

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-725

1.7.2025

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Kritisk sykdom – uriktige opplysninger – avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3, 13-4.

Forsikrede tegnet forsikring med dekning for kritisk sykdom. Før tegning ble han diagnostisert med hypertensjon og neurofibromatose, og fikk fjernet godartede svulster. I helseerklæring ved tegning ble det kun opplyst om astma. Etter tegning ble forsikrede rammet av hjerneslag. Foretaket avsto krav og sa opp dekningen under henvisning til at forsikrede hadde gitt uriktige opplysninger ved tegning. Saken reiste spørsmål om forsikrede ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kunne avslå krav og si opp dekningen. Nemnda fant det tilstrekkelig bevist at forsikrede svarte uriktig på spørsmål om egne plager, ettersom den kliniske dokumentasjonen før tegning viste at forsikrede hadde neurofibromatose og høyt blodtrykk. Nemnda bemerket at organiseringen av spørsmålene der foretaket overlot til de enkelte forsikringssøkere å ta stilling til under hvilke av de medisinske gruppene foretaket hadde inndelt spørsmålene i, innebar en klart økt risiko for at forsikringssøkere kunne misforstå og derfor svare feil. Videre at foretaket enkelt kunne ha unngått muligheten for misforståelser ved å legge inn sperrer slik at søker måtte åpne alle grupper for bedre veiledning. Det var uklart hvilken kunnskap forsikrede hadde om de mer overordnede grupper av sine plager, samt hva forsikrede forsto om spørsmålene. Nemnda kunne derfor ikke se at den strenge bevisbyrden for svik var oppfylt. Nemnda fant imidlertid at forsikrede var mer enn lite å laste for at han hadde gitt feil opplysninger, og kravet kunne avkortes med 50%. Nemnda ga forsikrede delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet i november 2021 forsikring med dekning for kritisk sykdom.

Før tegning:

Forsikrede ble 4.6.13 diagnostisert med «Q85.0 Neurofibromatose type 1». Videre ble det notert:

Han innkommer i dag til vurdering grunnet tre stk symptomgivende tumores, hvorav to av disse er relativt sentralt på buken (den ene på hø. side og den andre på ve. side) og den tredje er på ryggen, hø. side. Samtlige har en subkutan beliggenhet og måler cirka 2 x 2 cm i alle tre lokalisasjoner. I tillegg har pasienten et stort plexiformt neurofibromatose over ve. legg distalt som varierer i størrelse avhengig av fysisk aktivitet og temperatur. Den plager pasienten ved bruk av skotøy, men er i prinsipp ikke assosiert med smerter eller ubehag. Den palperes helt myk, men i øvre del (kranielt) palperes en hard tumor over os tibia. Den plexiforme tumoren over venstre legg måler 21 x 22 cm. Ifølge pasienten har den plexiforme tumoren sannsynligvis økt noe i størrelse de siste to årene.

Tidligere sykdommer: Astma. Om fibrom på venstre legg ble det gitt radiologisk svar 4.4.14:

Pasienten er en nå (...) år gammel mann med kjent neurofibromatose og et stort plexiformt neurofibrom distalt på venstre legg. Han ble innlagt akutt 12.03.14 med stor hevelse og smerter i tumor. Påvist sannsynlig hematoma, men vurdering i sarkomgruppen ble anbefalt med henblikk på malignitet.

(Sykehus) vurderte denne pasienten i 2003-2004, med spørsmål om fjernelse av tumor på leggen. Det ble konkludert med at teknisk er det umulig å fjerne neurofibromer radikalt. Det ville da i så fall være snakk om

en debulking operasjon med forventet residiv, og kirurgi ble ikke anbefalt.

Vi har mottatt til vurdering MR venstre legg og ankel 21.02.14 (sykehus) og har sammenlignet med undersøkelse fra 17.09.04 (sykehus). Allerede den gang forelå et stort, plexiformt nevrofibrom distalt på leggen og i ankelregionen med overvekt ventralt. Betydelig hudfortykkelse, affeksjon av et rekke muskler og fortykkelse av ventrale cortex på tibia. Separat nevrofibrom i fibularismuskulatur an mot laterale cortex på fibula.

Utseendet ved undersøkelsen 21.02.14 er prinsipielt det samme som knapt 10 år tidligere, med uendret craniocaudal utbredelse. Det er noe økt volum av patologisk vev distalt mot ankelen, med mer forrykket hud medialt, litt økt tykkelse på pretibial vevsbrem og mindre synlig subcutant fett mellom affisert hud og dypere komponent.

