

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-170

11.2.2026

KLP Skadeforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Tegning - manglende opplysninger - grovt uaktsomt- avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-3.

Forsikrede inngikk avtale om ulike dekninger, herunder en alvorlig sykdom dekning. Ved utfylling av helseerklæringsskjema opplyste hun om psoriasis, men svarte «nei» på bl.a. spørsmål om sykdom eller plager i fordøyelsesorganer, urinveier og rygg. Foretaket innvilget dekningen, med reservasjon for psoriasis. Forsikrede fikk senere påvist tarmkreft, og fremsatte krav overfor foretaket. Ved gjennomgang av forsikredes journaler, fant foretaket notater om plager i analområdet og urinveiene forut for tegningen, samt noe plager i korsrygg. Foretaket avsto kravet og sa opp dekningene, med henvisning til brudd på opplysningsplikten. Saken reiste spørsmål om forsikrede ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kunne avslå kravet og si opp dekninger. Nemnda bemerket at de tidsnære opplysningene tilsa at forsikrede grovt uaktsomt svarte uriktig på spørsmål om egne helseplager i analområdet, urinveiene og korsryggen. Foretaket kunne videre avkorte erstatningen med 100 %, og si opp den aktuelle dekningen, men ikke andre forsikringer. Nemnda ga forsikrede delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet i mars 2023 dekninger for alvorlig sykdom, ulykke, død og uførhet (uførepensjon 30 000 per år). Forsikrede opplyste at dekningen ble tegnet ifm. separasjon/skilsmisse fra tidligere ektefelle i 2023. Hun vedla forsikringsdokumenter fra tidligere dekning i et annet foretak, som bl.a. omfattet kritisk sykdom med lavere forsikringssum, og bekreftelser på at disse ble tegnet i 2012, og løp frem til oppsigelse 31.5.23.

Før tegning

I fastlegejournalen fremkommer i oktober 2022 et journalnotat med opplysninger om at forsikrede hadde plager med "anale smerter" og hemoroider, som ble antatt å være analfissur. Forsikrede fikk resept på medikamenter og beskjed om å komme tilbake ved manglende bedring. Videre fremkommer to journalnotater i januar 2023 med opplysninger om urinveisinfeksjon som ble behandlet medikamentelt.

I forbindelse med tegningen, ga forsikrede helseopplysninger 22.3.23. Hun opplyste om psoriasis, og svarte nei på bl.a. spørsmål om:

Har du i løpet av de siste 10 årene hatt sykdom eller plager i spiserør, mage, tarm, galleblære, lever eller andre fordøyelsesorganer?»

Har du i løpet av de siste 10 årene hatt sykdom eller plager i nyrer, urinveier eller underlivsorganer?

Har du i løpet av de 5 siste årene hatt sykdom eller plager i rygg, nakke skuldre eller armer gjentatte ganger eller sammenhengende i mer enn 14 dager?

Har du opplysninger om din helse som ikke har blitt fanget opp av spørsmålene i denne helseerklæringen, eller er det annen informasjon som er nødvendig for å kunne vurdere helsen din?

Etter tegning

Fastlege noterte 3.5.23 spørsmål fra foretaket om psykiske plager og sykemeldinger, og opplyste om utfordringer og plager knyttet til arbeidsforhold, samt bytte av arbeidsgiver i 2017-2018.

Foretaket innvilget dekningen 19.5.23 med reservasjon for psoriasis med følgetilstander. Dekningen alvorlige sykdommer omfatter bl.a. kreft.

Fastlegen sendte henvisning til sykehus 20.6.23 hvor det fremkommer at forsikrede siden oktober 2022 hadde hatt mye ubehag fra endetarm. Videre ble det notert ukentlige smerter i endetarm, og at hun kviet for å spise seg mett fordi hun da fikk avføringstrang, og hadde også hatt noen «uhell» om dette. Hun mente det ofte kom mye og friskt blod i avføringen. Avføringen hadde vært vedvarende mørk siden oktober, og hun var redd det var blod. Fastlegen tok blodprøver og henviste til rektoskopi.

