

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-563

2.6.2025

Fremtind Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredækninger/pensjon

Livsforsikring – tegning – ikke tilfredsstillende helse - opphør - død – fal. §§ 12-1, 12-2 og 13-1a.

Forsikrede aksepterte tilbud om livsforsikring i februar 2020. Tilbudet var avhengig av tilfredsstillende helseerklæring, som forsikrede leverte noen dager senere. Av helseerklæringen fremgikk blant annet at hun ventet på lungerøntgen, og foretaket ba om ytterligere opplysninger. To dager etter at helseerklæringen ble levert, ble forsikrede diagnostisert med aggressiv lungekreft. Forsikrede besvarte ikke foretakets henvendelser eller betalte premie, og forsikringen gikk til opphør 17.4.20. Forsikrede døde 25.4.20. Saken reiste spørsmål om forsikringen hadde gått til opphør som følge av manglende svar/betaling, herunder betydningen av hvilken adresse foretaket hadde sendt faktura og brev til. Subsidiært om søknaden om forsikring uansett ville blitt avslått som følge av at forsikrede på tidspunktet for tegning av forsikringen hadde en uavklart helsetilstand. Nemnda viste til at da forsikringen ble tegnet, var forsikrede henvist til lungerøntgen. Dersom foretaket hadde fått svar på sine henvendelser, ville søknaden blitt avslått som følge av uavklart helsetilstand. Foretaket var da uansett ikke forpliktet til å foreta utbetaling av forsikringen. Nemnda ga foretaket medhold.

ANTATT ØKONOMISK OMFANG: Kr 300 000.

Saksfremstilling

Forsikrede henvendte seg til foretaket i starten av 2020 med ønske om å tegne livs- og ulykkesforsikring. Det er ikke fremlagt dokumentasjon som viser nøyaktig når denne henvendelsen ble sendt. Forsikrede fikk tilbud om forsikring 20.2.20. Forsikrede var registrert som e-kunde, og informasjon om tilbud ble derfor sendt på e-post og SMS, med beskjed om å logge seg inn. I adressen på tilbudet fremkommer adresse A.

Av tilbudet fremkommer:

Tilbudet forutsetter at forsikrede har tilfredsstillende helse, og at signert aksept er mottatt av (banken) innen **24.02.2020**. Helseerklæring må leveres senest én måned etter at aksepten er levert banken. Les mer om utfylling av helseerklæringen i vedlagte: Informasjon om personforsikring. Helsevurdering gjennomføres av vårt forsikringsselskap Fremtind.

Sammen med tilbudet var «avtale om opprettelse av avtalegiro», samt «aksept av tilbud» hvor det fremkommer:

Tilbud på personforsikring(er) er gitt 20.02.2020 av (...) i (banken). Forsikringene er levert av Fremtind Livsforsikring AS.

Sammen med tilbudet var også vedlagt to dokumenter med informasjon om forsikringsproduktene «Livsforsikring» og «Ulykkesforsikring», samt «Informasjon om personforsikring», hvor det fremkommer:

Når gjelder forsikringen fra?

Forsikringen gjelder midlertidig fra den dagen SpareBank 1 mottar skriftlig aksept på forslag om personforsikring. Den midlertidige forsikringen forutsetter tilfredsstillende helse.

Forsikringsbevis og vilkår

Forsikringsbevis og vilkår mottar du når forsikringen er ferdig behandlet og endelig avtale er inngått.

Forsikringen gjelder ett år av gangen og fornyes automatisk hvert år.

(...)

Betaling

Forsikringen må betales fra du aksepterer forslag om forsikring. Ved manglende betaling sendes det ut varsel og tilleggsgebyr påløper ved annen gangs varsel. Hvis annen gangs varsel ikke betales, opphører selskapets ansvar og betalingsforpliktelsen videresendes til inkasso.

Videre lå det også et skriv «Informasjon om helsevurdering» hvor det fremkommer:

Ved kjøp av personforsikring må alle forsikrede gjennom en helsevurderingsprosess. Her får du informasjon om prosessen videre. Har du noen spørsmål? Ta kontakt med oss!

(...)

Midlertidig forsikring

Du er midlertidig forsikret inntil helseerklæringen er ferdig behandlet. Den midlertidige forsikringen gjelder ikke hvis forsikringen ville blitt avslått ut i fra de opplysningene som skal fremkomme i helseerklæringen. Den dekker heller ikke følgene av forhold som forelå da vi mottok skriftlig aksept på forslaget, dersom forholdene ville blitt avdekket gjennom våre undersøkelser og ført til endrede vilkår eller avslag.

