

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-1015

21.10.2025

YOUPLUS LIVSFORSIKRING NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

KS – tegning – uriktige opplysninger – mer enn lite å legge til last - senere anførsel GU - fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-13.

Forsikrede fylte ut helseerklæring da han tegnet dekning for kritisk sykdom i 2022. Han opplyste bl.a. om høyt blodtrykk og gjennomgått operasjon på grunn av kiropraktorbehandling, men svarte nei på resten av spørsmålene. Forsikrede opplyste ikke om han hadde PTSD, høyt kolesterolnivå, GERD, magesår, hodepineplager over flere år eller at han røyket daglig. Han opplyste heller ikke om at han hadde hatt flere omganger med sykmeldinger og sykepenger de siste ti årene, samt en periode på 21 måneder med AAP. Forsikrede meldte krav under forsikringen i 2024. Foretaket avkortet utbetalingen 75 %, idet det la til grunn at forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning, og var mer enn lite å laste for dette. Saken reiste spørsmål om forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning, og om foretaket i så fall kunne avslå kravet og si opp dekningen. Nemnda bemerket at foretaket i avslaget hadde begrunnet dette med at forsikrede var mer enn lite å legge til last. Foretakets avgjørelse kunne ikke forstås slik at det også omfattet en anførsel om den mer skjerpede skyldgraden grov uaktsomhet, og senere anførsel om dette var for sent fremsatt. Foretakets anførsel om at forsikrede var mer enn lite å laste, var imidlertid fremsatt uten ugrunnet opphold. Nemnda la til grunn at forsikrede ga objektivt uriktige opplysninger ved tegning, og at han var mer enn lite å laste. Uaktsomheten var i øvre sjikt. Nemnda la videre til grunn at foretaket med korrekte opplysninger ville ha tatt reservasjoner. Nemnda fant at avkortningen kunne settes til 60 %. Nemnda ga forsikrede delvis medhold

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet i desember 2022 en dekning for kritisk sykdom.

Medisinske opplysninger mm. før tegning

Av de medisinske opplysningene fremkommer at forsikrede siden 2010 har hatt smerter fra nakke og rygg etter flere fall og ble utredet for dette. Videre er notater om angina, høyt kolesterol og røyking.

I legeerklæringer til Nav fra 2015 fremkommer opplysninger om en rekke fysiske og psykiske helseplager, blant annet kronisk smertetilstand, post traumatisk stress og panikkangst, og at forsikrede hadde nedsatt arbeidsevne grunnet plagene.

Forsikrede mottok syke- og arbeidsavklaringspenger i perioden 10.12.13 til mars 2017.

I Navs infotrygd er det registrert 100 % sykemelding i en periode på over 100 dager i 2020.

I journal fra 2021 fremkommer informasjon om hypertensjon, hyperkolestrol og GERD, samt at forsikrede gikk på medisiner og at han røyket 5-6 røyk per dag. Det fremkommer også at forsikrede ble slått flere ganger i hodet på jobb i 2021.

Før endelig tegning hadde forsikrede en telefonsamtale med forsikringsrådgiver. I oppsummering etter samtale om dekninger ga foretaket 1.12.22 et tilbud om forsikringer, der det ble anbefalt ulike dekninger, herunder dekning for alvorlig sykdom på kr 300 000. Under opplysninger som var registrert om forsikrede, var det bl.a. notert at forsikrede ikke røyket.

Forsikrede fylte deretter ut helseskjema signert med BankID 1.12.22.

Han svarte nei på spørsmål om muskel- og skjelettplager siste ti år, eksemplifisert med bl.a. nakke, rygg og hofte.

Han svarte nei på spørsmål om han de siste 10 år hadde hatt plager med bl.a. søvn, diffuse eller langvarige smertetilstander eller andre psykiske plager.

På spørsmål om «Høyt blodtrykk eller høyt kolesterol, hjertesykdom, karsykdom eller blodpropp?» opplyste han om høyt blodtrykk.

Han svarte nei på spørsmål om «MS, epilepsi, TIA, hjerneslag eller andre sykdommer i hjernen eller nervesystemet, migrene, gjentatt eller langvarig hodepine, sykdom eller feil ved syn eller hørsel?». Han svarte også nei på spørsmål om «Sykdom eller plager i spiserør, mage, tarm, galleblære, lever eller andre fordøyelsesorganer, nyrer, urinveier eller underlivsorganer?».

