

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-552

26.5.2026

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Helseforsikring – tegning – uriktige opplysninger – oppsigelse – uten ugrunnet opphold – fald §§ 13-1, 13-1a og 13-13.

Forsikrede tegnet helseforsikring i 2023. Før tegning hadde forsikrede lavt stoffskifte og var plaget med pustestans, hørselsproblemer, carpal tunnel syndrom, fibromyalgi, knesmerter, ryggproblemer, psykiske plager og smerter i føttene. Ved helseerklæring ble det opplyst om lavt stoffskifte, men ingen plager utover dette. Forsikrede meldte krav i forbindelse med henvisning 6.5.24. Foretaket avvendet med å ta stilling til kravet, og etterspurte fullmakt til innhenting av journal 23.5.24. Foretaket mottok fullmakt 12.7.24. Etter purring til legesenteret mottok foretaket journalen 30.1.25. Som følge av helseplager i journalen det ikke ble opplyst om ved tegning, etterspurte foretaket 18.3.25 en samtale med forsikrede. Forsikrede ønsket ikke noe samtale. Foretaket sa opp forsikringen 8.4.25. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne si opp forsikringen som følge av uriktige opplysninger gitt ved tegning. Videre om oppsigelsen var gitt uten ugrunnet opphold. Nemndas flertall bemerket at foretaket i perioder hadde hatt en relativt passiv oppfølging av saken, og kom til at foretaket ikke hadde gitt beskjed om sitt standpunkt uten ugrunnet opphold. Foretaket mistet da retten til å påberope seg eventuelle uriktige opplysninger ved tegning av forsikringen. Nemnda ga forsikrede medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet helseforsikring i foretaket høsten 2023 og fylte ut helseerklæring i 27.9.23. Det ble inntatt «en begrenset reservasjon for lavt stoffskifte».

Opplysninger før tegning:

Av epikrise høsten 2019 fremkommer at forsikrede var plaget med depresjon, angst, fibromyalgi og kroniske smerter i begge føtter. Forsikrede hadde vært til vurdering hos revmatolog, samt blitt fulgt opp av ortoped grunnet smertene i føttene.

Høsten 2020 henviste fastlegen forsikrede til ØNH som følge av at forsikrede var sliten på dagtid, samt ofte fikk pustestopp under søvn. Det var også notert at forsikrede hadde mangeårige smerter i høyre kne, og var plaget med forverring av hjertebank.

Forsikrede ble samme høst/ vinter operert for karpaltunnellsyndrom. Av journalnotater fremgikk at forsikrede i etterkant hadde hatt mye smerter, uten at man kunne finne årsaken til dette.

Det ble tatt MR av høyre kne i februar 2021 som blant annet viste redusert brusk, og fastlegen noterte senere med jevne mellomrom at hen fortsatt hadde smerter i kneet, men at smertene i hånda var bedre etter operasjon.

Samme år noterte legen at forsikrede hadde blitt utredet ved hjertepoliklinikken uten funn, og at hen fortsatt var plaget med periodevis hjertebank. Videre er notert at forsikrede hadde mindre angst, samt at forsikredes plager knyttet til nattlig pustestopp og slitenhet hadde øket på.

I 2022 fremkommer notater om at forsikrede var plaget med fibromyalgi, mangeårige smerter i høyre kne og ankel. Søvnregistrering foretatt i april 2022 ga ingen holdepunkter for søvnapnesyndrom. Det ble tatt ny MR av høyre ankel og kne som viste betennelsesforandringer og degenerative forandringer.

Forsikrede var innlagt på sykehus i to dager i mai 2022 grunnet akutt lumbago. I 2023 fremkommer videre notater om plager over flere år med urinlekkasje og dårlig hørsel. Videre at forsikrede følte seg deprimert og trist, samt slet mye med kroniske muskelsmerter knyttet til fibromyalgi, og smerter i begge knær.

Opplysninger ifm. tegning:

I mal for informasjon om hvordan spørsmål presenteres ved helseerklæring fremgår viktigheten av å være ærlig, og betydningen av evt. feilaktige opplysninger. Videre at «Om du klikker på spørsmålstegnet [...] får du opp mer informasjon». Før spørsmålene presiseres:

Her oppgir du alle sykdommer og helseplager du kjenner til og/eller får/har fått behandling/medisinering for. Behandling inkluderer tabletter, sprøyter og lignende selv om du ikke har plager i det daglige. Du må velge ett eller flere alternativer

Vennligst velg ett eller flere alternativer
[...]

Ved forsikredes utfylling av 27.9.23 ble det krysset av ved at forsikrede «har fylt ut helseerklæringen og erklærer med dette at opplysningene er så fullstendige og nøyaktige som mulig [...]».

