

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-855

28.8.2025

Tryg Forsikring NUF

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføredekning – tegning – uriktige opplysninger – grovt uaktsomt – avkortning – fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-13.

Forsikrede ble som ungdom diagnostisert med PTSD, men ble senere frisk av dette. I tilknytting til fødsel var forsikrede plaget med barselfeber, underlivsplager og lekkasjer. Lege mistenkte revmatisme. Ved tegning i november 2015 opplyste forsikrede om sykemeldinger knyttet til fødsel, men ikke noe sykdom eller sykemeldinger utover dette. Etter tegning ble forsikrede informert om mistanken om revmatisme, og etter hvert diagnostisert med blant annet PTSD og depresjon. Forsikrede fremmet krav som følge av uførhet i desember 2023. Foretaket avkortet utbetalingen med 70 % med henvisning til brudd på opplysningsplikten ved tegning. Saken reiste spørsmål om forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så fall kunne avkorte utbetalingen med 70 %. Nemnda bemerket at den på bakgrunn av sakens opplysninger fant det tilstrekkelig bevist at forsikrede svarte objektivt uriktig på spørsmål om urinveis-, underlivs- og leddplager. Nemnda uttalte videre at forsikrede måtte ha forstått at disse opplysningene ville ha betydning for foretakets vurdering ved tegning og at det derfor var grovt uaktsomt av henne ikke å opplyse om plagene. Nemnda hadde ingen innsigelser til foretakets avkortningsprosent. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet kollektive uføredekninger 19.11.15.

Av helseopplysninger i 2006 fremgikk at forsikrede hadde vært diagnostisert og behandlet for PTSD, men at fastlegen da vurderte henne til å være i særdeles god fysisk og psykisk form. Forsikrede fikk barn i 2011 og 2015 og ble siden fulgt opp for diverse underlivsplager, herunder lekkasjer etter fødsler.

Fastlege noterte 13.11.15 at han ville henvise forsikrede til revmatolog på grunn av "uspesifikke prøver".

Ved tegning:

I elektronisk helseerklæring 19.11.15 opplyste forsikrede at hun var sykemeldt pga. kvalme under svangerskap i syv måneder 2011, og i tre måneder i 2015. Utover dette ble det ikke opplyst om andre tidligere plager eller andre sykemeldinger over 14 dager gjennom de siste 10 årene.

Hun svarte videre «Nei» på spørsmål om:

10. Har du, eller har du hatt sykdommer i fordøyelsesorganene, nyre, urinveiene eller underlivsorganene i løpet av de siste 10 årene?

11. Har du, eller har du hatt noen av følgende sykdommer i løpet av de siste 10 årene?

Kreft

(...)

Revmatisme eller andre leddsykdommer

Diabetes / hormonelle sykdommer

(...)

Annen sykdom av alvorlig karakter

12. Har du i løpet av de 5 siste årene hatt noen av følgende plager i mer enn 2 uker eller hatt gjentatte plager med:

(...)

Muskler, sener og ledd

Andre plager i muskler og skjelett

(...)

13. Har du i løpet av de 10 siste årene hatt noen av følgende plager i mer enn 2 uker eller hatt gjentatte plager med:

Angst eller depresjon

Utbrenthet, utmattelse eller stresslidelse

(...)

Andre psykiske plager

Diffuse smertetilstander

14. Har du vært, eller skal du til allmennlege/spesialist, sykehus/poliklinikk eller annen institusjon/behandler (gjelder de 10 siste år)?

Under «Orientering om helseerklæringen» sto det bl.a.:

Helseerklæringen danner grunnlaget for helsevurderingen. Sammen med statistikker om helse, uførhet og ød gir den et godt bilde av risikoen. Det er viktig at søknadsskjemaet og fullmaktserklæringen fylles ut fullstendig og sannferdig. Slik unngår vi at det oppstår konflikter om erstatning fordi det er gitt uriktige helseopplysninger på søknadstidspunktet. Etter loven har du som forsikringssøker også plikt til å gi slik informasjon.

(...)

2. Hvor detaljert skal svarene være?

Svarene skal være så detaljerte at de gir et fullstendig bilde av helsesituasjonen på søknadstidspunktet. Den som fyller ut skjema, har en selvstendig plikt til å gi fullstendige opplysninger, og kan ikke basere seg på at selskapet vil få opplysninger fra annet hold.

3. Hva skal det opplyses om?

Det skal opplyses om alle de forholdene det blir spurt om. Dette gjelder selv om forholdene er tilbake i tid og forsikrede nå er frisk. Det skal opplyses om både fysiske og psykiske forhold.

I tillegg skal det av eget tiltak opplyses om forhold ved helsetilstanden som er av vesentlig betydning for helsevurderingen.

Vanlige barnesykdommer (i barndommen), forkjølelse, influensa og lignende er det ikke nødvendig å gi opplysninger om.

Søknaden ble innvilget uten reservasjon.

Etter tegning

Ved legebesøk i november 2015 stilte forsikrede selv spørsmål om revmatiske plager og forsikrede ble henvist til revmatolog selv om prøvene gav uspesifikke svar.

Undersøkelse hos revmatolog kunne ikke utelukke artritt, og forsikrede ble henvist til MR som ikke gav funn.

Hun fikk diagnosen «PSYKISK UBALANSE TILPASNINGSREAKSJON» i 2017.

Forsikrede ble også i 2019 henvist for vurdering av leddplager, men prøver gav ikke grunnlag for videre utredning.

Forsikrede startet behandling hos DPS i 2023.

