

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-236

4.3.2026

Fremtind Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføredekning – uriktige opplysninger – avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-3, 13-4, § 13-13.

Forsikrede tegnet en uføredekning i 2022. I helseerklæringen opplyste forsikrede om smerter fra bekken etter fødsel i mai-juli 2021, at hun var sykemeldt ca. 3 måneder i 2021 og 10 måneder i 2019. Utover dette ble det ikke opplyst om noen plager. Før tegningen hadde forsikrede bekkenplager, ryggsmarter, skulderplager, og langtidssymptomer etter covid-19. I etterkant vedvarte plagene, og forsikrede ble også diagnostisert med parestesi, muskelsmerter og komplisert migrane. Foretaket avsto krav og sa opp dekningen under henvisning til at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved tegningen. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avkorte kravet med 100 %. Etter en konkret gjennomgang av sakens opplysninger la nemnda til grunn at forsikrede hadde svart objektivt uriktig på flere av spørsmålene i helseerklæringen, og at dette var grovt uaktsomt. Det var usikkert om det var årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og den inntrådte skaden, og nemnda reduserte avkortningen til 80 %. Nemnda la ellers til grunn at foretaket kunne si opp forsikringen. Nemnda ga forsikrede delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede hadde en uføredekning i foretaket, tegnet hhv. i 2007 og 2013. Hun tegnet i 13.5.22 en økning i dekningen.

Opplysninger før tegning 13.5.22

Forsikrede fødte barn flere barn i perioden 2007-2015.

Fastlege noterte 4.1.18 om konflikt på jobb, søvnproblemer og smerter i hele kroppen.

Forsikrede ble 20.3.19 100 % sykemeldt, og fastlege noterte at forsikrede hadde hatt plager med bekken i alle graviditeter, og de siste 10 årene også smerter utenom graviditet. Videre at hun siden 2018 hadde hatt daglige smerter. Det ble videre notert vedvarende plager, fortsatt sykemelding, trening samt henvisning til MR. I notat av 26.8.19 fremgår at MR viste «påleiringer ventralt L4-5».

I nevrologisk epikrise av 11.11.19 fremgår at forsikrede var henvist på grunn av korsryggsmarter, og hadde hatt behandling hos fysioterapeut og kiropraktor uten særlig effekt. Plagene ble oppfattet å være fibromuskulære og hun ble anbefalt fortsatt trening av rygg og kjernemuskelatur.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet 10.2.20 til Nav var det notert ryggsmarter og bekkenbunnsmerter som diagnoser.

I Navs infotrygd ble forsikrede registrert med 100 % sykemelding fra 1.4.19 til 4.9.19, deretter 50-80 % til 9.1.20, og til slutt 100 % til 24.2.20. Det ble i hovedsak vist til diagnose bekkenbunnsmerter ved alle sykemeldingene.

Fastlege noterte 25.1.21 arbeidsrelaterte ryggsmarter fra før jul og at hun ber om 3 ukers sykmelding. Navs infotrygd registrerte sykemelding fra 25.1.21 til 14.2.21.

Videre noterte fastlege 28.4.21 "igjen lumbosacrale smerter", og at hun ønsket 2 uker sykmelding.

Fastlege noterte 10.5.21 smerter i høyre arm etter et fall ca. en måned tidligere, og at forsikrede ønsket forlenget sykemelding. Deretter ble det notert om fortsatte plager i høyre skulder frem til 29.7.21, hvor det fremgikk at forsikrede skulle prøve 50 % arbeid fra 9.8.21.

Navs infotrygd noterte 80-100 % sykepenger utbetalt fra 12.5.2.21 til 9.8.21, deretter 50 % til 29.8.21.

Fastlege noterte 5.11.21 at forsikrede hadde migrene og var plaget av rennende nese, samt at forsikrede det siste året hadde våknet med neseblod hver morgen.