Sykehuset noterte 15.9.23 at forsikrede over lenger tid hadde vært plaget av blod per anum, og at man i september 2023 hadde mistenkt ondartet svulst. Hun hadde hatt symptomer fra ca. oktober 2022. Hun ble koloskopert og det ble avdekket svulst. Det ble også gjort funn av mulig lungemetastase og funn i lever som kunne samsvare med to cyster. Forsikrede ble satt opp til neoadjuvant kjemoterapi i forkant av operasjon.

Forsikredes samboer ringte 21.4.24 til foretaket og opplyste at forsikrede «rundt september - 2023» hadde fått påvist tarmkreft med spredning. Foretaket opplyste at det opprettet sak under «annen sykdom» (alvorlig sykdom).

Foretaket mottok journal fra legesenteret, datert 13.6.24.

Sykehus A oversendte journaler 13.6.24.

Sykehus B oversendte journaler 14.6.23.

Foretaket avsto kravet 3.7.24, med den begrunnelse at forsikrede hadde utvist svik ved tegning. Foretaket sa også opp alle forsikredes dekninger.

Forsikredes fastlege skrev uttalelse 27.1.25 på oppfordring fra forsikrede ved advokat:

Hun har ikke tenkt på hemoroide eller analfissur som en "sykdom i fordøyelseskanalen". Hemoroider er en svært vanlig problemstilling, i følge legehåndboka.no har 1 av 3 voksne hemoroider som gir plager i varierende grad.

Det er vanlig med symptomer som kommer og går. Symptomene er ofte blødning (rødt blod ved defekasjon (avføring)), varierende grad av smerter og kan også gi analinkontinens og følelse av manglende tømming. Det ble også ved undersøkelse 20.10.22 funnet en ytre hemoroide, noe som gjør at det gjerne også er indre hemoroider. På grunn av sterke smerter ved palpasjon ble det vurdert at hun hadde en analfissur (en smertefull spekk i hud/slimhinne). Anbefalt ny legekontakt ved manglende effekt av standard hemoroidebehandling men tok ikke kontakt før 20.06.23 siden hun opplevde bedring av Xyloproct.

Hun har fortalt gjentatte ganger at undertegnede har skrevet inn feil opplysninger i notat 20.06.23 om at hun har hatt ubehag fra endetarmen siden oktober 2022, disse plagene hadde vart 2-3 uker. Det er vanskelig å få rettet feil opplysninger i journalen, og som kommentert 30.07.24 har denne setningen blitt hengende ved i epikrisene fra spesialisthelsetjenesten. Undertegnede er lei seg for at det ble skrevet inn feil i journalen.

Det er nok en ganske vanlig oppfatning i befolkningen at hemorider og plager rundt anus ikke nødvendigvis hører til "sykdom i fordøyelsessystemet" selv om det defineres innunder fordøyelsessykdommer i helsevesenet.

[...] legekontor beklager selvsagt sterkt at det ikke ble fattet mistanke om alvorlig sykdom ved kontaktene hun hadde i oktober 2022 og Juni 2023. men symptomene hennes ble, spesielt høsten 2022, oppfattet som

forbigående plager. Juni 2023 ble det igangsatt mer omfattende utredning med blodprøver og avføringsprøver og hun ble henvist videre juli 2023, men hennes lave alder tilsa at det ikke var mistanke om kreft. Hun fikk kreftdiagnosen 6.september 2023. Det er ingen grunn til å tenke at hun mars 2023, da hun fylte ut egenerklæringen til forsikringsselskapet, skulle ha noe ønske om å utsette noen utredning til etter at forsikringen var godtatt, eller hatt ønske om å skjule symptomer på alvorlig sykdom

Hun hadde krysset "nei" på at hun har hatt sykdom/plager i nyrer, urinveier eller underlivsorganer siste 10 år

Kommentar.

