

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-977

5.11.2024

DNB Livsforsikring AS (Pensjon, Personal)

Livsforsikring/uføredokumenteringer/pensjon

Annen sykdom – oppsigelse – fortsettelsesforsikring – varsel – fal. §§ 18-6, 19-7 – fel. §§ 3, 9, 10 nr. 1.

Forsikrede var sykmeldt fra 2005. I 2010 fikk forsikrede utbetalt oppgjør for full uførhet, men forsikrede fikk avslag på utbetaling av mende dekningen. Forsikrede ble oppsagt og meldt ut av arbeidsgivers kollektive dekning i mai/juni 2012. Den 7.12.22 skrev fastlegen at hans livskvalitet og hverdagsfungering var nedsatt med minst 90 %. Første dokumenterte kontakt med foretaket etter dette var 23.1.23 og senere 11.12.23 hvor forsikrede spurte om han var omfattet av kollektiv dekning, samt dokumentasjon på forsikringen. Dette ble besvart benektende. Foretaket kunne ikke legge frem dokumentasjon på at forsikrede hadde fått tilbud om fortsettelsesforsikring. Forsikredes arbeidsgiver opplyste at opplysninger om forsikrede var makulert, men at den generelle praksisen var å gi tilbud om fortsettelsesforsikring fysisk på avsluttende møte. Det forelå ikke dokumentasjon på et slikt møte. Saken reiste spørsmål om foretaket hadde gitt tilstrekkelig informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring, subsidiært hva som var konsekvensene av eventuell mangelfull varslings. Nemnda kunne ikke se at foretaket hadde sannsynliggjort at forsikrede mottok tilbud om fortsettelsesforsikring. Mht. spørsmålet om det var sannsynliggjort at forsikrede ville ha tegnet fortsettelsesforsikring, bemerket nemnda at det måtte stilles strenge krav til bevis i et tilfelle hvor krav først fremmes lenge etter at medlemskapet opphørte. Forsikrede hadde ikke sannsynliggjort at han ville ha tegnet fortsettelsesforsikring og foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede ble sykmeldt i 2005, og fikk innvilget uførepensjon fra Nav 24.9.10.

Av legeerklæring 22.6.09 fremkom at sykdommen "hindrer han i å utføre alle typer arbeid".

Arbeidsgiver hadde personalforsikring med dekning for "annen sykdom". I perioden frem til 1.1.12 var denne tegnet i et annet foretak. Det foretaket foretok utbetaling for 100 % varig uførhet i 2010, men avslo utbetaling av mende dekningen. Begrunnelsen var at forsikredes varige medisinske invaliditet ble vurdert til rundt 25 %. For å få utbetaling under dekningen, kreves varig medisinske invaliditet på 50 % eller mer.

Fra 1.1.12 ble arbeidsgivers personalforsikring flyttet til DNB Livsforsikring (innklaget foretaket), og videre igjen til et annet foretak fra 1.3.14.

Forsikredes arbeidsforhold ble etter det opplyste avsluttet i mai/juni 2012.

Forsikrede var innlagt i perioden 5.5.12 – 7.5.12 grunnet "uspesifisert brystsmerte", "uspesifisert epilepsi", samt "svimmelhet". Av journalnotat fra sykehuset 9.10.12 fremkom at forsikrede ble undersøkt grunnet ryggsmarter, og ble henvist videre for vurdering av mulig dekompresjon av lenderyggen.

Av legeerklæring fra fastlege datert 29.10.20 fremgikk:

Han har en forsikring gjennom der han jobbet før (...). Nå er det snakk om medisinsk invaliditet. Han ble en gang i tiden vurdert til 25% invaliditet ut fra epilepsi og ryggskade. Man mente ME ville brenne ut. Dette var i 2010. Han er stadig ille plaget med sin ME i dag. 100% arbeidsufør. Har vært slik i over 10 år. Ber om at man revurderer grad av medisinsk invaliditet.

Fastlegen skrev en ny legeerklæring "TIL DEN DET MÅTTE GJELDE" 7.12.22:

Han har en forsikringssak der man har uttalt han har 24,7% nedsatt livskvalitet som følge av sykdommene. Som hans fastlege har jeg kjent han siden mai 2012, og han har vært pasient ved senteret her og har da journal som strekker seg tilbake til juni 1993.