Signalmønsteret er vesentlig uendret. Det er ikke tilkommet forandringer suspekt på malign transformasjon. Det separate nevrofibromet lateralt for fibula er tilnærmet uendret.

Sykehus noterte 10.5.17 diagnose hypertensjon og bl.a.:

Vurdering: Velfungerende grensehypertrof venstre ventrikkle, ingen klaffepatologi.

(...)

Vurdering: Lett, men signifikant hypertensjon. God diurnal variasjon.

Ved tegning:

I forbindelse med tegning ble helseerklæring av 19.11.21 fylt ut og signert med BankID.

Helseskjemaet hadde følgende innledning:

Erklæring og samtykke

Jeg, (forsikrede), har fylt ut helseerklæringen og erklærer med dette at opplysningene er så fullstendige og nøyaktige som mulig. Jeg er kjent med at disse opplysningene, sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen med (foretaket). Jeg samtykker til at (foretaket) kan behandle mine helse-opplysninger. Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikringen blir sagt opp, at den ikke blir utbetalt, og at (foretaket) ved svik kan si opp de andre forsikringene jeg har i selskapet.

Jeg samtykker til at (foretaket) kan bruke automatisert behandling i vurderingen av min helseerklæring

Forsikrede krysset av «Ja» under «Lunger og luftveier», og «Ja» under «Astma». Hva gjaldt medisiner, krysset han av på «Ja» på spørsmål om «Ingen av disse» etter opplisting av ulike medisiner.

Ved utfylling av helseerklæringen ble det stilt spørsmål om: Sykdommer, helseplager og behandling

Her oppgir du alle sykdommer og helseplager du kjenner til og får/har fått behandling/medisinering for. Behandling inkluderer tabletter, sprøyter og lignende selv om du ikke har plager i det daglige.

Du må velge ett eller flere alternativer.

- Hjerne og blodårer
- Hjerne, ryggmarg, migrene og nervesystem m.m.
- Kreft, svulster og celledforandringer

Dersom man krysset av under «Hjerne, ryggmarg, migrene og nervesystem m.m.», ville det blitt vist en undermeny med:

- Nevrofibromatose
- Har en eller flere av følgende sykdommer/diagnoser:
 - ALS
 - Huntingtons sykdom

- Alzheimer/demens
- Muskeldystrofi
- Har eller har hatt en eller flere av følgende sykdommer/diagnoser:
 - Ataksi
 - Dystoni
 - Essensiell tremor
 - Myotonica congenita
 - Kronisk utmattelsessyndrom/M E
- Har du en annen sykdom i hjerne, ryggmarg eller nervesystem, som ikke er oppgitt over?

Videre, ville det under gruppen for «Hjerte og blodårer» blitt stilt spørsmål om «Høyt blodtrykk». Under spørsmål om kreft m.m. ville det blitt stilt spørsmål om «Andre godartede svulster».

I et kladdenotat av 19.11.21 fremlagt av forsikrede fremgikk en samtale på 23 minutter kl. 08:07 med nummer registrert på foretaket.

Foretaket innvilget 19.11.21 dekning for kritisk sykdom på bakgrunn av helseerklæringen.

Etter tegning: Overlege ved ortopedisk avdeling noterte 19.4.22: Pasienten har et betydelig nevrofibrom mediale over venstre legg og ankel som strekker seg plantart, denne varierer i størrelse, men gir alltid plager i form av han ikke får tilpasset vanlig skotøy. Bemerker tverrplattfot med uttalt calcaneovalgus, Hælen variserer ved ståhev. Silfverskiold er negativ bilateralt. Det er tidligere drøftet kirurgisk behandling, men avslått grunnet recidivraten. Pasienten får med seg søknad om ortopediske hjelpemidler. Han tar selv kontakt med ortoped ing. Avtaler ingen oppfølging.

Forsikrede ble morgenen 18.11.23 rammet av «Hjerneinfarkt forårsaket av trombose i hjernearterierslag». Han ble via lokalt sykehus fraktet med luftambulanse til sykehus der han ble vellykket operert.

Foretaket informerte 22.1.24 om prosess, og ba om fullmakt til å innhente journaler.

Foretaket mottok journaler fra fastlege i brev datert 11.2.24.