På spørsmål om han var operert svarte han ja, og på spørsmål om årsak oppga han «[k]iropraktor behandling». På spørsmål om han hadde oppsøkt sykehus mm. for det han ble behandlet hos kiropraktor for, svarte han nei. Under annet spørsmål om operasjon opplyste han om betennelse i øyelokk.

Han svarte nei på spørsmål om han hadde søkt om eller mottatt stønad fra Nav på grunn av egen helse i løpet av de siste ti årene.

Om høyt blodtrykk svarte han ja på spørsmål om han regelmessig tok medisiner for dette, og opplyste at han var velregulert og med normale blodtrykkverdier.

Foretaket aksepterte dekningen i brev til forsikrede 5.1.23. I forsikringsbevis er dekningen løpende fra 1.12.22, der det bl.a. fremgår:

Tilpassing av pris ved endring av utdanning eller røykestatus

Prisen på forsikring er blant annet avhengig av forsikredes utdanning og røykestatus. Dersom røykestatus eller utdanning endres i forhold til det som opprinnelig lå til grunn for prisberegningen, plikter den forsikrede å melde fra om endring av forholdet. Blir ikke slik melding gitt innen 3 måneder etter at endringen fant sted, og fører forsømmelsen til at prisen ikke blir forhøyet, vil selskapets ansvar for ethvert forsikringstilfelle bli forholdsmessig nedsatt, jf. Bestemmelsene i FAL§ 13-7.

Medisinske opplysninger mm etter tegning

Forsikrede ble innlagt 4 dager på sykehus i november 2023 grunnet hodepine de siste 6 årene, som var blitt markert endret de siste 4 månedene. Under tidligere sykdommer fremkommer opplysninger om hypertensjon, GERD, hyperkolesterolemi, operasjon av bihuler, skulder, kne og PTSD.

Forsikrede ble vurdert som aktuell for operasjon aneurisme, og senere operert.

Forsikrede fremmet krav 12.2.24. Foretaket mottok journal fra fastlege 4.3.24, dokumenter fra Nav 21.3.24, og epikriser fra sykehus 25.4.24. Foretaket avkortet kravet med 75 % den 10.7.24, idet det la til grunn at forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning, og var mer enn lite til last for dette.

Forsikrede klaget til FinKN 7.11.24 og foretaket anførte etter dette at forsikrede hadde utvist grov uaktsomhet.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke ga uriktige opplysninger ved tegning. Uansett er ikke det strenge beviskravet ved grov uaktsomhet oppfylt. Forsikrede fikk ikke spørsmål om røyking. Han opplyste om høyt blodtrykk og medikament for dette. Om andre plager var disse velregulert og/eller ikke til stede da han tegnet forsikring, og det var ikke noe å opplyse om. Han var ikke kjent med at han er arvelig belastet med høyt kolesterol, og oppfattet selv hodepine å være stressrelatert og ikke en sykdom. Foretaket fikk fullmakt til å innhente helseopplysninger, og må selv ha risikoen for det som kunne vært oppdaget ved å innhente journaler mm. Under enhver omstendighet kan de ikke avkortes mer enn 25 %. Forsikrede viste til avgjørelse 2020-292 og 2020-532, som gjaldt grovere tilfelle.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger og at det kan avkorte krav med 75 %. Det er fast prosedyre at det før tegning er en telefonsamtale med forsikrede for å kartlegge behov og avklare enkelte forhold, bl.a. røyking. Opplysninger i anbefalingen er basert på disse opplysningene, og gis før forsikrede kan fylle ut helseskjema. Anbefaling og forsikringsbevis viser at forsikrede uriktig oppga at han ikke røyket. Han unnlot å opplyse om langvarige plager med hodepine og magesår. Videre opplyste han ikke om medikamentell behandling for hudlidelse (kløe/eksem), høyt kolesterol og høyt blodtrykk, og GERD. Diagnoseoversikt viser sykemelding for tensjonshodepine i 2012/2013, psykiske plager i 2012-2013, nakkesyndrom i 2013-2014, og fra mars til september 2020.

