

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-1013

16.9.2026

Fremtind Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredokumenter/pensjon

Tegning – uriktige opplysninger – svik / grovt uaktsomt – avkortning – oppsigelse- fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3, 13-5, 13-7 og 13-13.

Forsikrede tegnet i 2020 uføreforsikring og økte forsikringssummen på dødsfalldekningen. Før tegning var forsikrede diagnostisert med depresjon og sykemeldt pga. dette. Forsikrede hadde også muskulære plager og irritabel tarm. Ved tegning ble det kun opplyst om legekontakt ifm. svangerskap og influensa. Utover dette svarte forsikrede svarte nei på spørsmål om andre fysiske og psykiske plager. Forsikrede sine plager vedvarte og hun ble i 2024 diagnostisert med ADHD. Forsikrede fremmet krav i 2024. Foretaket avsto og sa opp dekninger under henvisning at til forsikrede ga uriktige opplysninger. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avkorte kravet med 100 % og si opp forsikredes dekninger. Nemnda la til grunn at forsikrede ved å svare gjennomgående nei på spørsmål om plager i helseerklæringen, ga objektivt uriktige opplysninger i forbindelse med tegningen av forsikringen. Slik plagene var beskrevet i den kliniske dokumentasjonen, kunne nemnda ikke se at det var noen annen fornuftig forklaring på at forsikrede unnlot å opplyse om omfattende sykemelding, utover å få tegnet en avtale som hun ellers ikke ville fått, og fant derfor at den strenge bevisbyrden for svik var oppfylt. Foretaket kunne derfor avslå kravet og si opp forsikringene. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet i 2020 forsikring med dekning for uførhet, samt økte forsikringssummen på eksisterende dekning for død.

Forsikrede tegnet 1.5.15 dekning for død. Hun opplyste blant annet om diagnostisert depresjon i 2000, og bruk av medisiner fram til 2014, men at hun senere ble frisk.

Forsikrede ble 40% sykmeldt i juni 2015. Forsikrede slet med angst og depresjon, som hun tidligere hadde blitt medisineret for, samt muskulære spenninger. Hun ble fulgt opp av psykomotorisk fysioterapeut. Det fremgikk videre at forsikrede slet med dårlig arbeidsmiljø og mye stress, og var i kontakt med Nav angående omskolering. Sykemeldingsgraden forble 40 % fram til 18.9.15, hvorpå den ble økt til 100 %. Forsikrede var helt eller delvis sykmeldt ut året. Forsikrede var videre helt eller delvis sykmeldt pga. angst, depresjon, og andre psykiske plager gjennom første halvdel av 2016. I erklæring fra fastlege fra mai 2016 fremgår at forsikredes uførhet skyldtes «Blandet angst og depresjon». Det ble også vist til «Mangeårig sannsynlig irritabel tarm». I legeerklæring fra fastlege av juni 2017 ble det opplyst om depresjon og angst, men ikke bruk av medikamenter. Videre at forsikrede var gravid og delvis sykmeldt.

Forsikrede mottok fødselspenger i 2017-2018. I januar og februar 2018 ble forsikrede diagnostisert med mild tilbakevendende depresjon og 20% sykmeldt.

Forsikrede tegnet i 2020 uføredekning og økte samtidig dekningen for død. Ved tegning ble det 27.8.20 avgitt helseopplysninger.

Forsikrede besvarte i denne forbindelse ulike spørsmål. På spørsmål «Har du i løpet av de siste 5 år vært i kontakt med lege, [...] psykolog eller andre behandlere?», svarte forsikrede «Ja», og oppga svangerskap i hhv. 2019 og 2017. På spørsmål om utredning/prøver siste 12 måneder ble det opplyst om blodprøve og gastrundersøkelser uten funn. På spørsmål om resept på medisiner siste 3 år svarte forsikrede «Ja» og opplyste om antibiotika mot bihulebetennelse. Forsikrede opplyste om sykemelding fra november 2016 til august 2016 ved spørsmål om sykemelding og arbeidsuførhet over 14 dager de siste 5 årene. Forsikrede svarte «Nei» på følgende spørsmålet:

Har du de siste 5 årene – i to uker eller mer – hatt smerter/problemer/plager i nakke, skulder, armer/hender, rygg, bekken/hofte, knær, ben/føtter

[...]

[...] har du i løpet av de siste 10 årene hatt sykdom i fordøyelsesorganene?

[...]

Har du de siste 10 årene - i 2 uker eller mer – hatt [...] angst, depresjon eller andre psykiske lidelser [...]?

[...]

Har du i løpet av de siste 10 årene hadde hatt andre sykdommer, skader eller lidelser utover det du har opplyst om ovenfor, og som du må forstå er av betydning for selskapets vurdering av din helsetilstand.

Foretaket innvilget 15.12.20 søknad uten tillegg eller reservasjon.

Gjennom 2023 var forsikrede diagnostisert med «depresjon mild tilbakevendende».

