

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-981

30.9.2025

Fremtind Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføredekninger – uriktige opplysninger – avkortning – oppsigelse – svik – grovt uaktsomt – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3 og 13-13.

Forsikrede tegnet dekning med uførekapital i november 2019. Før dette var hun sykmeldt i perioder, og ble diagnostisert med depresjon og psykisk ubalanse. I helseerklæringen ved tegning opplyste forsikrede at tidligere sykmeldinger var på grunn av arbeidskonflikt, at hun ikke mottok noe behandling, og at hun nå var helt frisk. Etter tegning ble forsikrede sykmeldt og diagnostisert med blant annet utbrenthet og skuldertendinitt. I skademelding opplyste hun at hun hadde vært over 50 % arbeidsufør siden desember 2022. Foretaket avsto krav og sa opp dekningen under henvisning til at forsikrede hadde utvist svik, eventuelt grov uaktsomhet, 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. Videre om forsikrede hadde krav på advokatutgifter. Nemnda bemerket at forsikrede ga objektivt uriktige opplysninger om sykmeldinger og årsaken til disse. Nemnda fant etter en samlet vurdering at de uriktige og ufullstendige opplysningene ble gitt for å få en forsikringsavtale eller en bedre avtale. Foretaket hadde da sannsynliggjort svik og forsikrede hadde da ikke rett til utbetaling under forsikringen, og foretaket kunne si opp dekningene. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet i november 2019 en dekning med uførekapital med ca. kr 2 000 000.

Før tegning:

Forsikrede var i 2011 sykmeldt 7-8 måneder, og ble gitt diagnosen situasjonsbetinget psykisk ubalanse.

Fra Navs infotrygd fremgikk at forsikrede mottok sykepenger med grad mellom 40 % og 100 % i 2014 og 2015. I november 2015 fremkom opplysninger om konflikt på jobben og at forsikrede ble oppsagt. Diagnosen ble angitt som «depresjon reaktiv dyp P76».

Hun var 100 % sykmeldt i en uke i mai 2016.

Av fastlegejournalen fra juni samme år fremkom stort jobbpess, vekttap, samt at hun var veldig trøtt selv etter mye søvn. Forsikrede fikk diagnosen asteni og vekttap.

Av senere notater fremkom at forsikrede samme år fikk avslag på søknad om arbeidsavklaringspenger og ville si opp jobben og søke dagpenger.

Forsikrede var igjen 100 % sykmeldt i 7 måneder fra sommer 2017, med hoveddiagnose «depresjon».

I journalnotater fra januar 2018 ble det nevnt at forsikrede hadde fått tilbud om jobb et annet sted, og at hun startet i denne jobben. Sykmelding for depresjon ble forlenget ut oppsigelsestiden.

Ved tegning:

Forsikrede signerte utfylt egenerklæringsskjema med Bank ID 8.11.19.

På spørsmål om «Psykiske lidelser» svarte forsikrede «Nei». Hun svarte også «Nei» på følgende spørsmål:

Har du i løpet av de siste 5 årene – i 2 uker eller mer – følt deg utmattet, utbrent, sliten eller stresset?»

Videre svarte hun «Nei» på spørsmål om hun hadde hatt andre sykdommer/plager enn det hun var spurt om i skjemaet.

Forsikrede svarte «Ja» på følgende spørsmål:

Har du i løpet av de siste 5 årene vært helt eller delvis sykmeldt/arbeidsufør sammenhengende i 2 uker eller mer?

På oppfølgingsspørsmål om «årsak til sykmelding, arbeidsuførhet eller nedsatt arbeidsevne» skrev forsikrede «arbeidskonflikt». Videre svarte hun «Ja» på spørsmål om hun hadde vært «[...] sykmeldt for denne tilstanden». Ved spørsmål om hvor mange dager hun hadde vært sykemeldt de siste to årene, oppga hun 150 dager.

Forsikrede svarte «Nei» på spørsmål om hun i løpet av de siste 10 årene på grunn av dette var blitt henvist til «spesialist, herunder psykoterapeut», eller vært «innlagt på sykehus for denne tilstanden». På spørsmål om å oppgi alle sykmeldingsperioder svarte hun «sommer 2017 til jul/nyttår 2017». Videre svarte hun at hun ikke mottok eller hadde mottatt behandling for denne tilstanden, og svarte «Ja» på spørsmål om hun var «[...] fullstendig restituert (helt frisk) etter denne tilstanden».