Fal. § 13-2 har to skyldgrader, hhv. mer enn lite å legge til last og svik. Det kan derfor ikke oppstilles et krav om at foretaket må anføre grov uaktsomhet som egen skyldgrad innenfor skyldgraden mer enn lite å legge til last. Forsikrede var uansett mer enn lite å legge til last, og foretaket kan da avkorte 75 %, jf. forsikringsavtaleloven § 13-2 annet ledd. Forsikrede ville ikke ha fått forsikringen dersom han ga riktige opplysninger.

Det er vist til avgjørelse 2021-659, til Trine-Lise Wilhelmsens kommentar (Rettsdata), og de avgjørelser som det vises til der.

Reklamasjonsplikten i fal. § 13-13 stiller krav til at foretaket gir informasjonen om grunnlaget som standpunktet bygger på, men krever ikke at foretaket også angir skyldgraden. Det er tilstrekkelig at foretaket gjør gjeldende en «fritaksgrunn», og tar et standpunkt, jf. Rt-2013-1235.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning, og om foretaket i så fall kan avkorte krav og si opp dekningen.

Foretaket har anført at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger og at det kan avkorte krav med 75 %.

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

Nemnda tar derfor først stilling til 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. 2017-552 og 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, der 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. 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 tilsa at foretaket tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet fra foretakets side.

I aktuelle sak er det opplyst fra foretaket at forsikrede fremmet krav 12.2.24. Det er fremlagt innstemplede dokumenter som viser at foretaket mottok journal fra fastlege 4.3.24, dokumenter fra Nav 24.3.24, og epikriser fra sykehus 25.4.24. Foretaket ga 2.7.25 også en redegjørelse for sakens behandling i foretaket.

Foretaket har vist en tilfredsstillende fremdrift i saken, og nemnda finner det klart at foretakets avgjørelse var uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13.

I avslaget 10.7.25 var det vist til § 13-2 annet ledd, og det ble anført at forsikrede var mer enn lite å legge til last. Det ble ikke klart anført at forsikrede hadde utvist grov uaktsomhet før under klagesaken for Finansklagenemnda.

Dette reiser spørsmål om foretaket ga skriftlig beskjed om sitt standpunkt om dette uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13.

Foretaket har vist til at opplisting av uriktige opplysninger sammen med den høye avkortningen på 75 % viser at foretaket la til grunn at forsikrede var å bebreide som grovt uaktsom for de uriktige opplysningene. Videre at det anført at § 13-2 annet ledd bare omtaler skyldgraden mer enn lite til last, og at det i relasjon til § 13-13 da ikke kan stilles opp et krav om at foretaket spesifikt må anføre skyldgraden grov uaktsomhet.

Nemnda har lagt til grunn at det under spørsmål om uriktige opplysninger ved tegning gjelder tre skyldgrader der foretaket kan gjøre rettsvirkninger gjeldende. Disse er henholdsvis svik, grov uaktsomhet og mer enn lite å legge til last. Foretaket har bevisbyrden for anførsel om uriktige opplysninger, og skyldgraden har blant annet betydning for hvor streng foretakets bevisbyrde er. Skyldgraden er også et moment ved vurderingen av hvor mye foretaket kan avkorte kravet utenfor svikstilfellene.

Formålet med kravet om at foretaket skal gi beskjed om sitt standpunkt er blant annet å sikre at forsikrede gis mulighet til å ettergå avgjørelsen og å sette hen i stand til å imøtegå denne. Når skyldgraden har betydning både for bevisbyrden og for avkortningen, tilsier dette at skyldgraden må angis. Det er i nemndspraksis lagt til grunn at foretaket, uten hinder av § 13-13, kan nedsubsumere fra en skyldgrad til en mindre alvorlig skyldgrad, f.eks. fra svikt til grov uaktsomhet, jf. bl.a. avgjørelse 2016-631. Dette er basert på et «fra det mer til det mindre»-synspunkt, idet dette typisk vil være til gunst for den forsikrede.