I utredningssamtale over telefon 18.3.24 forklarte forsikrede at han 19.11.21 hadde ringt foretaket på et nummer han hadde funnet på nettet, og at han ble veiledet gjennom skjema av en mannlig representant for foretaket. Foretakets utreder opplyste at de ikke hadde registrert noen slik samtale, og da heller ikke lydopptak. Forsikrede forklarte videre at han sammen med representanten tok opp de ulike spørsmålene, der representanten stilte tilleggsspørsmål og veiledet forsikrede med utfylling av helseskjema. Forsikrede opplyste om ulike plager han hadde, herunder om utveksten på beinet (nevrofibromatose). Videre at han ikke åpnet andre hovedspørsmål enn det om luftveier, der han krysset av for astma, selv om det var mange år siden han hadde hatt det.

Foretaket avsto kravet 29.4.24 og sa opp alle dekninger. I avslaget ble det om anførte telefonsamtale bla skrevet:

Slik foretaket oppfatter din forklaring, åpnet du ikke opp svaralternativene under de enkelte spørsmålene i helseerklæringen. Fordi du var usikker på om du i helseerklæringen skulle opplyse om tidligere diagnoser, og hvor du eventuelt skulle opplyse om disse, har du forklart at du fra din mobiltelefon med anropsnummer (...) ringte (foretakets) Kundeservice for å få hjelp til utfyllingen av helseerklæringen og fulgte den veiledningen som du der fikk.

I november 2021 benyttet foretaket det samme telefoni systemet som vi benytter i dag.

Foretaket gjør opptak av alle inngående samtaler, både gruppenummer og direkte nummer, med mindre kunder reserverer seg mot opptak. Både lydfile fra samtalen, og rådatamateriell, lagres deretter i 3 år.

Til tross for omfattende undersøkelser foretatt av foretakets IT-avdeling finnes det ingen spor etter inngående samtale til (foretaket) 19.11.21 fra mobiltelefon med anropsnummer (...), verken i form av samtalelogg eller i rådatamateriellet.

Det finnes heller ingen logg i foretakets kundesystem som viser at ditt kundebilde ble åpnet opp om morgenen den 19.11.21, noe foretaket mener vi ville ha hatt dersom du ringte til (foretaket) og ble satt over til en kundesrådgiver (agent) som var pålogget (foretakets) telefoni system.

Utdrag fra loggen i (foretakets) kundesystem:

(....)

Etter foretakets mening er det videre svært lite sannsynlig at en vilkårlig kundesrådgiver hos (foretaket) ville ha gitt deg veiledning slik du angir, da de er kjent med at slik veiledning skal gis av risiko vurderer i avdelingen for Medisinsk Risikovurdering i (foretaket).

(...)

Forsikredes vitne A ga 22.5.24 erklæring knyttet til telefonsamtalen 19.11.21. A opplyste at han var i samme rom, og forsto at samtalen handlet om å tegne en forsikring. Videre at samtalen hørtes ut som en alminnelig samtale mellom en kunde og en representant som ikke kjente forsikrede fra før, idet det ellers ikke ville ha vært behov for at forsikrede ga sine personalia. A husket ikke innholdet i samtalen utover dette.

Forsikredes vitne B ga 29.5.24 også erklæring knyttet til telefonsamtalen 19.11.21, men kunne ikke bekrefte tidspunkt eller innhold. Han mente videre at uttalelsene fra kollega A var troverdige og måtte tillegges stor vekt.

Forsikrede har vedlagt videoer med kjente personligheter.

Fra vilkårspkt. 5 under «Sykdommer, skader og behandlinger som er omfattet av forsikringen:

a) Kreft (...)

(...)

b) Hjerneslag (...)

Forsikrede har i det vesentlige anført at det ikke ble gitt uriktige helseopplysninger. Skjemaet var vanskelig å forstå og fylle ut, og forsikrede forsto ikke at hans lidelser var omfattet av «spørsmålene» om de aktuelle grupper av lidelser. Dette kunne enkelt ha vært gjort klart dersom alle alternativene sto der. Foretaket må ha risikoen for at en forsikringssøker ikke forstår hvilke lidelser som omfattes av hovedspørsmålene. Forsikrede forsto derfor ikke at hans høye blodtrykk var omfattet av kategorien «Hjerte og blodårer». Heller ikke at nevrofibromatose var omfattet av «Hjerne, ryggmarg, migrene og nervesykdom, m.m.» eller at godartet svulst var omfattet av spørsmål om «kreft, svulster og celleforandringer».