Videre ble det 10.1.22 notert at forsikrede hadde testet positivt for covid-19. Den 2.2.22 ble det notert at forsikrede følte seg «trett som et vondt år», og 21.4.22 at forsikrede hadde hatt globusfornemmelse i en måned. Deretter 29.4.22 at forsikrede slet med dårlig form etter covid i januar, at hun sov dårlig, men at Tolvon 5 mg hadde god effekt.

Opplysninger ifm. tegning 13.5.22

Forsikrede avga helseerklæring 13.5.22. Det ble svart «Nei» på spørsmål om hun hadde hatt:

- Sykdom, skader eller plager i rygg, nakke, skuldre eller armer som har vart i mer enn 14 dager, eller som har kommet igjen flere ganger?
- Sykdom, skader eller plager i ankler, bekken, hofter eller knær som har vart i mer enn 14 dager, eller som har kommet igjen flere ganger?

Forsikrede svarte «Ja» på spørsmål om:

Andre sykdommer, skader eller plager i muskler, sener eller ledd som har vart i mer enn 14 dager, eller som har kommet igjen flere ganger?

Videre ble det svart «Nei» på spørsmål om:

- Uklare eller langvarige smerter, problemer med søvn, eller har du vært utbrent eller langvarig utmattet, sliten eller trøtt?

[...]

- Migrene, (de siste 10 år) gjentatt eller langvarig hodepine, eller gjentatt eller langvarig svimmelhet? Du trenger ikke oppgi kortvarig hodepine som blir bedre med reseptfrie medisiner

[...]

- HIV, hepatitt, Covid-19 eller andre infeksjonssykdommer? Du trenger ikke oppgi kortvarige infeksjoner i luftveiene, influensa eller forkjølelser.

[...]

- Har du vært helt eller delvis sykemeldt i mer enn 14 dager av andre grunner enn de du har oppgitt tidligere? Gjelder de siste 5 årene.

[...]

Ved tilleggsspørsmål om «muskler, sener, ledd» fremgår:

Beskriv muskel-, sene-, eller leddplagene og oppgi diagnose hvis mulig.

[Forsikrede svarte]: Smerter fra bekken etter fødsler, ingen funn etter utredning, kun smerter

Har du hatt plagene eller vært under behandling i løpet av de siste 12 månedene?

[Forsikrede svarte]: Nei

Når og hvor lenge hadde du plagene? (Oppgi varighet og årstall) Du trenger ikke oppgi nøyaktige datoer.

[Forsikrede svarte]: Mai-juli 2021

Har du hatt disse muskel-, sene-, eller leddplagene flere ganger?

[Forsikrede svarte]: Nei

Har du vært sykemeldt på grunn av disse muskel-, sene-, eller leddplagene i mer enn 14 dager?

[Forsikrede svarte]: Ja

Oppgi alle sykemeldingsperioder med årstall og varighet. Du trenger ikke oppgi nøyaktige datoer.

[Forsikrede svarte]: Ca 3 mnd i 2021 og ca 10 mnd i 2019

På bakgrunn av disse opplysningene aksepterte foretaket utvidet dekning 19.6.22, uten særlige tillegg ut over tilpasning av pris ved endring av yrke.

Opplysninger etter tegning 13.5.22

Fastlege henviste 30.5.22 forsikrede til MR av halsen pga. vedvarende plager med globusfølelse i lufttrøret. Det ble notert "3 mnd historikk med grobusfornemmelse i hals", som "føles som press mot trachea, med noe utstråling opp langs venstre side av hals".

Videre noterte fastlege 19.6.22 at MR ikke påviste funn, utover "noe fortykket venstre m SCM"

I notat av 4.7.22 fremgår fortsatte plager på tross av fysioterapi, og forsikrede ble henvist til nevrolog. Hun ble 12.8.22 henvist til ny MR av caput/cervicalcolumna.

Fastlege noterte 1.2.23 at forsikrede ba om sykmelding pga. spasmer i halsen, at hun hadde fått botoxbehandling for to uker siden, og at hun hadde time hos nevrolog om to uker. I epikrise av 14.2.23 fra nevrologisk avdeling fremgår at forsikrede fikk to botox-behandlinger med begrenset effekt. Hun var videre til kontroll 2.3.23 og det ble notert at hun var utredet med MR uten funn.