Han fikk symptomer på det som senere ble diagnostisert som ME i mars-05. Da fikk han mononukleose, og kom seg aldri helt. Ut 2005 stadige infeksjoner, slapphet. Fra journal 18.10.05: "Klarer ikke mobilisere krefter til vanlige aktiviteter. Sover lite og dårlig. Faller fort ut av samtaler. Nedsatt konsentrasjonsevne. Ofte halsvondt, gjentatte halsinfeksjoner uten at de er hovne eller spes. betente."

I og med han aldri kom seg så ble han utredet i 2006 hos nevrolog, infeksjonsmedisiner m.m. Fikk diagnosen "tretthetssyndrom" han var sykmeldt for. Han ble bredt utredet før man konkluderte med ME. For det første kom han seg aldri tilbake i arbeidsrelatert aktivitet og ble 100% uføretrygdet. Verre er at han ikke klarte eller klarer å fungere på hjemmebane heller. Årene har vært preget av mye hvile på sofa, mye soving. Han må planlegge ukene for å kunne ta seg en kort tur ut da han ofte må hvile en dag eller to etter å ha besøkt noen, vært med døtrene på en håndballtrening el.likn. Grovt sett kom han seg utenfor huset 2-3 ggr per uke i noen år før han ble verre og måtte slutte å følge døtrene på trening. Som han selv oppsummerer det: "Noe sosialt liva har jeg ikke".

Jeg har fulgt han ganske tett de siste årene, og etter gjentatte runder med henvisninger ble han endelig tatt på alvor på Diagnostisk Enhet på (sykehus) der man på prøver og CT bilder av brystkasen fant klare tegn på en autoimmun lidelse. Lenger har man ikke kommet. Man har forsøkt ulike behandlinger, nå sist en svært langvarig prednisolon kur som har gitt han marginalt ekstra med energi.

Han er nå for alle praktiske formål gitt opp på (sykehus). Man har konkludert med at han har en eller annen autoimmun lidelse man ikke kommer til bunn i. Han finner like fullt trøst i at han faktisk HAR noe påvisbart og har fått en diagnose. Mager trøst i en svært dårlig fungering i hverdagen.

Han har klart å komme på time til meg en gang i uken på onsdag morgen, og hviler dag resten av dagen og ofte dagen etter. Enkelte uker er han så dårlig han ikke klarer komme seg på time, og da tas samtale på telefon.

Det er vanskelig å kunne fastslå i prosent hvor dårlig hverdagsfungering en person har, men det er hevet over enhver tvil at han har fått nedsatt sin livskvalitet og hverdagsfungering med minimum 90%.

Det var ikke kommunikasjon med noe foretak før en e-post fra tidligere advokat til Gjensidige 23.1.23 etter en telefonsamtale med foretaket, der advokaten opplyste at forsikrede ønsket å ta saken opp igjen, og ba om en tilbakemelding på om det ble gitt tilbud om fortsettelsesforsikring. Det er på e-posten en håndskrevet påtegning om at advokat fikk "telefonisk svar om at arbeidsgiver skulle ha informert om fortsettelsesforsikring", samt "kan ikke søke om menerstatning nå med bakgrunn i gammel sak".

Forsikrede byttet til ny advokat i mai 2023.

Advokaten var i telefonisk kontakt med arbeidsgiver 4.10.23 og sendte samme dag en e-post hvor hun ba om opplysninger knyttet til avslutningen av arbeidsforholdet, om det ble gitt skriftlig oppsigelse og tilbud om fortsettelsesforsikring. HR manager hos arbeidsgiver svarte 12.10.23:

Dere leter etter opplysninger fra 2012 og tidligere. Det er ikke mulig for oss å finne uten å bruke tid på å søke opp. Våre personalarkiv for sluttede medarbeidere fra den tiden er makulert. Jeg har derfor ingen dokumenter tilgjengelig.

Jeg har prøvd å nøste opp så godt det lar seg gjøre. Det jeg ser er at det i midten av mai 2012 ble innkalt til drøftingsmøte 04.06.2012 kl 10-11. Her har (forsikrede) etter å ha mottatt innkallelsen vært i kontakt med

vår HR-direktør og avlyst drøftingsmøtet. Oppsigelsen ble sendt sent mai eller tidlig juni i 2012. Oppsigelsesgrunn var at han var over på uføretrygd og skulle ikke tilbake i jobb i overskuelig fremtid.