(...)

Forsikrede aksepterte tilbudet 20.2.20 ved bruk av Bank ID. Forsikrede fylte ut helseerklæring elektronisk og signerte ved bruk av Bank ID den 24.2.20.

I helseerklæringen svarte forsikrede ja på blant annet:

Venter du på time til lege, behandling, samtaler, operasjon eller på resultatet av medisinske undersøkelser eller prøver? Du skal også svare ja hvis du har blitt anbefalt noe av det.

Forsikrede oppga at hun ventet på «legekonsultasjon, utredning eller kontroll», på grunn av «smerter», og oppga at hun skulle til «Lungerøntgen (...)». Forsikrede opplyste også om artrose i hender, samt anfallsvis hjerterytmelager.

Det er fremlagt et brev fra kreftavdelingen ved sykehuset som viser «dokumentasjon for behandling gitt ved kreftavdelingen i perioden 24.2.20 – 25.4.20», herunder oversikt fra «stråleenheten (...)» der det fremkommer at forsikrede fikk «Diagnosis LUNG M3 O.s i overlapp, bronkie eller lunge» 26.2.20.

Foretaket sendte faktura for personforsikring pr post til forsikrede 28.2.20. Faktura ble sendt til samme adresse som fremkom av tilbudet.

Innkalling til kreftavdelingen på sykehus datert 11.3.20, med oppmøte 23.3.20 ble sendt adresse B.

Ettersom forsikrede ikke betalte, ble påminnelse om fakturaen sendt pr SMS 19.3.20.

Foretaket sendte brev til forsikrede 23.3.20 og ba om at forsikrede svarte på ytterligere spørsmål for å kunne vurdere søknaden. Ettersom legen forsikrede hadde oppgitt opplyste at forsikrede var ukjent, ba foretaket opplyst hvem som var fastlege. Det fremkom videre av brevet at forsikrede ble informert om at hun hadde en «midlertidig forsikring mens din helseerklæring vurderes», samt at dersom hun ikke svarte innen 14 dager ville forsikringen bli avsluttet. Også dette brevet ble sendt til samme adresse som fremkom av tilbudet, dvs. adresse A.

Klager (de etterlatte) har fremlagt dokumentasjon som viser at forsikrede fikk stråling for lungekreft hver dag i perioden 23.3.20 – 26.3.20. Klager har også fremlagt innkalling til kreftenheten datert 23.3.20. Denne er sendt adresse B.

Foretaket sendte ytterligere betalingspåminnelse 30.3.20, og informerte om at dersom det ikke mottok innbetalingen innen 13.4.20 ville forsikringene bli avsluttet fra det tidspunktet. Brevet ble sendt til adresse A. Foretaket sendte også påminnelse om helseopplysninger 13.4.20

Forsikringene ble som følge av manglende betaling avsluttet 17.4.20. Foretaket sendte brev samme dag og opplyste at forsikringen var avsluttet på grunn av manglende betaling. Det ble også sendt inkassovarsel samme dag. Begge brev ble sendt adresse A.

Forsikrede døde 25.4.20.

Klager sendte skademelding til foretak 17.1.22. Klager sendte tilsvarende skademeldingsskjema til foretaket 1.2.22, 23.5.23 og 4.9.23.

Foretaket sendte brev 6.9.23 og informerte om at det på helseerklæringen ble oppgitt uavklart helse og at de derfor hadde ønsket ytterligere informasjon. Forsikringen ble avsluttet grunnet manglende betaling og svar på spørsmål om opplysninger. Klager påklaget foretakets avgjørelse i e-post og via klageskjema 15.9.23, og viste til at henvendelsen ikke ble sendt forsikredes folkeregistrerte adresse.

Klager har fremlagt dokumentasjon på at forsikrede overtok huset i adresse B fra 1.12.19, samt diverse dokumentasjon fra offentlige instanser samt andre som belyser forsikredes adresse på tidspunktet for tegningen av forsikringen.

Klager har i det vesentlige anført at hun har krav på utbetaling av livsforsikringen som forsikrede tegnet. Da forsikrede ba om forsikring og leverte helseerklæring, hadde hun ikke mottatt resultatet av testene hun var henvist til. Resultatene forelå først etter at helseerklæringen var levert. Da var forsikringen allerede godkjent.

