

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-14

9.1.2026

Storebrand Forsikring AS

Livsforsikring/uføredækninger/pensjon

Avslag på søknad – manglende opplysninger – klagefrist – fal. § 1B-3 (6).

Forsikrede fylte ut helseerklæring, da han søkte om tre ulike dekninger i foretaket. Han svarte «nei» på alle spørsmål om tidligere helseplager. Da foretaket behandlet søknaden, innhentet det opplysninger fra et annet forsikringsforetak. Her kom det frem at det andre foretaket hadde avslått søknad om personforsikring to måneder tidligere, da forsikrede ventet på «Legekonsultasjon, samtaler, utredning eller kontroll». Foretaket ba forsikrede om ytterligere informasjon, noe forsikrede nektet. Foretaket avsto forsikredes søknader 29.1.24, fordi hans helsetilstand ikke var avklart. Foretaket orienterte om klagefristen på seks måneder. Forsikrede klaget til FinKN 13.3.25. Saken reiste spørsmål om fristen for å klage på avslaget var utløpt, og hvilken betydning dette eventuelt har. Nemnda tiltrådte sekretariatets vurdering om at oversittelse av seks måneders fristen i fal. § 1B-3 (6) innebar at forsikrede hadde tapt sin rett til å klage. Nemnda bemerket også at når forsikringssøker ikke svarer på spørsmål fra foretaket, har foretaket ikke grunnlag for å gjøre en vurdering, og foretaket har da normalt saklig grunn til å avslå søknaden. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede søkte i desember 2023 om Kritisk sykdom, Uføreforsikring og Livsforsikring. Helseerklæring ble fylt ut og signert elektronisk 6.12.23. Forsikrede svarte nei på alle spørsmål om tidligere helseplager.

I forbindelse med behandlingen av søknaden innhentet foretaket, etter fullmakt fra forsikrede, opplysninger fra et annet forsikringsforetak 8.12.23. Av svar fra det andre foretaket fremgikk at det hadde avslått søknad om personforsikring i november 2023, med den begrunnelse at forsikrede ventet på «Legekonsultasjon, samtaler, utredning eller kontroll».

Foretaket ba i henvendelse til forsikrede av 14.12.23 om ytterligere opplysninger om hva slags undersøkelse forsikrede ventet på og årsaken til undersøkelsen. Forsikrede svarte ikke på spørsmålet fra foretaket, men ba foretaket aktivere forsikringen. Foretaket ba da igjen om at forsikrede svarte på dets spørsmål den 18.12.23. Det gjentok spørsmålene 22.12.23, og på ny 8.1.24. Av siste melding fremgikk også:

Dersom vi ikke hører fra deg innen 28.01.2024 regner vi med at søknaden ikke lenger er aktuell og saken kan bli henlagt.

Samme beskjed ble gitt av foretaket i melding av 16.1.24.

Forsikrede svarte i melding av 18.1.24 at han ikke ville besvare spørsmålene og krevde bytte av saksbehandler. Foretaket ba 18.1.24 igjen om at forsikrede svarte på spørsmålene. Samme dag svarte forsikrede:

Opplysningene fra [annet foretak] eller [saksbehandler] er feil. Forsikringen ble iverksatt og skulle faktureres over en efaktura avtale som fungerte og forelå med [annet foretaket]. Imidlertid ble faktureringen foretatt av (annet foretak) gjennom postgang og som følge av feil i videresending i postgangen ved opphold i utlandet kom ikke fakturaen frem og forsikringen ble stoppet av den grunn. Det var ikke aktuelt å gå videre med [annet foretak] av flere årsaker. Det er egentlig det du har krav på og har behov for å vite om denne saken for å iverksette en livsforsikring. Det er ikke noe grunnlag til at en livsforsikring hos [foretaket] skal tilbakeholdes

Foretaket avsto i brev av 29.1.24 forsikredes søknad om forsikring på grunn av at hans helsetilstand ikke var avklart. Av brevet fremkommer:

...