I epikrise av 17.3.23 ble det notert om fortsatt globusfølelse venstre side, og at forsikrede hadde hatt det i ett år. Det ble henvist til CT epipharynx for å utelukke eagles syndrom.

Nevrologi noterte videre 22.5.23 at forsikrede opplevde dramatisk endring i det kliniske bilde ila. april, herunder «12 migreaneanfall (vanligvis 4-5 pr år)» og «stort funksjonsfall, er sengeliggende, opplever nummenhet i høyre arm og brenning i fremre del av tungen». Hun ble henvist til MR cerebrum.

I legeerklæring ved arbeidsuførhet 21.3.24 var hoveddiagnose slapphet/tretthet og bidiagnose migrene.

I epikrise av 23.4.24 fra nevrologisk avdeling fremgår at forsikrede ble diagnostisert med «M4 78 Spondylose», «NOS Parestesier», «L 18 Muskelspasme IKA», og «G433 Komplisert migrene». Videre at MR viste prolaps C5/C6, men at det pr da ikke var indikasjon for operasjon. Det fremkom videre at forsikrede hadde migrene med aura 0-2 gg pr måned. Det ble avtalt kontroll om tre måneder.

I arbeidsevnevurdering av 16.5.24 ble det blant annet notert:

[...]

FORHOLD SOM PÅVIRKER MULIGHETENE:

Du har over flere år hatt gjentatte sykemeldinger. Du har nå maks dato på sykepenger 13.06.2024.

Det ble i dialogmøte konkludert med at det ikke var aktuelt å gå tilbake til din stilling på [...], med årsak i dine helseutfordringer.

Din fastlege [...] skriver i legeerklæringen at hoveddiagnose er slapphet og tretthet, bidiagnose er migrene.

Din fastlege skriver at du har multiple uspesifikke symptomer som inkluderer fatigue, parestesier i venstre arm og økning i migreaneanfall. Du har i en periode vært sengeliggende og totalt utslått. Du føler til stadighet at du ikke har krefter til arbeid.

Du ble på grunn av utstrålende smerter i venstre overarm, lumbale ryggplager, parestesier i leggene og føttene og fasciculasjoner i leggmuskulaturen og under fotsålen, henvist til MR MR- undersøkelser 12.08.23 viser generelle degenerative forandringer og rotasjon i høyre C6 rot, men ingen nevneverdig tranghet for cervikale nerverøtter på venstre side eller for med ulla.

Din fastlege skriver at det ikke foreligger behandling eller kirurgisk utredning som er aktuelt å tilby nå og du er ferdig utredet.

Forsikrede meldte krav 30.5.24, og opplyste at første legebesøk var 19.5.23, samt at hun hadde vært sykemeldt siden da. Videre at sykemeldingen skyldtes «Slapphet/Tretthet og migrene, samt prolaps i nakken på venstre side».

I legeerklæring fra fastlege til foretaket av 19.6.24 opplyste fastlege at han hadde forsøkt å få kontakt med foretaket per telefon uten å lykkes. Videre «Noe komplisert sak denne. Ta kontakt hvis det ønskes utdypende svar. Har derfor lagt ved div journal- og epikrisenotater.

Fastlegen svarte videre at hovedårsaken til uførheten var «usikkert», og at det var «flere ulike problemstillinger. Det ble vist til epikriser som var vedlagt. Fastlegen svarte at første symptomer på skade/sykdom var 21.4.22, og at diagnose ble silt 3.6.22. Om medvirkende årsaker ble det svart «Mulige psykiske, langtidssykemeldt gr. arbeidsmessige forhold».