Når det gjelder forsikringsselskap har jeg også prøvd å gå tilbake i tid. Jeg ser at (arbeidsgiver) (...) byttet selskap til DNB ved start 2012. Før det hadde vi (...) I hvilken periode vi hadde (...) før vi gikk over til DNB i 2012, har jeg dessverre ikke klart å finne ut av.

Advokat ba i e-post til arbeidsgiver samme dag om å få tilsendt kopi av oppsigelsen, og fikk dagen etter svar om at opplysningene var makulert, samt at arbeidsgiver antok at forsikrede selv hadde denne.

Forsikrede sendte 11.12.23 en henvendelse til foretaket og ba om en tilbakemelding på om forsikrede "er forsikret i (...) sin gruppelivsforsikring ..." Videre ba han om dokumentasjon på at det var gitt adgang til å tegne fortsettelsesforsikring. Foretaket henvendte seg til arbeidsgiver og fikk svar i e-post 9.1.24:

Det er korrekt at vi ikke har opplysninger lenger om (forsikrede) sitt ansettelsesforhold. Jeg har klart å grave frem at han ble innkalt til drøftingsmøte etter at han hadde vært ufør lenge. Dette drøftingsmøtet avlyste han selv med bakgrunn i at han hadde vært på 100 % uførepensjon i flere år. Deretter ble det sendt en oppsigelse fra vår side. Trolig i juni 2012, mulig i slutten av mai 2012.

Vi har i alle år levert ut tilbud om fortsettelsesforsikring på våre personalforsikringer når noen slutter. Tidligere var alle innom fysisk for å "sjekke ut» og fikk da papirversjon av tilbud om fortsettelsesforsikring med forklaring på hva som gjelder. Ved overgang til nytt hr-system i fjor har vi gjort dette elektronisk nå: I god tid før vedkommende har siste arbeidsdag vil det bli gitt skriftlig informasjon om forsikringer og tilbud om fortsettelsesforsikring er tilgjengeliggjort i hr-system.

Så langt tilbake er det dessverre umulig å dokumentere om (forsikrede) faktisk hadde fått tilbudet eller ikke. På det tidspunktet han ble sagt opp hadde han ikke vært i jobb på mange år, så vidt jeg har forstått. Han ville imidlertid hatt full mulighet til å høre om forsikringer eller etterlyse ev fortsettelsesforsikring ved oppsigelse eller rett etter dette.

Jeg beklager at vi ikke kan være mer til hjelp her.

Foretaket svarte 17.1.24 at forsikrede ikke var omfattet av forsikringen ettersom han sluttet i 2012.

Av legeerklæring fra fastlege 7.3.24 fremgikk:

Spørsmål fra advokat:

Hvordan var din helsetilstand i 2012: Hans helsetilstand i 2012 var stort sett som den er nå.

Hvordan var sykdomsutviklingen fra du ble sykemeldt i 2005 og frem til 2012: Jevnt nedadgående.

Hvilke vurderinger ble gjort i 2012 med tanke på fremtidig sykdomsutvikling: Det ble ikke gjort noen slik vurdering i 2012.

Var det forventet at din helsetilstand kunne forbedres i fremtiden, eller var det slik at man forventet en forverret helsetilstand i årene fremover: det visste man heller ikke da man ikke skjønnte hva man hadde med å gjøre. Han seilet under diagnosen "ME".

Hva var prognosene: Det visste man ikke da man ikke skjønnte hva man hadde med å gjøre. Han seilet under diagnosen "ME".

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke har mottatt tilbud om fortsettelsesforsikring. Det er foretaket som må dokumentere at det er sendt ut tilbud om fortsettelsesforsikring, og dette er ikke dokumentert. Ei heller er dokumentert at arbeidsgiver hadde rutiner som tilsier at forsvarlig varsel ble sendt, jf. lagmannsrettens dom i LA-2013-6799, samt avgjørelse fra nemnda 2018-870. Arbeidsgivers generelle uttalelser om daværende rutiner er ikke tilstrekkelig til å sannsynliggjøre at slik informasjon er gitt.

