag, alvorlig lungesykdom, andre alvorlige sykdommer **eller sykdommer/hendelser som er omfattet av Kritisk Sykdom, eller er du under eller anbefalt utredning for det som listes opp?** Kritiske sykdommer omfatter: Hjerterinfarkt, hjerneslag, kreft, hjernesvulst, multipel sklerose, hjerteoperasjon, angioplastikk, organtransplantasjon, motornevransykdom, lammelser, nyresvikt, blindhet, døvhhet, tap av taleevne, store brannskader, tap av armer/ben.

Slik nemnda forstår er det ikke omtvistet at forsikrede ved tegning ikke hadde eller hadde hatt noen av de sykdommene/hendelsene som var omfattet av dekningen Kritisk Sykdom. Tvistens kjerne synes å knytte seg til om forsikrede ved tegning, var under utredning eller anbefalt utredning for de sykdommer/hendelser som er listet opp. Slik spørsmålet er formulert, etterspørres altså om forsikringssøker er under utredning eller anbefalt utredning for spesifiserte sykdommer/hendelser som er omfattet av dekningen Kritisk sykdom. Spørsmålet er etter

nemndas syn ikke begrenset til å omfatte utredninger som spesifikt har sin hensikt i å avklare en eller flere av de opplistede sykdommene/hendelsene, men omfatter også utredninger som generelt har sin hensikt i å avklare om en eller flere av de opplistede sykdommene foreligger, uten at det foreligger en mistanke om en konkret sykdom.

Slik saken er opplyst for nemnda, forstår nemnda det slik at forsikrede i flere tilfeller før tegning, var henvist til nevrologisk utredning med tanke på å avklare eventuelle sykdommer, deriblant MS, infarkt, hjerneblødning og epilepsi. Etter nemndas syn, tilsier både forsikredes symptombylde og de relativt omfattende nevrologiske utredningene i forkant av tegning, at forsikrede skulle ha opplyst om undersøkelene i egenerklæringen, som objektivt sett må anses uriktig besvart.

Foretaket har opplyst at dersom spørsmålene hadde blitt besvart korrekt, ville søknaden ha blitt avslått. På bakgrunn av symptombyldet og utredningsintensiteten finner ikke nemnda grunn til å betvile dette. Nemnda legger til grunn at forsikrede må ha forstått at dette var forhold som ville være av betydning for foretakets vurdering. Etter nemndas syn fremstår det som uforklarlig hvorfor opplysningene ble utelatt. Nemnda finner etter dette at beviskravet for at forsikrede er mer enn lite å laste for at opplysningene ble utelatt, som oppfylt.

Det følger av fal. § 13-2 annet ledd at foretakets ansvar kan settes ned dersom forsikrede 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. Det er helt på det rene at feilen har hatt stor betydning for foretakets risikovurdering, og at det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og forsikringstilfellet (jf. "skadeforløpet"). Nemnda er likevel av den oppfatning at den utviste "skyldgraden" (mer enn lite å laste) og "forholdene ellers" - som her særlig er den forsikredes unge alder og de alvorlige konsekvensene forsikrede i denne saken må utholde, tilsier at en avkortning på 100 % er for høy. Nemnda har i sin vurdering sett hen til tidligere nemndspraksis, og kommet til at foretaket kan avkorte 75 %, se f.eks. nemndas avgjørelse 2012-265 (25 %), FKN-2010-452 (25 %) og FSN-7495 (75 %)

Det følger av fal. § 13-3 at foretaket har rett til å si opp forsikringen.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

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