I dialogmelding til Nav i januar 2024 opplyste fastlege at forsikrede var 100% sykmeldt grunnet depresjonssymptomer, var delvis tilbake i arbeid. Videre at forsikrede hadde gått til behandling hos psykolog, og at psykologen anbefalte utredning for ADHD, ettersom forsikrede slet med flere symptomer som kunne tyde på dette. Psykologen skrev videre at det var viktig at ikke forsikredes uro ble forvekslet med angst.

Fastlege opplyste i dialogmelding til Nav at forsikrede hadde vært sykmeldt siden 2022-2023 grunnet depresjonssymptomer og konsentrasjonsvansker, samt at forsikrede hadde fått diagnosen ADHD. Hun hadde startet behandling for dette, noe som også hadde medført bedring av depresjonssymptomene. Forsikrede hadde imidlertid fortsatt behov for antidepressiv behandling. Det fremgikk ellers at forsikrede jobbet 50 %. Fastlegen vurderte at forsikrede ikke ville ha kapasitet til å arbeide i en høyere stillingsprosent.

Nav innvilget arbeidsavklaringspenger fra 18.3.24.

Forsikrede fremmet krav i april 2025 og opplyste om første legekonsultasjon og første sykemeldingsdag 20.2.23. Om årsak til uførhet opplyste hun om mye fravær i hele den yrkesaktive karriere, og at det var så vidt hun greide å fullføre studier. Forsikrede opplyste at hun slet med plager som hodepine, indre uro og kaos i hodet, utmattelse og kroppslige smerter, manglende energi gjennom dagen og stort behov for hvile. Videre at hun var sensitiv for mye lyd og lys, og hadde urolig søvn.

Foretaket innhentet opplysninger fra fastlegekontoret 25.4.25. Foretaket mottok dokumenter fra Nav 21.5.25. Foretaket etterspurte 6.6.25 opplysninger fra lege ved klinikk og det ble purret 18.7.25. I brev til forsikrede av 18.7.25 opplyste foretaket at det ikke fikk innhentet opplysninger fra klinikken. Samme dag som purring ble sendt og forsikrede ble opplyst om dette, mottok foretaket journal fra klinikken. Foretaket ba 23.7.25 om ytterligere journaler fra fastlegekontoret.

I brev til forsikrede fra Nav datert 4.8.25 med tittelen «Du har mulighet til å jobbe litt eller delvis» fremgår at Nav la til grunn at forsikrede hadde slitt med tilbakevendende depresjon og konsentrasjonsvansker i flere år. Videre at hun hadde hatt mye fravær i hele den yrkesaktive karrieren, og også studiene var vanskelige å fullføre.

Foretaket purret fastlege i brev av 20.8.25. Det mottok ytterligere journaler fra fastlegekontoret 1.9.25.

Foretaket avholdt deretter samtale med forsikrede.

Foretaket avslo krav 6.11.25 idet det la til grunn at forsikrede svikaktig ga uriktige opplysninger og avslo med henvisning til forsikringsavtaleloven (fal.) § 13-2 første ledd. Subsidiært ble det anført at forsikrede utviste grov uaktsomhet. Det sa opp forsikredes dekninger. Det ble opplyst om klageadgang.

Nav innvilget 50 % uføretrygd i vedtak av 30.1.26.

Spesialist i psykiatri vurderte 6.2.26:

Ovennevnte ble i 2024 diagnostisert med ADHD, med hovedsaklig oppmerksomhetssvikt og konsentrasjonsvansker. Dette er en nevroutviklings forstyrrelse som har vært tilstede hele livet. Dette gjør at hun har problemer med blant annet utfylling av skjema, hun har kort oppmerksomhetsspenn og blir svært fort distraheret. Det er typisk for mennesker med ADHD at de kan hoppe over enkeltstående spørsmål eller en hel side på grunn av uoppmerksomhet.

Pasienten ønsket at jeg skulle informere om dette siden det skal ha blitt stilt spørsmål om besvarelser fra hennes side.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke ga uriktige opplysninger, og at hun uansett ikke utviste svik eller grov uaktsomhet.

Forsikrede ble medlem av den obligatoriske foreningsordningen i 2010, og den aktuelle uføreforsikringen ble akseptert i 2020. Karenstiden er for lengst utløpt. Plagene som tidligere ble vurdert som angst eller depresjon har senere vist seg å skyldes udiagnostisert ADHD, uoppmerksom type. Det var derfor ikke uriktig å svare nei på spørsmål om depresjon og angst.

Før forsikrede fikk diagnosen, var hun livredd for å gjøre feil, og måtte dobbelt- og trippelsjekke alt. Forsikrede har hatt plager i mange år, men har aldri ment at hun har hatt angst eller depresjon, selv om det var det legen begrunnet sykemeldingene med. Da forsikrede fylte ut helseskjema i 2020 anså hun plagene med angst og depresjon fra årene 2014-2019 som tilbakelagt.