Forsikrede mottok også en orientering om helseerklæring, hvor det stod:

1. Formålet med erklæringen

(Foretaket) trenger informasjon for å vurdere hvilken risiko du representerer i forhold til de generelle statistikker om helse, uførhet og død. Det er slike statistikker som ligger til grunn for beregning av forsikringspremier. God og riktig informasjon om din helsetilstand på søknadstidspunktet er derfor av stor betydning for å fastsette riktig pris og riktige vilkår for din forsikring. Det er viktig at du fyller ut søknadsskjemaet og fullmaktserklæringen fullstendig og sannferdig, slik at vi unngår mulige tvister mellom deg og (foretaket) når erstatning skal utbetales, på grunn av at det er oppgitt feilaktige opplysninger om helsen på søknadstidspunktet.

2. Forsikringsselskapets bruk av dine svar

Dersom (foretaket) innhenter helseopplysninger fra leger, behandlere eller institusjoner som du har oppført i fullmaktserklæringen, fra NAV eller andre forsikringsselskap hvor du har forsikringer, vil dette skje på grunnlag av den informasjonen du selv har gitt i helseerklæringen. Du vil bli informert dersom (foretaket) innhenter slik informasjon.

[...]

4. Hva skal du opplyse om

Du skal opplyse om alle forhold det spørres om, selv om disse er tilbake i tid og du nå er å anse som frisk. Du skal opplyse om både fysiske og psykiske forhold. Vanlige barnesykdommer (i barndommen), forkjølelse, influensa, lett sesongbetont allergi o.l. er det ikke nødvendig å gi opplysninger om.

Etter tegning:

Forsikrede ble i Navs registre notert med 60-100 % sykmelding i 5 måneder fra mars 2020.

Hun ble igjen sykmeldt i desember 2022.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet av september 2023 fremkommer hoveddiagnose utbrenthet som skal ha utviklet seg siden vinteren året før, bidiagnose skulder infraspinatussenen. I arbeidsevnevurdering i oktober samme år, ble varigheten av forsikredes nedsatte arbeidsevne anslått til 1-1,5 år.

Forsikrede fremmet krav 26.10.23, og ga fullmakter til innhentning av helseopplysninger fra diverse instanser. Det ble også opplyst at:

Jeg har vært mer enn 50% arbeidsufør siden desember 2022. Siste sykemeldingsdag er 12.12.2023. Jeg er 100% sykemeldt.

Foretaket ba om legeerklæring fra fastlege 27.10.23.

Videre mottok det dokumenter fra Nav 14.11.23.

Foretaket ba 21.12.23 om journal fra fastlege. Journal og faktura ble oversendt 17.1.24.

Fastlege skrev legeerklæring ved uførhet 6.12.23. Det ble stilt hoveddiagnose utbrenthet, første symptom desember 2022, og nevnt at forsikrede hadde skuldertendinitt.

Foretaket avsto krav og sa opp dekning 18.3.24, idet det la til grunn at forsikrede utviste svik ved tegning, subsidiært at hun utviste grov uaktsomhet.

Forsikredes lege skrev uttalelse 26.9.24, der hun opplyste at hun hadde kjent forsikrede siden 1996, at hun hadde hatt store belastninger, men ingen psykisk lidelse:

Jeg har vært (forsikrede) fastlege siden 1996. Jeg kjenner henne som en utrolig sterk person som har opplevd mange store påkjenninger. Hun har ingen psykisk lidelse. Dette har gitt ulike reaksjoner som fysiske utslag med store hudproblemer og residiverende hud og luftveisinfeksjoner, samt perioder med betydelig utmattelse. Hun har for å klare å gå videre fortrenget tidligere episoder for å klare å fokusere på veien videre, og nye utfordringer. Utfordringene er knyttet til nær familie, og derfor ikke mulig å unngå. Hun har tidligere vært sykemeldt for reaktiv depresjon, som er en reaksjon på store belastninger og ikke et uttrykk for en kronisk psykisk lidelse.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun kun er lite å legge til last for dels ufullstendige opplysningene gitt ved tegning, og at foretaket hverken kan avkorte eller si opp dekningen. Den høye bevisbyrden for svik og grov uaktsomhet ikke er oppfylt. Forsikrede var ikke kjent med, og kjenner seg heller ikke igjen, i fastlegens beskrivelse av depresjon, asteni osv. Årsaken til sykmelding var betydelig mistrivsel på jobb i kombinasjon med krevende hjemmesituasjon. Symptomer som utbrent mm. omfattes ikke av spørsmål om psykiske plager/symptomer. Symptomer som lettere og forbigående grad av utmattelse, utbrenthet, slitenhet og stress er ganske normale tilstander som mange opplever, og er derfor ikke noe som en vanlig forbruker forstår at skal opplyses om. Da hun tegnet forsikring, hadde hun heller ikke full oversikt over alle sykmeldinger de siste 5 årene. Hun forstår nå at hun ga uriktige opplysninger om dette, men kan fortsatt ikke huske andre sykmeldinger over 2 uker enn det hun opplyste. Etter mange år i konstant beredskap sliter hun med fortregelse og hukommelsessvikt. De noe unøyaktige svarene skyldes dette.