Forsikrede ble sendt til undersøkelse pga. mistanke om lungebetennelse, og det var på tidspunktet for helseerklæringen helt ukjent at hun hadde en meget aggressiv kreft og gikk bort etter kort tid. Hun hadde ikke fått resultatet av testene da forsikringen ble tegnet. Varsel om opphør av forsikringen ble i tillegg sendt etter at forsikrede hadde gått bort, så på tidspunktet for dødsfallet var forsikringen fortsatt aktiv. Forsikringen dekker dødsfall uansett årsak, og klager har krav på utbetaling av denne.

Forsikrede kan ikke klandres for at hun ikke betalte forsikringen eller svarte på foretakets spørsmål, ettersom foretaket ikke har sendt brev og fakturaer til hennes folkeregistrerte adresse. Klager har flere ganger forsøkt å få ut en liste som viser forsikredes folkeregistrerte adresse, men skatteetaten har lang saksbehandlingstid. Uansett viser den fremlagte dokumentasjonen at forsikredes folkeregistrerte adresse på tidspunktet for tegningen av forsikringen var adresse B. Forsikrede var veldig ryddig og ordentlig. Forsikringen ble tegnet via banken, og forsikrede fikk tilsendt sine kontoutskrifter til korrekt adresse, og det er derfor uforståelig at foretaket sendte posten til feil adresse. Dette må være foretakets ansvar og risiko.

Forsikrede var omfattet også av en annen forsikring i foretaket via sitt medlemskap i fagforening. Det er uforståelig at foretaket har utbetalt i den ene forsikringen, men ikke den andre.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at klager ikke har krav på utbetaling under livsforsikringen som forsikrede ønsket å tegne. På bakgrunn av opplysninger gitt i helseerklæringen ønsket foretaket å innhente ytterligere opplysninger. Legen som forsikrede oppga i helseerklæringsskjemaet var imidlertid ukjent med forsikrede og foretaket ba derfor om ytterligere opplysninger. Forsikrede svarte ikke på brev som ble sendt henne og betalte heller ikke fakturaer. Foretaket sendte også påminnelse om faktura også pr SMS 19.3.20. Foretaket sendte derfor varsel om oppsigelse i tråd med gjeldende regelverk.

Forsikringen var følgelig oppsagt grunnet manglende betaling, da forsikringstilfellet (dødsfallet) inntraff.

Foretaket har benyttet adressen registrert i folkeregisteret. Selv om man skulle legge til grunn at brev og fakturaer er sendt til feil adresse, ville forsikrede uansett ikke fått forsikring på grunn av opplysningene i helseerklæring om uavklarte lungeplager. Foretaket forsøkte å få innhentet ytterligere opplysninger, som ville ha vist at forsikredes helsesituasjon var uavklart. Foretaket fikk ikke den informasjonen det trengte og kunne derfor ikke foreta en vurdering av forsikringstilbudet. Ettersom forsikrede ventet på undersøkelse på sykehuset ville forsikringen uansett blitt avslått.

Hva gjelder forsikringen som er utbetalt, er dette en annen kollektiv forsikring uten krav om helseerklæring. Forsikringene kan derfor ikke sammenliknes.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om klager har krav på utbetaling under livsforsikring som forsikrede tegnet 20.2.20.

Nemnda ser først på hva som ville vært resultatet dersom forsikrede hadde betalt fakturaer og besvart foretakets brev om ytterligere helseopplysninger. Herunder hvilken betydning dette ville hatt for tegningen av forsikringen.

Etter fal. § 13-1a har forsikrede plikt til å gi opplysninger om sin helse for at foretaket skal kunne vurdere risikoen:

Forsikringsforetaket kan be om opplysninger som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen.

Så lenge forsikringsforetaket ikke har påtatt seg å dekke forsikringen, skal forsikringstakeren og den forsikrede svare på de spørsmålene som foretaket stiller for å kunne vurdere risikoen. Forsikringstakeren og den forsikrede skal gi riktige og fullstendige svar på foretakets spørsmål. (...)

Det følger av fal. § 12-1 at foretaket ved sin vurdering av en forsikringssøknad skal bygge på forsikredes helsetilstand da forsikrede søkte om forsikringen. Forverring etter den tid kan tas i betraktning dersom forverringen har sammenheng med forhold som forelå på søknadstidspunktet, og som avdekkes ved foretakets undersøkelser. Dette innebærer at foretaket kan avslå en forsikring på grunn av forhold som avdekkes etter søknaden, dersom disse forholdene har sammenheng med helsetilstanden på søknadstidspunktet, jf. også bl.a. FKN-2010-041.