Forsikrede svarte blant annet nei «Nei (ikke valgt)» på spørsmål om:

Hjerte og blodårer

[...]

Øre og hørsel

[...]

Psykiske lidelser/oppfølging, utbrenthet og adferdsproblemer (inkludert ADHD/ADD), samt søvnvansker»

[...]

Muskel-, skjelett- og revmatiske lidelser

[...]

Problemer med knær, ankler, hofter, skuldre, rygg, nakke, armer og bein

[...]

Nyrer og urinveier

Videre svarte hen «Nei» på spørsmålene:

Er du henvist til fremtidig undersøkelse eller er du under medisinsk utredning?

Har du brukt noen av disse medikamentgruppene sammenhengende (eller ved anfall) i mer enn 2 uker de siste 2 årene?

[...]

Antidepressiva/angstdempende

[...]

Har du i løpet av de siste tre årene oppsøkt lege eller annen behandler på grunn av kraftløshet, tretthet, utmattelse, nummenhetsfølelse eller smertetilstand?»

Opplysninger etter tegning:

I henvisning av oktober og november 2023 fremkommer at forsikrede hadde slitt med kroniske smerter i høyre skulder over flere år, samt hadde gått til fysioterapi i mange måneder. Ved undersøkelse på sykehus i januar 2024 fremkom at forsikrede hadde hatt økende smerter i skulderen som ble knyttet til et fall året før. Videre gjennom 2024 ble det notert korsryggsmerter gjennom flere år med utstråling til begge ben, samt at MR ikke viste påvirkning fra nerverøtter.

Opplysninger om foretakets saksbehandling

Det ble meldt sak til foretaket vedrørende MR av ryggen 6.5.24. Saksbehandler i foretaket oversendte saken til medisinsk avdeling siden det var beskrevet helseplager som det ikke var opplyst om i helseskjemaet. Medisinsk avdelingen oversendte 15.5.24 saken til gruppen som behandler brudd på opplysningsplikten. Det ble 21.5.24 avgjort at det var nødvendig å innhente forsikredes fullmakt.

I melding fra foretaket til forsikrede av 23.5.24 opplyste foretaket at det hadde forsøkt å ringe forsikrede vedrørende saken, og at det var nødt til å innhente journal for de siste 3 årene. Videre at forsikrede ville «motta et utvidet fullmaktsskjema vi trenger at du signerer», og at «Saken vil bli satt på vent inntil vi har fått journalen. Foretaket purret forsikrede i melding av 28.6.24, og opplyste at det på nytt hadde oversendt fullmaktsskjema til forsikredes e-post. Samme dag ble det i melding på forsikredes konto svart:

Hei Det ble videre sendt melding 3.7.24, fra forsikrede til foretaket, at det ikke hadde blitt mottatt noe e-post om innhenting av fullmakt.

Foretaket opplyste i melding til forsikrede 4.7.24 at det var behov for fullmakt i saken, og spurte om hvilken mail det skulle sendes til. I melding samme dag opplyste forsikrede om feilmelding ved åpning av e-posten. I melding 7.7.24 opplyses det om at forsikrede ikke har fått e-post om innhenting av fullmakt, og det blir etterspurt ny oversending over e-post

I melding av 8.7.24 fremgår at foretaket hadde forsøkt å ringe forsikrede, og at det var blitt oversendt ny e-post om innhenting av fullmakt. Samme dag oppga forsikrede ny e-postadresse. Foretaket oversendte fullmakt til denne 9.7.24.

Foretaket mottok fullmakt 12.7.24, og sendte forespørsel til legesenteret 29.7.24. Foretaket fikk 27.8.24 feilmelding fra Norsk Helsenett på at mottakeren ikke fikk brukt Norsk helsenett. Samme dag sendte foretaket forespørsel om journal per post til legesenteret. Foretaket ringte legesenteret 13.11.24 for å purre, men nådde ikke frem siden «De har stengt telefonen». Foretaket fikk kontakt med legesenteret 11.12.24 og ba om at journalen ble oversendt per post. Forsikrede purret på foretaket 11.12.24. Foretaket opplyste samme dag at det fortsatt ventet på journalen siden det ikke mottok denne elektronisk. Videre at det hadde behov for å undersøke journalen for å avgjøre om det var gitt uriktige opplysninger ved tegning.

Forsikrede purret flere ganger, og opplyste at journalen kunne innhentes på egenhånd. Foretaket svarte at det ikke hadde mottatt journalen fra legesenteret, men at forsikrede kunne innhente journal fra og med 16.10.20 til dags dato for forgang i saken.