Forsikrede ble veiledet av foretakets salgsrepresentant i telefonsamtale som varte i over 23 minutter, og dette er klart dokumentert med utskrift av samtalelogg med forsikredes notater. Denne ble skrevet ut som skjermdump fra forsikredes mobiltelefon, og er ifølge bredbåndfirma 100 % pålitelig. Notatene på arket er skrevet etterpå. Det er foretaket som må bevise at skjermdumpen ikke er korrekt, noe det ikke har gjort.

Representanten sa at forsikrede ikke trengte å opplyse om høyt blodtrykk under spørsmål om "Hjerte og blodårer", og at han ikke skulle svare ja på spørsmål om "Kreft, svulster og celleforandringer".

Forsikrede var nøye på at alt skulle være riktig. Etter samtalen var han fortsatt usikker, og det ble derfor uttrykkelig avtalt at foretakets risiko-/helseavdeling skulle ta kontakt med forsikredes fastlege for å få alt korrekt. Når foretaket ikke fulgte opp dette, kan det ikke anføres uriktige

opplysninger som ville blitt avklart dersom dette ble gjort.

Forsikrede har hatt nevrofibromatose siden fødsel i 1977, hvilket er langt mer enn 10 år tilbake i tid. Foretaket kan ikke be om, eller legge vekt på helseopplysninger lenger enn 10 år tilbake i tid ved tegning.

Foretakets anførsel om at telefonsamtalen aldri har funnet sted kan ikke føre frem selv om det ikke finner det i sine notater, fordi vitnene J og A som var i samme rom har bekreftet at samtalen fant sted, og at den handlet om å tegne forsikring. Forsikringstaker har foretatt undersøkelser med foretakets telefonsystem-leverandør, og det er fullt mulig å gjenfinne den kontakt som var gjennom dette. Foretaket har bevisbyrden for det motsatte.

Hjerneinfarkt 18.11.23 hadde ikke noe med forsikredes nevrofibromatose (FB1) å gjøre, og kan derfor ikke begrunne avslaget.

At helseerklæring ble fylt ut med salgsrepresentant fra foretaket underbygges også av forsikredes personlighet. Overlege ved kompetansesenter for sjeldne diagnoser har fremhevet at det bor store ressurser hos folk med nevrofibromatose type 1, men at de ofte har lære- og konsentrasjonsvansker. På tross av dette har forsikrede jobbet seg frem til det han er i dag ved å være pliktoppfyllende, samt forsiktig i form av å alltid søke hjelp for å forsikre at ting er korrekt. For en slik person ville det vært svært naturlig å ta kontakt med foretaket ved utfylling av helseerklæringen.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige helseopplysninger ved tegning. Forsikredes anførsel om at han ikke forsto koblingene mellom hans sykdommer og de kategoriene som var listet opp i skjemaet er ikke troverdige. Han skjønnte at han måtte gå inn på lunger og luftveier for å finne astma. Det er derfor ikke troverdig at han ikke skjønnte at han måtte gå inn på hjerte og blodårer for å finne høyt blodtrykk. Det er videre ikke troverdig at han ikke skjønnte at han måtte gå inn på hjerne, ryggmarg, migrene og nervesystem m.m. for å finne nevrofibromatose og kreft, svulster og celleforandringer for å finne «andre godartede svulster».

Hva gjelder samtalen 19.11.21, har foretaket gjort inngående undersøkelser uten å finne spor av denne i sine systemer. Etter loven skal alle data slettes etter 3 år, men allerede etter ett år dersom forsikrede ikke ga samtykke til opptak. Det finnes heller ingen logg i foretakets kundesystem som viser at forsikredes kundebilde ble åpnet den aktuelle morgenen. Det har også formodningen mot seg at en kundeservicemedarbeider ville gitt den veiledningen forsikrede har beskrevet, jf. 2019-301, 2019-197 og 2018-51. Vitneutsagnene er avgitt etter at utreder på saken hadde snakket med disse, og har liten verdi. De husker uansett bare at en samtale fant stede, men ikke hva som konkret ble sagt i samtalen.