Om viktigste objektive funn viste fastlegen til epikrise og oppga dato 4.1.18. Videre at helsetilstanden var uendret per 9.3.24. Om andre behandlere/sykehus mm viste fastlegen til epikrisene som var vedlagt. Fastlegen mente det medisinsk ikke var grunn til at forsikrede ikke kunne gjenoppta arbeidet, og at det av medisinske grunner var ønskelig med annet arbeid. Fastlegen skrev også at det ikke var samsvar mellom objektive funn og de plager forsikrede oppga å ha. På spørsmål om det forelå overdrivelse av uførhet skrev legen «vet ikke».

Nav innvilget 20.6.24 arbeidsavklaringspenger fra 14.6.24. Beregningstidspunktet ble satt til 1.2.23.

I intern korrespondanse hos foretaket av 24.7.24 fremgår:

Her er det en rekke opplysninger hun burde ha gitt oss langvarige bekkenbunnsplager som hun også har hatt mellom fødsler ryggplager, migrene (riktig nok ikke mange anfall pr. år 4-5 og er ikke opplyst at hun har benyttet reseptbelagte medisiner, se spm) plager i v. skulder etter fall, langvarig slitenhet etter covid globusfølelse (trykkfølelse i hals)

Hadde disse opplysningene vært kjent ville hun ha fått avslag på økning av UP i minst et år og helsesituasjonen videre gjør at det fortsatt ville ha blitt et avslag hvis en ny vurdering senere.

Foretaket avsto krav og sa opp dekningen 27.9.24, idet det la til grunn at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved dekningen. Det ble opplyst om mulighet for å klage internt og til Finansklagenemnda.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke ga uriktige opplysninger. Det må sees hen til situasjonen da svarene ble gitt. Alt som står i journaler mm. etter tegning er irrelevant for saken. Mange av plagene foretaket anfører, skyldtes mest sannsynlig stress i en lenger periode, og er ikke relevante for hvorfor forsikrede nå er ufør.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved tegning, og at foretaket kan avslå kravet og si opp dekningen. Legen noterte covid-19 i januar 2022. Forsikrede slet i april fortsatt med slitenhet etter dette, samt vedvarende globusfornemmelse i halsen. Av Navs registre fremgår sykemeldinger i årene 2017-2021 for ryggplager, bekkenbunnsmerter og myalgi interkostalt. Ryggklinik i 2019 viser plager i lumbosakralovergang. I fastlegens uttalelse fremgår at årsaken til uførheten er sammensatt og uklar. Journaler viser mangeårige migrene, og daglige plager med/fra bekken siden 2018. Om

avkortning er det årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og de plager som begrunner kravet, og foretaket ville ha avslått søknaden om forsikrede hadde gitt korrekte opplysninger, jf. vurderingen av 24.7.24. Foretaket kan derfor avslå kravet i sin helhet, og si opp dekningen, jf. §§ 13-2 og 13-3.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om foretaket kan avkorte kravet med 100 % som følge av at forsikrede ga uriktige helseopplysninger da hun økte uføredeknning med kr 52 000 per år.

Det er en forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede grovt uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen, 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 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, der det legges til grunn at en kvalifisert mistanke kan være tilstrekkelig for at fristen begynner å løpe. Lengden på fristen 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, jf. avgjørelse FinKN-2017-552. Det vil si at foretaket må gis tilstrekkelig tid til å innhente opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte deres 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 ble krav ble fremmet 30.5.24. Foretaket behandlet kravet innen fire måneder etter at det ble fremsatt. Etter nemndas syn har foretaket hatt tilstrekkelig fremdrift i perioden, ikke minst med tanke på at juli må anses som feriemåned, og at det i praksis tas hensyn til ferieavvikling. Det er også i tråd med GDPR-regelverket at foretaket innhenter journaler i flere omganger. Etter mottak av Nav-dokumenter ble det raskt avholdt utredersamtale i starten av august 2024. Foretaket måtte deretter gis rimelig tid å vurdere den samlede informasjonen, og avslaget 27.9.24 er etter nemndas syn gitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13.