I vår sak viste foretaket til § 13-2 annet ledd og formulerte skyldgraden mer enn lite å legge til last. Dette er etter vårt syn ikke tilstrekkelig til at forsikrede gis det nødvendige varsel om at foretaket anførte den mer alvorlige skyldgraden grov uaktsomhet. Foretakets anførsel om at dette fremgår av opplistingen av uriktige opplysninger og avkortningsgraden forutsetter en særlig rettslig kompetanse som foretaket ikke kan forutsette at den alminnelige forsikrede besitter. Nemnda finner her grunn til å peke på at det er nemndas erfaring at mange advokater heller ikke er kjent med dette og betydningen av skyldgraderingen.

I foreliggende sak har foretaket skjerpet skyldgraden, og anfører nå grov uaktsomhet. Nemnda finner at foretaket ikke har gitt tilstrekkelig klar beskjed om skyldgraden grov uaktsomhet. Anførselen er derfor fremsatt for sent, jf. § 13-13, og kan ikke legges til grunn.

Konsekvensen er at nemnda i det følgende vurderer om forsikrede var mer enn lite å legge til last for de uriktige opplysningene.

Etter fal. § 13-1 a kan foretaket ved tegning av forsikring be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen, og forsikringssøkeren skal gi riktige og fullstendige svar på disse spørsmålene. Opplysningsplikten går for det første ut på at det skal gis riktige og fullstendige svar på de konkrete spørsmålene foretaket stiller. For det annet skal forsikringstakeren og den forsikrede på foretakets oppfordring gi opplysninger om særlige forhold som han eller hun må forstå at er av vesentlig betydning for foretakets risikovurdering, selv om dette ikke direkte omfattes av spørsmålene som er stilt i helseerklæringen. Det sentrale for de opplysningene foretaket ber om i helseerklæringen, er at de skal danne grunnlaget for foretakets risikovurdering. Formålet står sentralt ved tolkingen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld.

Er det utvist svik kan forsikringsforetaket si opp forsikredes dekninger i foretaket, jf. § 13-3. Dersom forsikrede er mer enn lite å legge til last, kan foretaket si opp aktuelle dekning, men ved denne skyldgraden stilles det opp en 2-årsgrense i § 13-4 annet ledd.

Det kreves videre at de uriktige opplysningene har hatt betydning for foretakets risikovurdering, jf. § 13-4, herunder om foretaket ville ha inngått avtalen på de aktuelle vilkår. Dersom forsikringsforetaket ved korrekte opplysninger ville ha tatt reservasjon og/eller premieforhøyelse, hadde de uriktige svarene betydning for risikovurderingen.

Det er foretaket som må bevise at forsikringstaker/ 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 for om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59. Ved skyldgraden mer enn lite å legge til last er beviskravet lavere, jf. 2017-231.

I bevisvurderingen tillegger nemnda tidsnære bevis størst vekt, og særlig notater som er nedtegnet i tid nært til de skader/plager/forhold de beskriver. Bevis som er tilkommet senere tillegges mindre vekt, spesielt opplysninger som har tilkommet etter at det oppstod uenighet med foretaket. Dette er i tråd med prinsippene Høyesterett har lagt til grunn for bevisvurderinger, jf. blant annet Rt-1998-1565 og HR-2018-2344-A avsnitt 39-42, og er dessuten et utslag av nemndas rent skriftlige saksbehandling.

Det første spørsmålet er om forsikrede objektivt sett ga uriktige opplysninger.

Forsikrede opplyste bl.a. om høyt blodtrykk og gjennomgått operasjon på grunn av kiropraktorbehandling i helseerklæringen, men svarte nei på resten av spørsmålene. Forsikrede opplyste ikke om han hadde PTSD, høyt kolesterolnivå, GERD, magesår, hodepineplager over flere år eller at han røyket daglig. Han opplyste heller ikke om at han hadde hatt flere omganger med sykmeldinger og sykepenger de siste ti årene, samt en periode på 21 måneder med AAP. Nemnda viser til at det i journalene er notert kroniske plager med nakke, og skulder i alle fall frem til 2015, og så nevnt i oktober 2016, og angitt å ha hatt disse tilbake til 2010. Videre langvarig hodepine. Det ble også nevnt andre plager som er angitt kroniske. Forsikrede mottok syke- og arbeidsavklaringspenger i perioden 10.12.13 til mars 2017, og legen opplyste i legeerklæring ved arbeidsuførhet i 2016 at dette var av helsemessige årsaker. Han var også sykemeldt og mottok

sykepenges i 111 arbeidsdager i 2020. Det er videre notert PTSD, magesmerter og nytt magesår, medisinerings for høyt kolesterol. Alle disse plagene ble notert innenfor et tidsrom på 10 år før tegning. Nemnda finner det på denne bakgrunn klart at forsikrede objektivt sett ga uriktige opplysninger ved tegning.