Subsidiært anføres det at forsikrede er mer enn lite å legge til last for de uriktige svarene og at dette gir grunnlag for avslag og oppsigelse.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede med sviks hensikt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, eller om forsikrede uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avslå krav og si opp dekningen jf. fal. §§ 13-1 a, 13-2 og 13-3.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede svikaktig eller uaktsomt 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 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. nemndsavgjørelsene FinKN-2017-552 og FinKN-2012-257. I dette ligger et krav om at foretaket må ha positiv kunnskap, se NOU 1983: 56 s. 96 og Rt-2013-1235 avsnitt 44, hvor det legges til grunn at en kvalifisert mistanke kan være tilstrekkelig for at fristen begynner å løpe. Lengden på et foretaks frist etter § 13-13 er relativ, og må vurderes konkret i den enkelte sak. En anførsel om svik eller grov uaktsomhet er en alvorlig beskyldning, som tilsier at foretaket må ha forsvarlig beslutningsgrunnlag for sin beslutning, jf. avgjørelse FinKN-2017-552. Det vil si at foretaket må gis tilstrekkelig tid til å innhente opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte foretakets mistanke. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at foretaket tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet fra foretakets side.

I denne saken er skademelding ikke vedlagt, men fra foretaket informerte 18.1.24 om prosess og til foretaket avslår forsikringskravet går det ca. tre måneder. I denne perioden har foretaket etter nemndas oppfatning hatt tilstrekkelig fremdrift, og nemnda anser at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Det neste spørsmålet nemnda tar stilling til er om forsikringstakers/ forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen er svikaktig eller kan karakteriseres som uaktsom.

Bestemmelsen i § 13-2 annet ledd fastsetter 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 forsikringstaker/ forsikrede å gi «riktige og fullstendige svar» på foretakets spørsmål. På foretakets oppfordring skal forsikringstaker/ forsikrede dessuten «gi opplysninger om særlige forhold» som forsikringstaker/ forsikrede «må forstå er av vesentlig betydning» for foretakets vurdering av risikoen. Nemnda har tidligere påpekt at det sentrale i opplysningene som etterspørres, er at de skal danne grunnlag for foretakets risikovurdering. Dette formålet vil derfor stå sentralt ved tolkningen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld, jf. FinKN-2015-397, FinKN-2012-228, FinKN-2022-1043 og FinKN-2023-736.

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. FinKN 2020-460 og FinKN 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 for ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

Ved bevisvurderingen tillegges tidsnære bevis størst vekt, jf. HR-2019-2336 avsnitt 35 og Rt-1998-1565. Bevis som tilkommer etter at det er oppstått uenighet med foretaket, tillegges mindre vekt. Dette er også et resultat av nemndas rent skriftlige saksbehandling. For å sannsynliggjøre et faktum som ikke har støtte i den tidsnære dokumentasjonen, kreves som et utgangspunkt muntlige forhandlinger for de ordinære domstolene, jf. nemndas avgjørelser 2021-318 og 2021-1. Forsikrede har i denne saken anført at foretakets representant over telefon skal ha gitt misvisende informasjon om utfylling av helseskjema. Anførselen er udokumentert, og kan ikke legges til grunn av nemnda.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikrede svarte uriktig på spørsmål om egne plager. Det fremgår tydelig av den kliniske dokumentasjonen datert før tegning at forsikrede hadde nevrofibromatose og høyt blodtrykk. Det strenge beviskravet ved svik og grov uaktsomhet for at forsikrede ga uriktige opplysninger er oppfylt.

Neste spørsmål er om forsikrede ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om egen helse ved tegning, har utvist svik eller er mer enn lite å laste, altså om forsikrede har vært grov uaktsomhet i tegning. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte. Det er altså tale et markert avvik fra en handlenorm, og ikke hva forsikringstaker har villet.

Den delen av helseskjema som er relevant for vår sak var utformet slik at forsikrede måtte ta stilling til om egne plager falt inn under de formulerte medisinske hovedgrupper. Det var slik nemnda forstår det ingen mekanisme som krevde at forsikrede måtte åpne de enkelte grupper for å sjekke om egne plager falt inn under noen av disse. Det fremgår riktignok at han måtte velge ett eller flere alternativ, noe han for så vidt må ha gjort ved å åpne for luftveier og krysse av for astma.