Fal. § 13-2 annet ledd fastsetter at foretakets ansvar kan settes ned eller falle helt bort om forsikringstaker/forsikrede har forsømt opplysningsplikten, såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Er forsikringstaker/forsikrede mer enn bare lite å laste for de uriktige opplysningene, kan forsikringsforetaket si opp forsikredes dekninger, jf. § 13-3.

Det følger av fal. § 13-1a første ledd 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. Det sentrale i opplysningene som etterspørres, er at de skal danne grunnlag for foretakets risikovurdering. Formålet står 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.

Foretaket må bevise at forsikringstaker/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, som er klar sannsynlighetsovervekt både for spørsmålet om det ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

I 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 2021-318 og 2021-1.

Forsikrede fikk spørsmål om sykdom/skader/plager i rygg, nakke, skuldre, armer, ankler, bekken, hofter, knær eller andre sykdommer, skader eller plager i muskler, sener eller ledd i mer enn 14 dager eller som hen hadde fått igjen flere ganger. På disse opplyste hen om «smerter fra bekken etter fødsler og som var uten funn. Videre at hen ikke hadde hatt slike plager de siste 12 måneder. På spørsmål om hvor lenge hen hadde hatt plagene svarte forsikrede «mai-juli 2021». Forsikrede svarte nei på spørsmål om hen hadde hatt plager flere ganger, samtidig som hen på spørsmål om sykemeldinger pga. dette svarte ja og oppga «Ca 3 mnd i 2021 og ca 10 mnd i 2019».

De medisinske journalene viser at forsikrede hadde plager fra bekkenområdet mer eller mindre vedvarende i 10 år, og at disse ble forverret fra sommeren 2018. Det ble i 2019 og 2020 også notert plager i korsryggen. Forsikredes svar på spørsmålet om plager i rygg/bekken i mer enn 14 dager var da klart uriktige. Svaret ble til en viss grad rettet opp ved at forsikrede opplyste om sykemelding for slike plager i hhv. 11 måneder i 2019 og i 3 måneder i 2021. Det samlede svaret er etter nemndas syn likevel klart uriktig, i lys av at forsikrede har hatt vedvarende smerter i mange år.

Notater 25.8.23 og 21.3.24 om plager i lumbalområdet siden 2014, indikerer at forsikrede hadde hatt disse plagene hele tiden, og at det også er svart uriktig på spørsmålet om hen hadde hatt slike plager de siste 12 månedene. I lys av den strenge bevisbyrden legger nemnda likevel ikke til grunn at dette spørsmålet er besvart uriktig.

På bakgrunn av at fastlegen 10.5.21 og fram til 29.7.21 noterte plager i arm/skulder etter et fall i april -21, finner nemnda at det var klart uriktig å ikke opplyse om dette under spørsmål om plager i arm/skulder.

Videre finner nemnda at spørsmål om langvarig slitenhet var klart uriktig besvart når forsikrede ikke opplyste om at hen i slutten av april 2022 fortsatt var svært sliten fra Covid-19 påvist i januar 2022. Journaler viser videre at forsikrede i mange år før tegning i 2022 hadde hatt migrene med flere anfall per år, og det var da uriktig å svare nei på spørsmål om migrene. Det var også uriktig at forsikrede, på spørsmål om andre plager, ikke opplyste om at hen hadde hatt globusfornemmelse i halsen siden midten av mars 2022, og fortsatt hadde dette da hen ga helseopplysninger.

Nemnda bemerker at foretaket ikke kan få medhold i sin anførsel om at det var uriktig å ikke opplyse om andre sykemeldinger på minst 14 dager, uten at dette er nærmere presisert eller dokumentert.

Nemnda finner det ikke tvilsomt at forsikrede er sterkt å bebreide for at det ikke ble opplyst om mangeårig migrene, og vedvarende plager i bekkenområdet i mange år. Videre er forsikrede etter nemndas syn sterkt å bebreide for at hen ikke opplyste om påvist Covid-19 kort tid før hen ga

helseopplysninger, og vedvarende slitenhet etter dette, samt globusfornemmelsene hen hadde hatt i flere måneder, og som ikke ga seg.