Forsikrede må anses å ha sannsynliggjort at han ville ha tegnet fortsettelsesforsikring dersom han hadde fått muligheten til dette. Det var tidlig holdepunkter for at hans helsesituasjon ikke ville bli bedre, og det ville derfor være meningsløst for han å takke nei til dette.

Kravet er ikke foreldet. Foreldelsesfristen starter å løpe når skadelidte har kunnskap både om skaden, og at skaden og tapet kan være erstatningsbetingende, dvs. lede til et økonomisk tap, jf. bl.a. Rt-1992-603. Fristens utgangspunkt er altså den dag da skadelidte får kunnskap om hvem erstatningskravet kan rettes mot, og for det andre at skaden kvalifiserer til erstatning. Forsikrede fikk først kunnskap om skaden når han fikk erklæringen fra fastlegen i desember 2022, og fikk ikke kunnskap om den ansvarlige før i januar 2024.

Hvorvidt foreldelse skal vurderes etter foreldelsesloven (fel.) § 3 eller fel. § 9 er av mindre betydning, ettersom forsikrede ikke hadde kunnskap om at han var utmeldt av forsikringsordningen før i januar 2023. Det anføres at dette tilfellet reguleres av fel. § 10 nr. 1, hvor det fremgår at foreldelse tidligst inntreffer 1 år etter at fordringshaveren fikk eller burde skaffe seg kunnskap om fordringen eller skyldneren.

Saken skiller seg fra tilfellet i 2022-106 ettersom forsikrede ikke har hatt noen praktisk mulighet til å avbryte foreldelsesfristen. Forsikrede ble ikke informert om utmeldingen i 2012, ei heller fikk han tilbud om fortsettelsesforsikring. Han la derfor til grunn at han fremdeles var dekket under arbeidsgivers personalforsikring, da hans fastlege i desember 2022 ga uttrykk for at hans livskvalitet og hverdagsfungering var nedsatt med minimum 90 %.

Forsikrede har videre krav på dekning av utgifter til juridisk bistand.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at det må anses sannsynliggjort at forsikrede har fått tilstrekkelig informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring.

Bedriften har antallsoppgave, hvor det ikke er mulig for forsikringsselskapet å identifisere hvem som er medlem av ordningen. Det er bedriften som melder inn hvor mange som er med i dekningen, samt melder sak til forsikringsselskapet med hvilken gruppe enkelte ansatte tilhører. Bedriften har vist til generelle rutiner i forbindelse med at ansatte sluttet. Ettersom det er over 10 år siden forsikrede sluttet har ikke bedriften kunnet oppdrive øvrig dokumentasjon på overlevering av informasjon.

Man kan ikke stille samme krav til dokumentasjon for saker som ligger 11 år tilbake i tid, som i de ordinære tilfellene hvor det er kort tid mellom opphør og krav knyttet til § 19-7. Arbeidsgiver er iht. personvernreglene forpliktet til å slette opplysninger om ansatte man ikke lenger har behov for, og det kan ikke kreves at arbeidsgiver lagrer slike opplysninger så lenge som 11 år. Det fremkommer av redegjørelsen fra arbeidsgiver at man har hatt gode rutiner for overlevering av informasjon om fortsettelsesforsikring. Det må anses sannsynliggjort at arbeidsgiver fulgte rutinen også i denne saken.

Det anføres at det uansett ikke er sannsynliggjort at forsikrede ville ha tegnet fortsettelsesforsikring. En eventuell forsømmelse har derfor ikke hatt betydning for han. Forsikrede hadde fått utbetalt uføredelen av annen sykdomsforsikringen, som må anses som den viktigste delen av dekningen. Sannsynligheten for tegning av forsikring må også sees opp mot prisen på fortsettelsesforsikring, og forsikrede ville derfor ha måttet betale for forsikringen i minst 10 år. Ettersom foretaket også mener at forsikrede heller ikke i dag oppfyller kravet om minst 50 % varig medisinsk invaliditet, er sannsynligheten for tegning enda mindre. Under henvisning til mindretallets bemerkninger i 2023-199, anføres at det må stilles strenge krav til bevis for årsakssammenheng mellom påstått forsømmelse og unnlatt tegning av fortsettelsesforsikring, og forsikrede har ikke sannsynliggjort slik årsakssammenheng.