Foretaket fikk videre fullmakt til å innhente opplysninger, og forsikrede la til grunn at foretaket ville gjøre dette. Årsaken til forsikredes nåværende uførhet er uansett ulike fra de som foretaket anfører at forsikrede skulle ha opplyst om. Dette må ha betydning for en evt. avkortning, og den kan ikke under noen omstendighet settes høyere enn 50 %.

Foretaket kan heller ikke si opp dekningen.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige opplysninger om utmattelses-/slitenhets og psykiske plager og om sykmeldinger. Slitenhet/asteni er et

gjennomgående tema i forsikredes journaler de siste 5 årene før tegning, og sykmeldinger for dette. Høsten 2017 hadde hun langvarig sykmelding med psykisk diagnoser. Forsikrede jobbet med salg av slike dekninger og var godt kjent med krav til helseopplysninger. Subsidiært utviste forsikrede grov uaktsomhet. Foretaket kan avslå krav og si opp dekninger.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede ga dels uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avslå krav og si opp dekningen, jf. fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3 og 13-13. Videre om forsikrede har krav på dekning av advokatutgifter.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikringstaker svikaktig eller grovt uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning, 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. fal. § 13-13 annet ledd annet punktum, jf. FinKN-2017-552 og FinKN-2012-257. Dette er i praksis forstått som et krav om at foretaket må ha positiv kunnskap, se NOU 1983: 56 s. 96 og Rt-2013-1235 avsnitt 44. I disse avgjørelsene er det lagt 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 et forsvarlig beslutningsgrunnlag for sin beslutning, jf. FinKN-2017-552. Foretaket må derfor gis tilstrekkelig tid til å innhente opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte dets 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 aktuelle sak viser gjennomgangen av sakens behandling frem til avslag rimelig god fremdrift og ingen passivitet. Av hensyn til den alvorlige graden av klanderverdighet og konsekvensene for forsikrede, må foretaket i tråd med praksis gis anledning til å innhente all nødvendig dokumentasjon for en god kvalitetssikring før en avgjørelse tas. Det vil neppe være i de forsikredes interesse at foretaket tvinges til å ta en avgjørelse før all relevant dokumentasjon er innhentet og vurdert. Regelverket omkring innsyn i journaler, herunder i lys av GDPR-regelverket, tilsier at foretaket ikke kan innhente all informasjon med en gang, men at det går skrittvis frem og innhenter ytterligere journaler dersom innhentet journal tilsier et behov for dette.

Etter nemndas syn ble foretakets avslag i aktuelle sak gitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13.

Etter fal. § 13-1 a kan foretaket ved tegning av forsikring be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen. 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.

Dersom opplysningsplikten er svikaktig forsømt, følger det av fal. § 13-2 første ledd at foretaket er uten ansvar dersom det har inntruffet et forsikringstilfelle. Etter fal. § 13-2 annet ledd kan foretakets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstakeren har forsømt

opplysningsplikten, og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last.

Foretaket har bevisbyrden for at opplysningsplikten er svikaktig eller grovt uaktsomt forsømt. Dersom foretaket anfører svik, må det foreligge en klar sannsynlighetsovervekt for dette jf. Rt-1989-689. Foretaket må bevise at forsikrede handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp nr. 49 (1988-1989), s. 88. Det innebærer at foretaket må påvise et økonomisk motiv. Både vilkåret om at det ble gitt uriktige og ufullstendige opplysninger bevisst, og vilkåret om at det ble gjort for å få til en forsikringsavtale eller en bedre avtale må være oppfylt for at det skal kunne legges til grunn at det foreligger svik, jf. Rt-2000-59. Og for begge vilkårene må det foreligge sterk eller klar sannsynlighetsovervekt. Iht. nemndspraksis anses svik bevist dersom det ikke finnes andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene, jf. bl.a. 2022-48 og 2022-47. Ved grov uaktsomhet er spørsmålet om det var sterkt klanderverdig å gi de uriktige opplysningene, jf. Rt-1989-1318 og 2017-018. Beviskravet er tilnærmet likt som ved svik, men foretaket må ikke bevise at forsikringstaker hadde vinnings hensikt. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte. Det er altså tale om et markert avvik fra en handlenorm, og ikke hva forsikringstaker har villet, jf. 2025-676.

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 foretaket ved korrekte opplysninger ville ha tatt reservasjon og/eller premieforhøyelse, hadde de uriktige svarene betydning for risikovurderingen.