Urinveisinfeksjon er en svært vanlig sykdom i allmennpraksis og kun unntaksvis tegn til alvorlig sykdom. 3,5 % av alle kontaktårsaker i allmennpraksis gjelder urinveisinfeksjon (legehandboka.no). I følge Norsk helseinformatikk får 3-13 prosent av kvinner urinveisinfeksjon årlig.

Fra antibiotikaveileder i primærhelsetjenesten: "Symptomer og funn: - Smerter ved vannlating. – Hyppig vannlating. - Økt vannlatingstrang. - Eventuelt smerter over symfysen, lavt i ryggen eller diffust i underlivet. - Makroskopisk hematuri er ikke uvanlig. og korrelerer ikke med sykdommens alvorsgrad."

Ukomplisert urinveisinfeksjon håndteres vanligvis i allmennpraksis med å forsøke et av tre førstevalgs antibiotika, ved manglende effekt byttes antibiotika til et annet førstevalg. Det avtales vanligvis ingen oppfølging hvis symptomene forsvinner, og kreft står ikke som differensialdiagnose til ukomplisert urinveisinfeksjon i Antibiotikaveileder i allmennpraksis.

Når det gjelder spørsmålet om sykdommer i nyrer/urinveier eller underlivsorganer, er det derfor min mening som allmennlege at ukomplisert urinveisinfeksjon der antibiotika fungerer, er en så vanlig og ukomplisert problemstilling at det ikke nødvendig relevant å oppfatte seg selv som en person med sykdom i urinveiene selv om man har hatt en ukomplisert urinveisinfeksjon.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke ga uriktige opplysninger, og at de strenge beviskravene som gjelder ved svik og grov uaktsomhet uansett ikke er oppfylt. Det relevante er symptomer som hun oppsøkte legen for i tiden før hun fylte ut helseerklæringen. Det er også vist til fastlegens uttalelse, og at journalnotater før tegning er uriktige mht. plagenes varighet og omfang. De aktuelle helseopplysningene kan ikke knyttes til senere påvist kreft. Videre anføres at dekningen er en videreføring av en dekning tegnet i 2012, og som ble sagt opp i forbindelse med separasjon/skilsmiss fra tidligere ektefelle. Dersom forsikrede ikke hadde fått dekning i foretaket, ville hun beholdt sin tidligere dekning hos et annet foretak. Hun hadde derfor ikke incentiv til å gi uriktige opplysninger. Det er videre vist til avtale om rett til gjenopptak ved flytting av individuelle personforsikringer, og at spørsmålet i saken ut fra dette er hvilket av de to foretakene som er ansvarlige for tilfellet. I tillegg er det vist til HR-2018-874 og Rt-2000-59.

Foretaket anfører i hovedtrekk at forsikrede ga uriktige helseopplysninger. Hun unnlot på klare spørsmål å opplyse om sykdom/plager knyttet til «spiserør, mage, tarm, galleblære, lever eller andre fordøyelsesorganer, i nyrer, urinveier eller underlivsorganer?». Videre spørsmål om siste 5 år sykdom/plager/gjentatte i rygg, nakke skuldre eller arme», og spørsmål om «opplysninger om din helse som ikke har blitt fanget opp av spørsmålene i denne helseerklæringen, eller er det annen informasjon som er nødvendig for å kunne vurdere helsen din».

Hun var kort tid før tegning i kontakt med fastlege/behandlere om anale smerter, blødninger, tidvis mørk avføring, hyppig vannlatning, svie, ufullstendig tømming, uvelhet og korsryggplager før utfylling av helseerklæringen, uten at dette ble opplyst på klare spørsmål som omfattet disse. Hadde hun gitt korrekte opplysninger ville foretaket avslått søknaden. Ved å ikke opplyse om de aktuelle plagene, utviste forsikrede grov uaktsomhet.

Foretaket kan avkorte kravet med 100 % og si opp dekningen. Hadde foretaket fått de riktige opplysningene, ville forsikrede ikke fått tilbud om forsikring. Hun har derfor ikke krav på ny forsikring, jf. fal. § 13-3.