Dette underbygges av at han på tidspunkt for opphør av forsikringen hadde fått vurdert vmi til 25 %. Forsikrede var altså godt kjent med både forsikringsdekningen og krav til vmi da forsikringen opphørte. At han først fremmer krav om forsikringsdekning når helsetilstanden er forverret til påstått vmi 50 % og vilkårene for utbetaling anføres oppfylt, tilsier etter DNB sitt syn at han var kjent med denne muligheten på et tidligere tidspunkt, men rent faktisk ikke ønsket å kjøpe slik fortsettelsesforsikring. Den lange tidsperioden som har gått underbygger at forsikrede ikke ville ha tegnet slik forsikring.

Et eventuelt krav er uansett foreldet. Et krav om rett til fortsettelsesforsikring er ikke et krav om forsikringsutbetaling og må anses å ha en alminnelig foreldelsesfrist på tre år regnet fra tidspunktet den ansatte kunne ha krevet slik fortsettelsesforsikring jf. fel. § 3. En slik forståelse støttes av 2022-1068. Kravet er uansett også foreldet etter fel. § 9. Forsikrede hadde kunnskap om sykdommen samt at han ble dårligere. Fristen kan ikke først starte å løpe når han fikk kunnskap om varig medisinsk invaliditet tilsvarende minst 50 %. Skaden og tapet er tapet av muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring – ikke et faktisk inntruffet forsikringstilfelle. Dersom foreldelsesfristen for erstatningskrav etter fal. § 19-7 først skulle starte å løpe når det var oppstått et klart forsikringstilfelle, ville dette innebære at man i praksis kan "sitte på gjerdet" og unnlate å melde krav om fortsettelsesforsikring lenge etter at man hadde kunnskap om denne muligheten, men likevel ha sitt krav på erstatning i behold for det tilfelle et forsikringstilfelle inntraff. En slik løsning er ikke i tråd med formålet bak fal. § 19-7.

En eventuell manglende kunnskap om hvilket foretak som var korrekt kan ikke ha betydning, ettersom forsikrede kunne henvendt seg til arbeidsgiver på et langt tidligere tidspunkt og fått informasjon. Foreldelsesreglene i fal. § 18-6 gjelder ikke her. Uansett er det gått mer enn 10 år fra forsikringens opphør frem til foreldelsesfristen ble avbrutt.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet til nemnda er om foretaket har gitt tilstrekkelig informasjon om muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring, jf. fal. § 19-7, subsidiært hva som var konsekvensene av eventuell mangelfull varsling. Saken reiser også spørsmål om et eventuelt krav på fortsettelsesforsikring er foreldet.

Nemnda vurderer først om foretaket ga forsikrede et tilfredsstillende varsel om retten til å tegne fortsettelsesforsikring uten å gi nye helseopplysninger i forbindelse med opphør av arbeidsforholdet, jf. fal. § 19-7. Dersom han ikke fikk slikt tilbud reiser dette spørsmål om foretaket på erstatningsmessig grunnlag er ansvarlig for tap som følge av dette, herunder spørsmål om forsikrede ville ha tegnet slik forsikring dersom han hadde fått slikt tilbud.

Etter fal. § 19-7 har medlemmer av en forsikring muligheten til å tegne fortsettelsesforsikring ved avslutning av et arbeidsforhold. Medlemmene skal varsles om denne muligheten i "et skriftlig dokument eller på annen forsvarlig måte" jf. fal. § 19-7 første ledd, tredje punktum.

Foretaket har bevisbyrden. Dette innebærer at det er foretaket som må sannsynliggjøre at forsikrede fikk et forsvarlig varsel om fortsettelsesforsikring, jf. blant annet 2023-443 og 2022-809.

Nemnda har i flere saker tatt stilling til spørsmål om foretak i tilstrekkelig grad har sannsynliggjort at dokumenter er sendt til forsikrede, i saker der loven forutsetter at dette tilbys disse, jf. avgjørelsene 2018-870, 2016-172, 2016-258, 2015-250 og 2016-052. Nemnda har blant annet lagt vekt på hvilke rutiner og dokumentasjon selskapet har kunnet fremlegge som dokumentasjon på at dokumenter er sendt. Dette er i tråd med rettspraksis, jf. blant annet LG-2005-34587 og LA-2013-6799. De aktuelle sakene gjelder dels spørsmål om forsikrede har mottatt forsikringsbevis etter fal. §§ 11-2 og 19-10, og dels spørsmål om det er gitt tilbud om fortsettelsesforsikring etter

fal. § 19-7. Det er imidlertid lagt til grunn at kravene til dokumentasjon er de samme.