I bevisvurderingen tillegger nemnda tidsnære opplysninger størst vekt, spesielt hvis det er beskrivelser foretatt av leger eller fagfolk. På den annen side tillegges bevis som er tilkommet senere, særlig etter at det oppstod uenighet med foretaket, mindre vekt. Dette er i tråd med Høyesteretts retningslinjer for bevisvurderinger, jf. HR-2018-2344-A avsnitt 39 og 40 og Rt-1998-1565, og er dessuten et utslag av nemndas rent skriftlige saksbehandling.

Nemnda tar først stilling til om forsikrede ga uriktige opplysninger.

Forsikrede har anført at hun fortsatt ikke husker de tidligere sykmeldingene, og har vist til dårlig hukommelse, fortregning mm. Slik saken er opplyst fremstår forsikredes arbeidshelse som relativt svak, og med flere langvarige sykmeldinger før tegning. En videre bevisføring om dette er ikke egnet for nemndas rent skriftlige saksbehandling, men må eventuelt skje for domstolene.

Nemndas vurdering tar derfor utgangspunkt i at forsikrede hadde en vanlig fungerende hukommelse ved tegning.

Forsikrede har videre anført at foretaket fikk fullmakt til å innhente journaler, og at hun innrettet seg etter at foretaket ville gjøre dette. At foretaket hadde mulighet til å innhente opplysninger, fritar ikke den som søker om forsikring fra sin opplysningsplikt. Det kan heller ikke legges til grunn at foretaket har en egen plikt til å innhente opplysninger ut over de opplysningene den som søker forsikring gir, eventuelt på grunnlag av tilleggsspørsmål, jf. bl.a. 2021-632.

Nemnda finner det klart at det var objektivt uriktig å ikke opplyse om sykemelding på over 7 måneder fra 2014 som var innenfor spørsmålenes 5 år. Videre sykemelding i over 6 uker fra november 2015, samt over en måned i 2016. Om sykmeldingen fra sommer 2017 ble denne uriktig angitt å vare en måned kortere enn det som var korrekt.

Årsaken til sykmeldingene er oppgitt med diagnose særlig for depresjon, dyp depresjon, psykisk ubalanse, asteni mfl. Spørsmålene gjaldt psykiske plager, slitenhet, stress og utmattelse, og det er etter nemndas syn klart at årsaken til de nevnte sykmeldingene var omfattet av disse spørsmålene. Etter dette var det objektivt uriktig å ikke opplyse om disse. Dette gjelder også

sykmeldingen hun opplyste om, fordi det var objektivt uriktig å ikke opplyse om at hun i denne perioden ikke mestret jobben pga. press, og som må forstås som en stress-/utmattelses-type årsak, og depresjon og som hun ble spurt om.

Det strenge beviskravet som er sterk eller klar sannsynlighetsovervekt for at forsikrede ga uriktige opplysninger er etter nemndas syn klart oppfylt.

Det neste spørsmålet er om forsikrede utviste svik eller grov uaktsomhet, slik foretaket anfører.

Forsikrede var sykmeldt i til sammen ca 10 måneder i perioden 2014 til 2016. Ut fra de registrerte diagnoser fremstår årsaken i hovedsak å være på grunn av liknende plager som de senere sykmeldinger, også den hun opplyste om. Den første sykemeldingen var i den første delen av 5-årsperioden spørsmålene gjelder. De andre periodene var på hhv. 6 og 4 uker. Årsaken til alle sykemeldingene før tegning fremstår å være av samme art. Nemnda har merket seg forsikredes forklaring om at hun var ukjent med diagnosene, og stiller spørsmål ved dette med tanke på hvor mye kontakt forsikrede har hatt med lege og Nav i perioden. Videre må det anses allment kjent at leger ikke kan sykemelde uten diagnose, og at en arbeidskonflikt ikke er tilstrekkelig. Nemnda har dessuten merket seg at forsikrede har arbeidet med å selge personforsikringer, og derfor har innblikk i hvordan slik dekninger er bygget opp og krav til helseopplysninger.

Nemnda har sett hen til at forsikrede faktisk opplyste om en langvarig sykmelding relativt kort tid før tegning, og at hun oppga årsaken å være en arbeidskonflikt, samt at den lange sykemeldingen lå flere år tilbake i tid.

Etter nemndas syn er det vanskelig å se noen rimelig forklaring på de uriktige opplysningene om slitenhet/psykiske plager. Etter en samlet vurdering finner nemnda at den strenge bevisbyrden for svik er oppfylt både for vilkåret om at det ble gitt uriktige og ufullstendige opplysninger bevisst, og vilkåret om at det ble gjort for å få til en forsikringsavtale eller en bedre avtale.

Etter dette kan foretaket avslå krav og si opp dekninger, jf. fal. § 13-2 første ledd og § 13-3 første ledd siste punktum.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).