Det nevnes videre at fal. § 12-2 tredje ledd fastsetter at dersom forsikringstakeren har «sendt anmodning i et skriftlig dokument om en bestemt forsikring», er foretaket ansvarlig for forsikringstilfeller som inntreffer etter at søknad om forsikring er mottatt. Det ansvar som følger av denne bestemmelsen, gjelder imidlertid ikke dersom foretaket i alle tilfelle ville ha avslått. Ansvaret omfatter heller ikke følgene av forhold som forelå på søknadstidspunktet, dersom disse forholdene ville ha blitt avdekket ved selskapets undersøkelser og ført til avslag.

I aktuelle sak er det fastsatt i forsikringsvilkårenes pkt. 3 «Ansvar» at:

Selskapets ansvar begynner å løpe den dag forsikringstakerens skriftlige aksept er mottatt av selskapet, forutsatt at det på dette tidspunkt ikke foreligger forhold som gjør at selskapet helt eller delvis vil avslå den enkelte forsikringsdekning. Forsikringstilfellet må ha inntruffet mens forsikringen var i kraft.

Tilsvarende fremkommer av det informasjonsskrivet som forsikrede fikk sammen med tilbudet:

Midlertidig forsikring

Du er midlertidig forsikret inntil helseerklæringen er ferdig behandlet. Den midlertidige forsikringen gjelder ikke hvis forsikringen ville blitt avslått ut i fra de opplysningene som skal fremkomme i helseerklæringen. Den dekker heller ikke følgene av forhold som forelå da vi mottok skriftlig aksept på forslaget, dersom forholdene ville blitt avdekket gjennom våre undersøkelser og ført til endrede vilkår eller avslag.

(...)

Foretaket har gitt forsikrede en midlertidig forsikringsavtale, men det fremkommer klart at denne ikke gjelder dersom forsikringen ville blitt avslått ut i fra de opplysningene som fremkommer av helseerklæringen. Et slikt forbehold har altså foretaket rett til å ta, jf. fal. § 12-1 og 12-2, jf. også FKN-2010-041.

Det fremkommer av dokumentasjonen i saken at forsikrede i helseerklæringen 24.2.20 opplyste at hun ventet på time til lungerøntgen, og at hun hadde fått henvisning dit 10.2.20.

Det fremstår som klart for nemnda at da forsikrede fylte ut helseerklæringen hadde hun ikke fått beskjed om at hun hadde lungekreft. Ut fra dokumentasjonen fra sykehuset, ser det ut som hun fikk beskjed om dette 26.2.20, altså to dager senere, og hun startet med behandling en uke senere.

Det avgjørende spørsmålet i saken er etter dette om foretaket ville gitt avslag på forsikringssøknaden begrunnet med forsikredes helsetilstand, og om et slikt avslag ville vært saklig begrunnet.

Det er fremlagt dokumentasjon på at foretaket i brev av 23.3.20 ba om ytterligere helseopplysninger for å vurdere risikoen, ettersom de på henvendelse til den lege som var oppgitt av forsikrede som fastlege, fikk til svar at forsikrede ikke var pasient der. Foretaket ba derfor om opplysninger om korrekt fastlege. Dette i forbindelse med vurderingen av søknaden, og fordi forsikrede opplyste at hun ventet på lungerøntgen. Foretaket har opplyst at forsikrede ville ha fått avslag på søknaden ettersom hennes helsetilstand var uavklart på tegningstidspunktet. Et avslag begrunnet med en uavklart helsetilstand anses som en særlig risiko som gir en saklig grunn til å avslå en livsforsikring.

Dette innebærer at dersom foretaket hadde fått svar på sitt brev av 23.3.20 med forespørsel om ytterligere opplysninger, ville det på saklig grunnlag ha avslått forsikredes søknad om forsikring. Under henvisning til fal. § 12-2 tredje ledd, er derfor foretaket uansett ikke forpliktet til å foreta utbetaling av forsikringen.

Klagen kan etter dette ikke føre frem. Det er etter dette ikke nødvendig for nemnda å ta stilling til spørsmålet om hva som var korrekt folkeregistrerte adresse på forsikrede da forsikringen ble tegnet, samt hvilken rettslig betydning det eventuelt har dersom faktura og brev ble sendt til annen adresse enn forsikredes folkeregistrerte adresse, og som medførte at forsikringen grunnet manglende betaling og svar opphørte 17.4.20.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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