Foretaket ringte legesenteret på nytt 17.1.25. Legesenteret opplyste at journalen var sendt 21.12.24, at de hadde forsøkt å sende den elektronisk, og at de nå skulle sende per post. Foretaket mottok journalen 30.1.25. Foretaket opplyste 6.2.25 forsikrede om at «vi starter med å se på journal». Etter gjennomgang ble saken 9.2.25 oversendt til foretakets risikoavdeling. Saksbehandleren ble sykemeldt 12.2.25. Saken ble oversendt til utredningsavdelingen 7.3.25. I melding fra foretaket til forsikrede 18.3.25 opplyste foretaket at det hadde oppdaget omfattende plager i journalen som det ikke var opplyst om i helseskjema ved tegning. Foretaket etterspurte en

samtale med forsikrede uken etter. Forsikrede svarte at det ikke var ønskelig å ta dette over telefon.

I melding fra foretaket til forsikrede av 31.3.25 etterspurte foretaket på ny en samtale, og opplyste om at krav kunne bli avslått dersom dette ikke lot seg gjøre.

Ytterlige korrespondanse førte ikke frem, og foretaket sa opp forsikringen 8.4.25 under henvisning til at forsikrede grovt uaktsomt hadde gitt uriktige opplysninger i helseerklæringen.

Forsikrede har i det vesentlige anført at det ikke foreligger grunnlag for oppsigelse av forsikringen. Den behandlingen som det ble bedt om, ble det ikke stilt noen diagnose på før forsikringen ble tegnet. Hen hadde vondt i ryggen innimellom, men altså aldri hatt noen diagnose. Hen har også anført at hen har rett til tilbakebetalt premie tilbake til tegningstidspunktet.

Foretaket har i det vesentlige anført at det er grunnlag for oppsigelse av forsikringen, under henvisning til grovt uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten ved tegning, jf. fal. §§ 13-1a og 13-3.

Forsikrede var på tegningstidspunktet bl.a. henvist til ØNH-lege og svarte nei på spørsmål om det er henvist til fremtidige undersøkelser. Forsikrede var under utredning for pustestopp og hadde blitt henvist for hørselsproblemer og kneplager. Det er utover dette en rekke spørsmål i helseerklæringen som er svart objektivt feil: Øre og hørsel, Hjerne og blodårer, Muskel-, skjelett- og revmatiske lidelser, Problemer med knær, ankler, hofter, skuldre, rygg, nakke, armer og bein, «Har du i løpet av de siste tre årene oppsøkt lege eller annen behandler på grunn av kraftløshet, tretthet, utmattelse, nummenhetsfølelse eller smertetilstand?» og «Psykkiske lidelser/oppfølging, utbrenthet og adferdsproblemer (inkludert ADHD/ADD), samt søvnvansker.» Trolig er det også besvart feil på spørsmål om medisinbruk. Hennes omfattende helseplager med muskel og skjelettplager, fibromyalgi, psykisk lidelse, hjerterytmeforstyrrelse, nedsatt hørsel og refluks viser at spørsmålene er feilaktig besvart, og disse plagene ville uansett medført avslag da det ikke er mulig å oppstille hensiktsmessige reservasjoner jf. fal. § 1B-3.

Når det gjelder spørsmålet om subjektiv skyldgrad, har foretaket etter at bakgrunnsdokumentasjonen forelå forsøkt å få en dialog med forsikringstaker vedrørende utfylling av helseerklæringen. Dette for nærmere å kunne ta stilling til den subjektive skyldgraden. Forsikrede ønsket ikke dette, og foretaket har derfor måttet fatte beslutning basert på sakens dokumenter. Spørsmålene er klare og entydige. Forsikrede har gjentatte besøk hos helsepersonell (med tilhørende medisiner) for diverse plager (også tidsnært opp mot tegningen). Det er da vanskelig å forstå hvorfor hen svarte nei på de fremhevede spørsmålene. Forsikrede har anført at hen har hatt vondt i ryggen inni mellom, men aldri hatt noen diagnose. Spørsmålene i helseerklæring knyttet til rygg er ikke knyttet opp til diagnose. Dessuten er det omfattende helseplager utover rygg som det ikke er opplyst om. Ut fra omfanget og varigheten av forsikredes ulike helseplager behandlingsbehov og utredninger før tegning, måtte hen forstå at opplysningene var av betydning for foretakets risikovurdering ift. en helseforsikring. Det er vanskelig å se det annerledes enn at grunnen til å ikke svare riktig på foretakets spørsmål var for å få en helseforsikring som forsikrede ellers ikke ville ha fått. Dette trekker i retning av sannsynliggjort svik, jf. f.eks. 2024- 570 og 2024-1045.