I aktuelle sak har arbeidsgiver redegjort for de generelle rutinene angående informasjon når en ansatt blir oppsagt. Det fremkommer av redegjørelsen at forsikrede ble kalt inn til et møte i 2012, som han selv i kontakt med HR-direktøren avlyste. Forsikrede var aldri på noe fysisk møte. Oppsigelsen ble ifølge arbeidsgiver sendt i mai eller tidlig juni 2012. Arbeidsgiver har i e-post redegjort for at de ansatte tidligere alltid fikk informasjon om fortsettelsesforsikring fysisk overlevert på papir på avsluttende møte. Arbeidsgiver har makulert personalarkivet for sluttede medarbeidere fra den tiden, og det er således ikke dokumentert om informasjon om fortsettelsesforsikringen ble oversendt sammen med oppsigelsen.

Foretaket har anført at spørsmålet om lagring av informasjon om den ansatte også har en side til krav om sletting av personalmapper hos arbeidsgiver etter ansettelsesforholdets opphør.

Nemnda har forståelse for foretakets anførsel om at det ikke kan kreves at dokumentasjon knyttet til fortsettelsesforsikring skal lagres så lenge som 11 år. Der det ikke kan dokumenteres at informasjonen er gitt, vil foretaket kunne oppfylle bevisbyrden gjennom å dokumentere at deres rutiner på tidspunktet har vært tilfredsstillende. I aktuelle sak finner nemnda, om enn under noe tvil, at foretaket ikke i tilstrekkelig grad har sannsynliggjort at det ble gitt tilbud om fortsettelsesforsikring.

I slike tilfeller kan foretaket på erstatningsmessig grunnlag holdes ansvarlig for det tap forsikrede har lidt som følge av manglende tilbud om fortsettelsesforsikring. Dette forutsetter imidlertid at forsikrede ville ha tegnet fortsettelsesforsikring dersom han var blitt tilbudt dette. Nemnda viser i denne forbindelse til følgende uttalelse i NOU 1983:56 s. 182:

Dersom uttredende medlem ikke blir varslet på forsvarlig måte om sin mulighet til å tegne fortsettelsesforsikring, og han av denne grunn unnlater å tegne slik forsikring, kan han etter omstendighetene få et erstatningskrav mot selskapet. Det må imidlertid stilles relativt strenge krav til beviset for årsakssammenheng mellom forsømmelsen av å gi varsel og unnlatelsen av å tegne fortsettelsesforsikring, særlig hvis det har gått en tid etter at medlemskapet i den kollektive forsikringen opphørte.

I juridisk teori er det lagt til grunn at det er en rekke skjønnsmomenter som vil kunne få betydning, jf. "Forsikringsavtaleloven med kommentarer" (4 utg. s. 782-783). I kommentarutgaven er det nevnt at det er et faktum at bare en liten prosent av de som fratrer kollektivforsikring, tegner fortsettelsesforsikring. I den forbindelse er det vist til RG-1998-433 (Gulating) der det ble lagt til grunn at gruppen utgjorde langt mindre enn en prosent. I praksis tegnes fortsettelsesforsikring i hovedsak av personer som innenfor seks månedersfristen er blitt gjort kjent med en helserisiko som innebærer at behovet for fortsatt dekning er klart til stede, og at dette innebærer at vedkommende ikke vil kunne tegne en ordinær individuell dekning. Det uttrådte medlemmets helsetilstand og kjennskap til denne vil derfor være et sentralt moment i vurderingen.

Et annet moment som trekkes frem i kommentarutgaven er tiden fra utmelding til "forsikringstilfellet" inntreffer. Jo lenger den utmeldte har akseptert å være uforsikret, desto vanskeligere blir det å sannsynliggjøre at man hadde et forsikringsbehov som ville medført at forsikring ville blitt tegnet. Videre nevnes også at den utmeldtes forsikringsbehov må vurderes opp mot kostnadene knyttet til fortsettelsesforsikringen sammenholdt med vedkommendes økonomi.