Avtalen om gjenopptak av forsikring gjelder en rett til å gjenoppta tidligere dekning dersom helsevurdering medfører reservasjon ol. som gjør det uheldig å flytte forsikringen, og er ikke relevant her. Avtalen ville uansett ikke gjelder økte beløp og utvidelse av dekninger.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav om erstatning under en dekning for bla alvorlig sykdom og uførhet, og reiser spørsmål om forsikrede ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avslå krav og si opp dekninger.

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 to 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.

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 2017-018. 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 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 svarte objektivt uriktig på spørsmål om egne helseplager i analområdet, urinveiene og korsryggen. 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. Det at hun eventuelt svarte og ikke tenkte mer nøye gjennom hva spørsmålet gjaldt, må ut fra formålet med spørsmålene og svarene, anses grovt uaktsomt. I lys av dette finner vi at den strenge bevisbyrden for at forsikrede var sterkt å bebreide for ikke å ha opplyst om disse er oppfylt.

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. Nemnda tilføyer at den i sin praksis har lagt til grunn at svik må anses bevist dersom det ikke fins andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene.

Slik plagene er beskrevet i den kliniske dokumentasjonen, og i lys av at forsikrede ikke synes å ha oppsøkt lege for disse helseplagene igjen før i tre måneder etter tegning, er det ikke tilstrekkelige holdepunkter for at forsikrede aktivt forsøkte å få en dekning hun forsto hun ellers ikke ville få tegne. Den strenge bevisbyrden for svikt hensikt er ikke 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. Nemnda legger til grunn at de uriktige opplysningene har medført at forsikrede har fått tegne en forsikringsavtale uten reservasjon, som nemnda legger til grunn at foretaket ville tatt, dersom det 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 er slik at plagene forsikrede skulle ha opplyst om, var symptom på den senere påviste kreft, og som kravet i saken gjelder. Skadeforløpet tilsier avkortning.

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 denne saken har foretaket avkortet 100 %. Nemnda har ingen innsigelser til foretakets avkortningsprosent.

Forsikrede gis ikke medhold i denne delen av klagen.

Forsikrede har vist til Finans Norges bransjenorm i «Avtale om rett til gjenopptak ved flytting av individuelle personforsikringer (gjeldende fra 1.9.23)». I denne saken er det ikke nødvendig å ta stilling til hvilken rettslig betydning en slik bransjeavtale vil ha i en kundeavtale. Avtalen gjelder en rett for forsikrede til å gjenoppta en tidligere dekning, dersom overgang til en ny avtale på grunn av helsevurdering gjør at reservasjon eller andre begrensninger til skade for forsikrede innebærer at det er lite gunstig for forsikrede å bytte forsikringsforetak. Avtalen gir imidlertid ikke noe fritak fra ny helsevurdering ved tegning av ny dekning i et annet foretak. Tvert imot er avtalens forutsetning at det avgis nye helseopplysninger, og at det innvilges en «angrefrist» til å gå tilbake til dekningen i sitt tidligere forsikringsforetak.

I medhold av forsikringsavtaleloven § 13-3 første ledd kan foretaket si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Nemnda kan ikke overprøve foretakets utøvelse av denne retten, jf. avgjørelse 2021-638. Når det ikke er utvist svik kan foretaket ikke si opp andre dekninger enn den aktuelle.

Etter nemndas syn kan det ikke uten videre legges til grunn at foretaket ville ha avslått dekningen, og foretaket må ta stilling til spørsmålet om ny dekning som om det var gitt korrekte opplysninger, jf. § 13-3. Dersom partene ikke blir enige kan forsikrede klage dette inn for Finansklagenemnda som en ny klagesak. Det er da foretakets tilbud eller avslag på slikt tilbud som er gjenstand for klage.

Forsikrede er ikke gitt medhold i klagen på en måte som gir grunnlag for et krav om erstatning for utgifter til juridisk bistand.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold i at foretaket ikke kan si opp andre dekninger enn den aktuelle, og at foretaket kan ha plikt til å tilby ny dekning etter § 13-3. For øvrig kan forsikrede ikke få medhold i klagen.

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