Da foretaket ikke har fått gjennomført en samtale med forsikrede om utfyllingen av helseerklæringen, har foretaket valgt å påberope grov uaktsomhet etter § 13-2 annet ledd og si opp forsikringen etter § 13-3. Skyldterskelen for å kunne si opp helseforsikring er «mer enn lite å legge til last». Da foretakets risikoavdeling har konkludert med at helseforsikringen med korrekt

informasjon ville blitt avslått i sin helhet, er det ikke grunnlag for fortsatt forsikring med reservasjoner.

Forsikringstaker har stått fritt til å si opp forsikringen i forsikringsåret, og ville da fått refundert premie for den gjenstående del av forsikringstiden fra opphør, jf. fal. § 12-5. Det er imidlertid ikke hjemmel i loven for å betale tilbake premie for den tid forsikringen formelt har vært i kraft. Det foreligger heller ikke rett til å få tilbakebetalt premie etter misligholdt opplysningsplikt, se bl.a. 2010-343, 2021-103, 2022-48, LG-2003-4604, Wilhelmsen /Bull, Forsikringsrett 2024 s. 327 og Brynildsen, Lid og Nygård, Forsikringsavtaleloven med kommentarer 4. utgave 2024 s. 529.

Når det gjelder foretakets tidsbruk, var det utfordrende for foretaket å få tilgang til forsikredes journaler som kunne belyse forholdet til opplysningsplikten. Øvrig tidsbruk er belyst i de fremlagte gjennomgangene. Det har ikke foreligget passivitet fra foretakets side som rammes av fal. § 13-13.

Foretaket viser til at journaler først ble oversendt 30.1.25 etter gjentatte purringer. Saken er videre spesiell, siden det fremstår som forsikredes sønn er den som kommuniserer med foretaket. Foretaket anfører i denne sammenheng at fristen først begynte å løpe etter foretaket mottok journalen, fordi foretaket først da hadde kvalifisert mistanke, jf. 2024-579. Etter å ha mottatt journal brukte foretaket 2 måneder og 1 uke på å formidle sitt standpunkt. Dette er innenfor den rammen som rettskildene aksepterer i slike saker.

Foretaket viser videre til at dersom forsikringen ikke kan sies opp, vil forsikringen tre i kraft igjen, og forsikrede må betale premie for tiden som har gått siden oppsigelsen.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretaket kan si opp behandlingsforsikringen som følge av uriktige opplysninger ved tegning, jf. fal. §§ 13-3 og 13-1a. Videre om foretaket har formidlet sitt standpunkt «uten ugrunnet opphold», jf. fal. § 13-13. Til slutt om forsikrede har krav på tilbakebetaling av premie.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede grovt uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen, er 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 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 i løpet av 11 måneder etter fremsatt krav. Nemnda bemerker innledningsvis at 11 måneder er en forholdsvis lang saksbehandlingstid, og i utgangspunktet sjeldent å anse som «uten ugrunnet opphold». Spørsmålet blir om foretaket i denne perioden har hatt tilstrekkelig fremdrift.

Finansklagenemnda Persons flertall, leder Hagland og Sandvik, bemerker:

Etter flertallets oppfatning er det i denne saken særlig saksbehandlingstiden i dokumentasjonsinnhentingsfasen som peker seg ut: det tar omtrent 6,5 måneder fra mottatt fullmakt til mottatt journal. Også i dokumentasjonsinnhentingsfasen må foretaket sørge for tilstrekkelig fremdrift, og det kan skilles mellom saksbehandlingsskritt som foretaket kontrollerer, og sendretighet som kan tilskrives andre enn foretaket, slik som forsikrede selv, fastlege og andre medisinsk sakkyndige eller offentlige organer som Nav.

I denne saken ba foretaket forsikrede om fullmakt 23.5.24. Tiden frem til denne ble signert og sendt foretaket 12.7.24 skyldtes forsikredes sendretighet. På det tidspunktet var det ferie, og det må anses akseptabelt at forespørsel til fastlegen ikke ble sendt før 29.7.24. Deretter er det noen purringer og arbeid rundt å faktisk få oversendt journalen fra fastlegen, som mottas 30.1.25.