Nav innvilget 6.11.23 arbeidsavklaringspenger. Videre opplyste Nav 12.9.24 at de ikke har registrert sykemelding/utbetaling «ut over en kort periode (innenfor arbeidsgiverperioden) i april og månedsskiftet juni/juli» i 2010.

Forsikrede meldte 7.12.23 krav på grunn av uførhet blant annet som følge av PTSD. Hun opplyste at første symptom var 1.1.17, og at hun oppsøkte lege første gang 20.4.18.

Foretaket fant 30.8.24 at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved tegning, og avkortet erstatning med 70 %.

Foretaket utbetalte 18.9.24 i henhold til dette, i form av månedlig forskuttering av uførekapital avkortet med 70 %.

Foretakets ROL vurderte saken 20.12.24:

På bakgrunn av disse opplysningene ville jeg anbefalt å utestå risikovurdering og tegning av forsikring med aktuelle dekninger til utredning for revmatologiske tilstander var ferdigstilt. Denne utredningen kunne potensielt avdekke tilstander med signifikant forhøyet risiko, talende for reservasjoner eller avslag for aktuelle dekninger. Videre anbefaling om innhenting av opplysninger om psykisk sykdom for å avgjøre om det forelå saklig grunn til reservasjon R28 reservasjon for psykiske lidelser.

I legeerklæring av 25.6.25 fremgikk at det hadde blitt tatt blodprøver i 2015:

...og en standard prøveserie mht. revmatiske prøver ble tatt på lav/tvilsom klinisk indikasjon – uten klinikk forenlig med revmatisk lidelse.

(...)

I kommentarfeltet fra lab heter det Pasienten har et ANA som ikke lot seg identifisere ved us på subspesifisitetene. Dette sees ofte ved inflammatoriske revmatiske sykdommer, men må forøvrig betraktes som diagnostisk lite spesifikt.

(Forsikrede) var helt klart uten kliniske tegn til inflammatorisk revmatisk sykdom (og har heller ikke i 10 år ettertid hatt slik lidelse.

Jeg betraktet prøvesvaret som klart uspesifikt og negative/uspesifikke prøvesvar har jeg ikke praksis på å forplikte med til å melde tilbake til pasienten

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke ga uriktige opplysninger ved tegning, og at eventuelle uriktige opplysninger ikke ble gitt på grovt uaktsomt vis.

Uansett utviste ikke forsikrede grov uaktsomhet, og avkortning på 70 % er altfor høy. Det er vist til HR-2021-2102-A, Rt-2000-59, og avgjørelser 2023-736, 2023-880, 2021-631, 2021-600, og 2018-600.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger om helse, og at det derfor kan avkorte med 70 %. Avkortning reflekterer at årsak er andre enn de uriktige svarene, jf. § 13-2.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav om erstatning under en uføredekning, og reiser spørsmål om forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avkorte kravet med 70 %, og si opp dekninger, jf. fal §§ 13-1a, 13-2 og 13-13.

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 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. 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 behandlet foretaket forsikringskravet i løpet av drøye åtte måneder etter fremsatt krav. I denne perioden har foretaket etter nemndas oppfatning hatt tilstrekkelig fremdrift, og nemnda anser at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Det neste spørsmålet nemnda tar stilling til er om forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som grov uaktsom. Bestemmelsen i fal. § 13-2 første ledd fastsetter at dersom forsikrede har «svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a», så vil foretaket være uten ansvar. Av § 13-2 annet ledd følger det at forsikringsforetakets ansvar kan settes ned eller falle helt bort om forsikrede ellers har forsømt opplysningsplikten, såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Er 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 forsikrede å gi «riktige og fullstendige svar» på foretakets spørsmål. På foretakets oppfordring skal forsikrede dessuten «gi opplysninger om særlige forhold» som 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 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.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikrede svarte objektivt uriktig på spørsmål om urinveis-, underlivs-, og leddplager.

Neste spørsmål er om forsikrede ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om egen helse ved tegning, har utvist grov uaktsomhet. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Slik saken er opplyst for nemnda, legger nemnda til grunn at summen av unnlatte helseopplysninger er omfattende. Etter nemndas syn må forsikrede ha forstått at opplysninger om urinveis-, underlivs, og leddplager ville være av betydning for foretakets vurdering av forsikredes helse ved tegningen, og anser det som grovt uaktsomt av forsikrede ikke å opplyse om disse plagene.

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 riktige opplysninger ville medført reservasjon eller avslag med karantenetid, 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 på tegningstidspunktet, 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 tilsier ikke skadeforløpet at det skal avkortes fullt ut.

Grov uaktsomhet er et moment som i seg selv tilsier avkortning. Nemnda har kommet til at forsikrede var grovt uaktsom da hun ga uriktige helseopplysninger; relevansen av unnlatte opplysninger er det ikke opp til den enkelte forsikrede å vurdere.

I tidligere nemndspraksis fra personforsikring har en i saker hvor forsikrede har utvist grov uaktsomhet, og forsikredes uførhet skyldes et forhold som det ikke er opplyst om, eventuelt også at forholdet ville hatt betydning for selskapets risikovurdering, typisk avkortet mellom 70-100 %. Foretaket har avkortet 70 %. Nemnda har ingen innsigelser til foretakets avkortningsprosent.

Forsikrede gis ikke medhold i denne delen av klagen.

I medhold av forsikringsavtaleloven § 13-3 første ledd kan foretaket si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Finansklagenemnda kan ikke overprøve foretakets utøvelse av denne retten, jf. avgjørelse 2021-638

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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