På grunn av ADHD og lese- og skrivevansker var det stressende å svare på spørsmålene, og det ble ikke oppdaget at spørsmålene gjaldt 10 år tilbake i tid. Forsikredes kognitive problemer var ytterligere presset på grunn av omsorg for et lite barn med alvorlig kronisk sykdom og som ga betydelig belastning, stress og utmattelse. Forsikredes psykiatriske lege har bekreftet at hun hadde store problem å fylle ut skjema.

Når forsikredes plager ikke skyldes angst eller depresjon, er det heller ikke årsakssammenheng mellom svarene på spørsmålene og forsikredes delvis uførhet pga. ADHD. Foretaket har uansett ikke rett til å si opp øvrige dekninger.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige svar på spørsmålene om sykemelding, psykiske lidelser, problemer med nakke/skulder/rygg og sykdom i fordøyelsesorganene, og at det kan avslå krav og si opp dekninger, jf. fal. §§ 13-2 og 13-4. Om angivelige problemer med å fylle ut skjema viser foretaket til avgjørelse 2016-366.

Forsikrede hadde uansett ikke grunnlag for at hevde at foretaket «burde kjent til at opplysningene var uriktige eller ufullstendige». Om helseerklæringen 1.4.15 opplyste forsikrede at hun siden 2014 ikke lenger var plaget av angst og depresjon, og foretaket hadde ingen holdepunkter for at dette ikke også stemte seks år senere. Foretaket kan avslå krav og si opp alle dekninger.

Når det kommer til skyldgrad, må vurderingen ta utgangspunkt i helheten ved forsikredes helseplager og utfyllingen av helseerklæringen. Forsikrede har gjennomgående svart nei på spørsmål knyttet til plager og sykdommer hun beviselig har hatt. Foretakets avslagsbrev av 6.11.25 må forstås dithen at det ble anført svik, slik at dette også ble påberopt etter ugrunnet opphold etter fal. § 13-13. Subsidiært viser til at forsikrede utviste grov uaktsomhet.

Foretaket har til slutt anført ettersom forsikrede selv har sagt opp forsikringene, kommer spørsmålet om en eventuell oppsigelse av skadeforsikringene ville vært gyldig, ikke på spissen, og forsikrede har ikke rettslig interesse i å få dette avklart.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avkorte forsikredes krav med 100 %, og si opp øvrige dekninger, jf. fal. §§ 13-2, 13-5, 13-7 og 13-13.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikringstaker svikaktig eller grovt 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 behandlet foretaket forsikringskravet innen drøye seks måneder etter framsatt 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. Slik saken er opplyst for nemnda, er det på det rene at foretaket i sitt avslag påberopte seg svik overfor forsikrede.

Det neste spørsmålet for nemnda, er om forsikrede ga uriktige eller mangelfulle helseopplysninger da hun fylte ut helseskjema, og hvilke beføyelser foretaket i så tilfelle kan gjøre gjeldende.

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.

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

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 selskapet må påvise et økonomisk motiv. Høyesterett har i Rt-2000-59 presisert at 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. Og for begge vilkårene må det foreligge sterk eller klar sannsynlighetsovervekt. Ved grov uaktsomhet er spørsmålet om det var sterkt klanderverdig å gi de uriktige opplysningene, jf. Rt-1989-1318 og FinKN-2017-18. Beviskravet er tilnærmet likt som ved svik, men foretaket må ikke bevise at forsikringstaker hadde vinnings hensikt.

Ved bevisvurderingen tillegges tidsnære bevis størst vekt, jf. HR-2019-2336-A 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 FinKN-2021-318 og FinKN-2021-1.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikrede gjennomgående objektivt uriktig svarte nei på spørsmål knyttet til omfattende plager og sykdommer hun beviselig har hatt. Den strenge bevisbyrden for at forsikrede ga objektivt uriktige opplysninger om disse forholdene er oppfylt.

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

Slik saken er opplyst for nemnda, legger nemnda til grunn at forsikrede må ha forstått at helseopplysningene ville være av betydning for foretakets vurdering av forsikredes helse ved tegningen.

Ved svik må forsikringsforetaket også sannsynliggjøre at forsikrede må ha visst at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, og at opplysningene ble gitt eller holdt tilbake i den hensikt å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale, jf. Rt-2000-59. I nemndspraksis er det lagt til grunn at svik må anses bevist dersom det ikke finnes andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene.

Slik plagene er beskrevet i den kliniske dokumentasjonen, kan nemnda vanskelig se at det er en annen fornuftig forklaring på at forsikrede har unnlatt å opplyse om omfattende sykemelding, utover å få tegnet en avtale som hen ellers ikke ville fått. Nemnda bemerker at det her er tale om en forsikringstaker som tydelig er i stand til å gi svært detaljerte redegjørelser, mens opplysninger om omfattende plager og sykemeldinger er utelatt på direkte spørsmål. En forsikringstaker må

nødvendigvis gi fullstendige og korrekte opplysninger på alle spørsmål foretaket stiller, og dette er også presisert i erklæringen som forsikringstaker har signert. Den strenge bevisbyrden for sviks hensikt er oppfylt. Foretaket kan avslå krav og si opp dekninger, jf. fal. §§ 13-2 – 13-4.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant) og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).