Nemndspraksis underbygger at det må gjøres en konkret vurdering.

I denne saken ble forsikrede sykmeldt i 2005 og han ble innvilget uføretrygd i 24.9.10. Ansvarlig foretak (Gjensidige) utbetalte oppgjør for full uførhet i 2010. Varig medisinsk invaliditet ble av daværende foretak vurdert til rundt 25 %, og forsikrede fikk avslag på utbetaling av mende dekningen.

Forsikrede ble oppsagt og meldt ut av arbeidsgivers kollektive dekning i mai/juni 2012. Det er uklart når forsikrede først tok kontakt med noen av foretakene og ba om revurdering av varig medisinsk invaliditet. Han fikk en erklæring fra fastlegen i 2020 som ba om revurdering, men det er ikke fremlagt dokumentasjon som viser at forsikrede kontaktet noen av foretakene eller arbeidsgiver i 2020 og oversendte erklæringen. Første dokumenterte henvendelse til foretakene er kopi av e-post fra tidligere advokat til Gjensidige i januar 2023, altså over 2 år etter at han fikk den første legeerklæringen og nærmere 11 år etter at han avsluttet arbeidsforholdet og om lag 13 år etter siste korrespondanse med Gjensidige.

Forsikrede har anført at han ikke ble informert om utmeldingen i 2012, og at han derfor la til grunn at han fortsatt var dekket under arbeidsgivers forsikring. Videre har han anført at han ville ha tegnet fortsettelsesforsikring dersom han hadde fått muligheten til dette. Det var tidlig holdepunkter for at hans helsesituasjon ikke ville bli bedre, og det ville derfor være meningsløst for han å takke nei til et tilbud om fortsettelsesforsikring.

Det er på det rene at da forsikrede ble meldt ut av forsikringen, hadde han fått utbetaling for full uførhet. Denne delen av forsikringen anses generelt som den viktigste delen av "annen sykdom", da den skal kompensere for inntektsreduksjon. Ettersom det kreves minimum 50 % varig medisinsk invaliditet for å få utbetaling av mendeckningen, er det en forholdsmessig stor andel av de som får utbetaling av uføredekningen som ikke er berettiget til utbetaling av mendeckningen.

Etter nemndas syn innebærer utbetalingen for full uførhet, som en må anta at var den delen av forsikringen som har størst betydning for han, at det på generelt grunnlag er mindre sannsynlig at forsikrede ville ha tegnet fortsettelsesforsikring kun for mendeckningen.

Dette støttes også av at forsikrede hadde vært ute av jobb i 7 år før arbeidsforholdet ble avsluttet, og forsikredes helsetilstand må anses å være stabil. Fastlegen har selv beskrevet at helsetilstanden til forsikrede i 2012 var "stort sett som den er nå".

Det faktum at det gikk om lag 12 år fra forsikrede fikk innvilget uføretrygd og avslag på mendeckningen før han på nytt tar dette opp overfor foretaket, trekker etter nemndas syn i samme retning. Forsikrede oppgir at han hele tiden har trodd at han var dekket under arbeidsgivers forsikring. Det er imidlertid på det rene at han i alle disse årene verken har mottatt forsikringsdokumenter eller annen informasjon som tydet på at han var dekket under personalforsikringen. Under henvisning til det "relativt strenge krav til bevis" som forarbeidene legger opp til at skal stilles når det går lang tid etter at medlemskapet opphørte, kan ikke nemnda se at forsikrede har oppfylt sin bevisbyrde for at han ville ha tegnet slik fortsettelsesforsikring.

Forsikrede kan etter dette ikke få medhold i klagen. På denne bakgrunn er det ikke nødvendig for nemnda å ta stilling til om forsikredes krav er foreldet. Nemnda finner videre grunn til å bemerke at den ikke kan se det er av betydning hvorvidt forsikrede ble gitt en skriftlig påminnelse om opphør av forsikringen, jf. fal. § 19-6, slik forsikrede synes å anføre. Dette da en eventuell manglende påminnelse kun har den konsekvens at han ble meldt ut etter 2 måneder og ikke 14 dager etter at han trådte ut av gruppen.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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