Det tar altså totalt omtrent 6,5 måneder fra mottatt fullmakt, til mottatt journal. En del av denne tiden må tilskrives fastlegekontoret/de digitale løsningene, men det fremstår også relativt klart at foretaket kunne purret oftere. Det er f.eks. ingen aktivitet mellom 27.8.24 og 13.11.24, før en ny purring 11.12.24 og så først igjen 17.1.25. Foretaket har altså hatt relativt passiv oppfølging av saken mellom 27.8.24 og 17.1.25; høsten 2024 går det nesten 3 måneder uten at saken følges opp ved helt enkle saksbehandlingsskritt. Etter nemndas syn fremstår det som sannsynlig at telefonisk purring med korte og jevne mellomrom utover høsten ville kortet ned tiden det tok å få tilgang til journalen.

Foretaket brukte også mer enn 2 måneder på å gi melding om sitt standpunkt fra det mottok journalen (30.1.25 til 8.4.25). Gjennomgang av journalen, forsøk på å klargjøre evt. forsett/svik og det å skrive vedtaket, burde samlet tatt kortere tid, i en sak som denne. Opplysningspliktbruddet (med tilstrekkelig subjektiv skyld for oppsigelse av forsikring) bør etter flertallets vurdering ha fremstått relativt klart kort tid etter mottak av journalen. Det er videre tale om en behandlingsforsikring, med begrenset økonomisk omfang. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang taler altså ikke i retning av utvidet tid til å underbygge sitt standpunkt.

Den passive oppfølgingen høsten 2022 tilknyttet innhenting av journal, og det at foretaket brukte mer enn 2 måneder på å gi melding om sitt standpunkt fra det mottok journalen, tilsier samlet sett (og under noe tvil) at foretaket ikke har gitt beskjed om sitt standpunkt «uten ugrunnet opphold etter at foretaket ble kjent med det forhold som medfører at reglene kan anvendes», jf. fal. § 13-13 første ledd.

Slik saken er opplyst for nemnda, har flertallet, om enn under noe tvil, kommet til at foretaket ikke har hatt tilstrekkelig fremdrift, og at foretaket ikke har gitt beskjed om sitt standpunkt «uten ugrunnet opphold». Foretaket mister da retten til å påberope seg forholdet, jf. fal. § 13-13 annet ledd.

Mindretallet, Giertsen, bemerker:

Mindretallet er ikke enig i flertallets konklusjon om at foretaket har oversittet fristen i forsikringsavtaleloven (fal.) § 13-13. Mindretallet mener at foretaket har gitt beskjed om sitt standpunkt «uten ugrunnet opphold» og har hatt tilstrekkelig fremdrift i saken.

Vurderingen av om kravet i fal. § 13-13 er oppfylt, må baseres på en konkret helhetsvurdering.

Tiden som har medgått til intern saksbehandling, vurdering i flere ledd og forsøk på dialog med kunden, kan ikke anses som «ugrunnet opphold». Tidsbruken fremstår som rimelig og nødvendig for å sikre en forsvarlig prosess rundt en alvorlig anførsel.

Fristen for «kvalifisert mistanke» begynner etter mindretallets vurdering først å løpe fra 30.1.25, da journalen som dokumenterte omfanget av uopplyste helseplager ble mottatt.

Fra dette tidspunktet til oppsigelse ble sendt, agerte foretaket forsvarlig og uten unødig forsinkelse. Foretaket brukte drøyt 2 måneder på å ferdigstille saken etter at de hadde mottatt tilstrekkelig dokumentasjon. I denne perioden skulle journalen gjennomgås, saken oversendes til risikoavdeling, og det ble gjort flere forsøk på å få i stand en samtale med forsikrede for å avklare den subjektive skyldgraden. At forsikrede nektet å delta i en slik samtale, er et forhold som kompliserte og forlenget prosessen for foretaket. Tidsbruken fremstår som rimelig og begrunnet.

Mindretallets vurdering understøttes av Wilhelmsen/Bull forsikringsrett 2 utgave s. 443/444;

s. 443 «I nemndspraksis er det gjennomgående lagt til grunn at kvalifisert mistanke foreligger når foretaket har den informasjonen som senere gir grunnlag for avslaget enten fra sikredes egen skademelding eller fra undersøkelser foretatt av utreder eller politidokumentene.»

s. 444 «I nemndspraksis har man operert med en normal» saksbehandlingstid på tre måneder. I dag må dette regnes fra foretaket har kvalifisert mistanke, mens nemnda tidligere så på den totale saksbehandlingstiden.»

Samlet sett mener mindretallet at saksbehandlingstiden i sin helhet er tilstrekkelig begrunnet i eksterne forsinkelser og et legitimt behov for en forsvarlig intern saksbehandling. Foretaket har vist en jevn fremdrift i en sak som ble komplisert av tredjeparts sendrektighet. Foretaket har derfor ikke mistet sin rett til å påberope seg brudd på opplysningsplikten.

Avgjørelsen er avgitt under dissens.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

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