Denne organiseringen av spørsmålene, og der foretaket overlot til den enkelte forsikringssøker å ta stilling til under hvilke av de medisinske gruppene foretaket hadde inndelt spørsmålene i, innebar etter nemndas syn en klart økt risiko for at forsikringssøkerne kunne misforstå og derfor svarte feil.

Dette kunne enkelt vært unngått dersom foretaket la inn sperrer slik at søkeren måtte åpne de enkelte grupper, og slik få bedre veiledning om innholdet i den enkelte gruppe. Det er mulig foretaket har ment å gjøre dette ved at det måtte krysses av for minst ett alternativ, men etter nemndas syn innebærer ikke dette at den enkelte søker uten videre forstår at hen også bør søke veiledning ved å åpne de øvrige spørsmålene.

Det foreligger ingen opplysninger i saken om hvilken kunnskap forsikrede hadde om de mer overordnede grupper av sine plager, ut over de konkrete diagnoser han hadde. Det er derfor uklart hva forsikrede forsto om spørsmålene.

Slik skjema er utformet kan nemnda ikke se at den strenge bevisbyrden for svik er oppfylt.

Foretaket har ikke anført grov uaktsomhet, men den lavere skyldgraden «mer enn lite å legge til last». Fal. § 13-2 regulerer nedsettelse av foretakets ansvar når opplysningsplikten er forsømt. I første ledd reguleres svikaktig forsømmelse. Etter annet ledd kan selskapets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstaker ellers har forsømt opplysningsplikten såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Spørsmålet om forsikrede er "ikke bare lite å legge til last" må avgjøres ut fra en konkret vurdering av forholdets art, hvilke forutsetninger forsikrede hadde for å kjenne korrekt faktum, og "forholdene ellers", jf. Rt-2000-59.

Dekningen ble tegnet 19.11.21, og forsikringstilfellet inntraff med hjerneinfarkt 18.11.23. Dette var altså innen to år fra foretakets ansvar startet å løpe, jf. § 13-4 annet ledd.

Foretaket har opplyst at dersom spørsmålene hadde blitt besvart korrekt, ville søknaden om kritisk sykdomsdekning ha blitt avslått eller reservasjoner inntatt. På bakgrunn av det kliniske bildet som tegner seg i den fremlagte medisinske dokumentasjonen, 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. Bevisbyrden for at en uaktsomhet er mer enn lite å legge forsikrede til last, er ikke like streng som ved svik. Slik saken er opplyst for nemnda, er denne bevisbyrden 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.

Nemnda ser først på «hvilken betydning feilen har hatt for selskapets 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: overhodet ikke ha inngått noen avtale, eller inngått en avtale med annet innhold, altså inntatt en reservasjon? Som påpekt av Wilhelmsen, er pro rata-avkortning ved gale opplysninger hentet fra tidligere fal. 1930 § 6, og grunntanken er at forhold som ikke har hatt noen betydning for risikovurderingen, heller ikke bør føre til noen avkortning (Wilhelmsen, «Feil i egenerklæringsskjema ved salg av bolig som forsikringsrettslig innsigelse», Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett 2018 nr. 4, s. 173 flg.). Momentet må som nevnt sees i sammenheng med utgangspunktet for opplysningsplikten, som skal gjelde forhold som har betydning for risikovurderingen. Foretaket har opplyst at det ikke ville ha godkjent forsikringen ved korrekte opplysninger, og nemnda ser ingen grunn til å betvile det, jf. § 13-4. De uriktige opplysningene har altså medført at forsikrede har fått tegne en forsikringsavtale som foretaket ikke ville inngått, dersom foretaket fikk korrekt informasjon. 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 finner nemnda det ikke tvilsomt at foretaket ville ha tatt reservasjon mot nevrofibromatose og høyt blodtrykk. Slik saken er opplyst for nemnda, er det ikke fremlagt klinisk dokumentasjon for hvordan disse tilstandene har virket inn på hjerneslaget som utgjør forsikringstilfellet, men det er en kjent sammenheng mellom høyt blodtrykk og hjerneslag.

Skyld er et moment som i seg selv tilsier avkortning. Nemnda har kommet til at forsikringstaker var uaktsom da han ga uriktige helseopplysninger, og at hans uaktsomhet må vurderes å ligge i den øvre del av intervallet mere enn lite å legge til last.

Nemnda mener det kan avkortes med 50% i erstatningen.-

Foretaket har rett til å si opp forsikringen, men plikter å tilby ny dekning, jf. fal. § 13-3.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

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