Den strenge bevisbyrden for at forsikrede med disse svarene utviste grov uaktsomhet er etter nemndas syn oppfylt.

Det bemerkes at foretaket kan gjøre gjeldende at opplysninger var uriktige/mangelfulle selv om det på tidspunktet for avgivelse av helseopplysninger ikke var stilt en diagnose. Det er heller ikke et krav om at det er årsakssammenheng mellom de mangelfulle opplysningene og den senere uførheten. Hvorvidt det er årsakssammenheng kan imidlertid, som nemnda kommer tilbake til, ha betydning for avkortningens størrelse.

Det kreves at de uriktige opplysningene har hatt betydning for foretakets risikovurdering, jf. § 13-4. Dersom foretaket ved korrekte opplysninger ville ha tatt reservasjon og/eller premieforhøyelse, har de uriktige svarene hatt betydning for risikovurderingen.

Foretaket har i klagesvaret 14.1.25 opplyst at «Den 24.07.2024 fremgår av selskapets systemer at risikoavdelingen, etter en gjennomgang av legeopplysningene, kom frem til at klager hadde fått avslag i minst et år dersom opplysningene hadde vært kjent». Videre er vurderingen fra risikoavdelingen vedlagt. Nemnda finner ikke grunn til å betvile opplysningene fra foretaket.

Nemnda legger etter dette til grunn at foretaket har oppfylt den strenge bevisbyrden for at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger, samt at de uriktige opplysningene hadde betydning for foretakets risikovurdering.

Det følger av § 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. 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. Det vises til det som er sagt om de ulike momentene i FinKN 2025-855.

Nemnda har lagt til grunn at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger. Grov uaktsomhet tilsier i seg selv avkortning. Videre er det lagt til grunn ovenfor at de mangelfulle opplysningene hadde betydning for foretakets risikovurdering. Det følger av foretakets svar, at de uriktige opplysningene har ført til at forsikrede har fått tegne en forsikringsavtale som foretaket ellers ikke ville inngått. Nemnda legger til grunn at forsikrede ville fått avslag i minst et år dersom opplysningene var kjent. Det bemerkes at foretaket etter nemndas syn med fordel kunne redegjort ytterligere for vurderingene. Feilens betydning for risikovurderingen tilsier at det i denne saken skal avkortes.

Når det gjelder «skadeforløpet», innebærer denne formuleringen uttrykk for et krav om årsakssammenheng mellom det forhold som det er gitt uriktige opplysninger om, og den inntrådt skaden, jf. bl.a. FinKN 2025-855. I denne saken tilsier ikke skadeforløpet at det skal avkortes fullt ut.

Etter nemndas syn har ikke foretaket redegjort tilstrekkelig for på hvilken måte det mener det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og det aktuelle kravet. I brev 19.12.25 vises det til svaret fra legen 27.6.24, og deretter konkluderes det med årsakssammenheng. Usikkerhet knyttet til dette er foretakets risiko. Fremlagte journaler fra tiden etter tegning og fra tiden etter at forsikrede ble sykmeldt våren 2023 viser til dels andre plager enn de som de uriktige svarene gjelder, og fastlegen påpeker at det er et sammensatt årsaksbilde. Nemnda har ikke grunnlag for å ta stilling til hvilke plager som er årsak til uførheten, eller hvor stort bidrag som kommer fra den

enkelte årsak. Det er likevel på det rene at mange av de samme plagene forsikrede hadde før tegning er medvirkende. Etter nemndas syn er årsakssammenheng sannsynliggjort.

I saker der 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, har en i nemndspraksis typisk avkortet mellom 70-100 %, jf. FinKN 2025-855.

I lys av momentene ovenfor, herunder usikkerhet knyttet til årsakssammenheng, finner nemnda etter en konkret vurdering at avkortning må begrenses til 80 %.

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

Forsikrede gis delvis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Barbro Paulen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).