Det neste spørsmålet er om forsikrede med dette var mer enn lite å legge til last.

Slik saken er opplyst finner nemnda det ikke tvilsomt at forsikrede var godt kjent med de plagene og medisinerings som er omtalt over, og at han er sterkt å klandre for at han ikke forsto at han med de uriktige svarene ga et klart misvisende bilde av sin egen helsesituasjon. Den strenge bevisbyrden for at han med dette var mer enn lite å legge til last er oppfylt.

Nemnda finner det ikke tvilsomt at de uriktige helseopplysningene hadde betydning for foretakets risikovurdering, jf. § 13-4, herunder om foretaket ville ha inngått avtalen på de aktuelle vilkår. Dersom foretaket ved korrekte opplysninger ville ha tatt reservasjon og/eller premieforhøyelse, hadde de uriktige svarene betydning for risikovurderingen.

Forsikrede har anført at foretaket fikk fullmakt til å innhente journaler, og at han innrettet seg etter at foretaket ville gjøre dette, kan ikke føre frem. Nemnda understreker at det er forsikringssøkeren som plikter å gi fullstendige og riktige svar på de spørsmålene foretaket stiller. Det er på det rene at en ikke kan unnlate å gi opplagt relevante opplysninger ved å vise til at foretaket har fullmakt til å innhente ytterligere opplysninger, jf. avgjørelse 2020-532.

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.

Nemnda ser først på «hvilken betydning feilen har hatt for forsikringsforetakets vurdering av risikoen», jf. tredje ledd. Det legges her opp til en pro rata-tankegang: Hva ville selskapet ha gjort dersom det hadde kjent til det rette forholdet. Momentet må sees i sammenheng med utgangspunktet for opplysningsplikten, som skal gjelde forhold som har betydning for risikovurderingen. Nemnda finner det ikke tvilsomt at foretaket i denne saken enten ville ha avslått søknaden om forsikring, eller ville ha tatt reservasjoner. Foretaket har imidlertid ikke anført at det ville ha avslått søknaden med korrekte opplysninger, det legges derfor til grunn at det ville ha tatt reservasjoner. Feilens betydning for risikovurderingen tilsier at det i denne saken skal avkortes.

Formuleringen «skadeforløpet» er uttrykk for et krav om årsakssammenheng mellom det forhold som det er gitt uriktige opplysninger om og den inntrådt skaden. I denne saken tilsier skadeforløpet at det skal avkortes. Nemnda har ikke medisinsk kompetanse, og kan ikke ta stilling til om det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og den sykdom/skade som begrunner kravet. Det anes like fullt skjerpende at sykdommen kravet bygger på oppsto kort tid etter tegning.

Dette tilsier at det i vår sak legges til grunn at forsikredes uaktsomhet ligger helt i øvre sjikt av mer enn lite til last, og på grensen til grovt uaktsom.

Slik saken foreligger legger nemnda derfor til grunn at skyldgraden er lavere enn grov uaktsomhet, og som typisk gir en avkortning på 60-75, men ofte 100 % dersom korrekte opplysninger ville ha

medført avslag på søknad om dekning. Dersom foretaket i denne situasjonen kunne avkorte som om forsikrede hadde utvist grov uaktsomhet, ville dette innebære at manglende reklamasjon ikke ville fått betydning, jfr. gjennomgangen foran.

Nemnda finner etter en konkret vurdering at korrekt avkortning kan settes til 60 %.

I medhold av forsikringsavtaleloven § 13-3 første ledd kan foretaket dersom forsikrede er mer enn lite å legge til last, herunder også ved grov uaktsomhet, si opp dekningen med 14 dagers varsel.

Finansklagenemnda kan ikke overprøve selskapets utøvelse av denne retten, jf. avgjørelse 2021-638 og 2025-490.

Foretaket må vurdere om forsikrede har krav på ny dekning, jf. § 13-3 og avgjørelse 2025-425.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

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