Vi har opplysninger annet selskap der det fremgår at du fikk avslag på livsforsikring grunnet du ventet på time til lege, behandling, samtaler, operasjon eller på resultatet av medisinske undersøkelser eller prøver. Vi har forsøkt å hente denne informasjonen fra deg, men vi har ikke mottatt svar på dette spørsmålet og kan derfor ikke vurdere søknaden din.

...

Du har rett til å klage

Dersom vi helt eller delvis avslår din søknad har du krav på en saklig begrunnelse. Dersom du mener at vi ikke har gitt deg en saklig begrunnelse, kan du klage på avslaget. I klagen er det viktig at du får tydelig frem hva du er uenig i, og nye opplysninger som kan ha betydning for saken din. I henhold til forsikringsavtaleloven (fal.) § 1B-3 må du klage innen seks måneder etter at du mottok dette brevet ...

All kommunikasjon med foretaket har skjedd elektronisk.

Klage til Finansklagenemnda kom inn 13.3.25.

Forsikrede har i det vesentlige anført at foretaket ikke har rett til å nekte tegning av forsikring. Foretakets vurdering bygger ikke på deres egen vurdering. Andre foretaks vurderinger er lagt til grunn. Foretaket har etter forsikringsavtaleloven (fal.) § 12-4 ikke rett til å si opp forsikringen. Foretaket har heller ikke lov til å innhente opplysninger fra en kansellert forsikring. Avslaget fra foretaket skal klart og tydelig opplyse om klagefristen, og fremgangsmåten for en eventuell klage. Dersom dette ikke er gjort, må dette føre til ansvar for selskapet.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at klagefristen i fal. § 1B-3 (6) er oversittet. Foretaket anfører videre at foretaket i forbindelse med søknad om personforsikringer må innhente helseopplysninger for å kunne vurdere risikoen. Videre må foretaket kunne innhente opplysninger fra forsikrede. Forsikringen ble ikke godtatt ettersom forsikrede ikke besvarte de spørsmålene foretaket stilte. Foretakets avslag er da i tråd med fal. § 1B-3(2)

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om klagefristen i fal. § 1B-3 (6) er oversittet, og hvilken betydning dette eventuelt har. Subsidiært er spørsmålet om foretaket hadde saklig grunn til å avslå søknad om livsforsikring, uføreforsikring og forsikring for kritisk sykdom, når det ikke har mottatt etterspurte opplysninger.

Sekretariatet ga ikke forsikrede medhold. Sekretariatet la til grunn at seksmånedersfristen i fal. § 1B-3 (6) innebærer at forsikrede taper sin rett til å klage på forsikringsnektelse, uansett om foretaket i reservasjonsbrevet ikke opplyser om virkningen av oversittet frist, jf. bl.a. 2019-980. Foretaket avsto søknad 29.1.24. Forsikrede klagde ikke direkte til foretaket, men klagde til FinKN 13.3.25. Klagefristen var dermed oversittet ved klage til FinKN, og forsikrede hadde derfor ikke lenger klagerett.

Nemnda slutter seg til sekretariatets begrunnelse. For nemnda er det da ikke nødvendig å ta stilling til de øvrige spørsmål som saken reiser. Nemnda bemerker likevel at foretaket etter fal. § 1B-3 har rett til å be om de opplysningene som foretaket trenger for å vurdere søknaden om

forsikring. Når forsikringssøker ikke svarer på spørsmål fra foretaket, har foretaket ikke grunnlag for å gjøre en slik vurdering, og foretaket har da normalt saklig grunn til å avslå søknaden. Nemnda bemerker videre at saken gjelder søknad om forsikring. Fal. § 12-4 gjelder oppsigelse av allerede eksisterende forsikringer, og bestemmelsen er følgelig ikke relevant for vurderingen av denne saken.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Høgland (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant), og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).