

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-555

27.5.2026

Fremtind Livsforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføredekning – psykiske plager – uriktige opplysninger – grovt uaktsomt – avkortning – oppsigelse – uten ugrunnet opphold – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3 og 13-13.

Forsikrede tegnet i april 2021 en uføredekning. Forut for tegning var forsikrede diagnostisert med depresjon, og det fremgikk av journalen at hun hadde plager med uro, konsentrasjonsvansker og angst. I helseerklæringen ifm. tegning svarte forsikrede nei på samtlige spørsmål knyttet til sykdom og helseplager. I 2022 ble forsikrede diagnostisert med ADHD, anoreksi, bulimi og periodontitt. Hun fremmet krav i september 2022. Foretaket varslet 10.2.23 om mulig avkortning og oppsigelse pga. brudd på opplysningsplikten. Foretaket purret deretter gjentatte ganger på journaler. Foretaket avsto kravet i januar 2024. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avslå kravet og si opp forsikringen. Videre om dette ble opplyst til forsikrede uten ugrunnet opphold. Nemnda bemerket at selv om foretaket hadde brukt ca. 15 måneder etter fremsatt krav, hadde det hatt tilstrekkelig fremdrift. Avslaget var derfor gitt uten ugrunnet opphold. Basert på dokumentasjonen i saken fant nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikrede hadde opptrådt grovt uaktsomt ved ikke å opplyse om psykiske plager, samt ønske om og henvisning til behandling for dette. Nemnda var videre enig i at foretaket kunne avkorte erstatningen med 100 %. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet i 28.4.21 en individuell dekning med uførepensjon på kr 78 000 per år. På bakgrunn av oppgitte helseopplysninger ble søknaden innvilget på ordinære vilkår.

Opplysninger før tegning

I Navs infotrygd fremgår at forsikrede var sykemeldt fra 27.9.16 til 18.11.16 pga. graviditet. Fastlege A noterte 13.10.20 at forsikrede ringte og «klarar ikke jobbe, krise i familien, ber om sm».

Videre fremgår i journalnotat av 16.10.20 at forsikrede fikk diagnose depresjon reaktiv moderat, og ble sykemeldt 13.10.20 til 28.10.20.

Barnevernet fattet i desember 2020 «Vedtak om hjelpetiltak i form av råd og veiledning, samarbeidsmøter med andre instanser og avlastning i besøkshjem» for forsikrede.

Fastlege A noterte i januar 2021 diagnose depresjon reaktiv moderat knyttet til vanskelig forhold til tidligere ektefelle som forsikrede hadde flere barn med. Forsikrede ønsket henvisning til psykolog for å redusere angst og depresjon.

Opplysninger ifm. tegning

Forsikrede tegnet 27.4.21 forsikring hos foretaket. I helseerklæringen svarte hun nei på spørsmål:

Sykdom og plager de siste 5 årene

Her spør vi deg om sykdommer eller plager du har eller har hatt de siste 5 årene. Oppgi alle sykdommer og plager, selv om du nå er helt bra.

[...]

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?

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

[...]

Sykdom og plager de siste 10 årene

Her spør vi deg om sykdommer eller tilstander du har eller har hatt de siste 10 årene. Oppgi alle sykdommer og tilstander, selv om du nå er helt frisk. [...]

[...]

Angst, depresjon, spiseforstyrrelser eller andre psykiske plager. Går du, eller har du gått til eller blitt henvist til psykolog eller psykiater av andre grunner?

Du skal også svare ja hvis du er eller har vært under behandling i løpet av de siste 10 årene.

[...]

Andre opplysninger

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.

[...]

Har du søkt om eller mottatt stønad fra NAV på grunn av egne helseplager? Du skal også svare ja hvis arbeidsgiver mottar eller har mottatt lønnstilskudd eller lignende fra NAV. Gjelder de siste 10 årene.

[...]

Er det noe annet med helsen din som gjør at du vurderer å kontakte lege eller annen behandler?

[...]

Har du andre viktige opplysninger om helsen din som du tror kan ha betydning for forsikringen? På dette spørsmålet trenger du ikke oppgi muskel-, skjelettplager, allergi eller eksem.

[...]

Hvem er din fastlege? Oppgi navn og sted, men ikke gi helseopplysninger her. Hvis du ikke bruker fastlege, oppgir du den legen eller det legesenteret som du var hos sist. Finner du ikke legen når du søker, kan du skrive inn navnet. Vi ber bare legen om opplysninger i spesielle tilfeller. Det kan være at vi trenger å vite mer om noen av de sykdommene du har fortalt oss om.

Opplysninger etter tegning:

Fastlege A stilte i august 2021 diagnose «samlivsproblemer med psykisk mishandling [...] – depresjon mild». Forsikrede ble sykemeldt en måned. Det ble notert turbulent samboerskap/ekteskap i ca. 10 år, og separasjon for 2 år siden pga. vold fra ektefellen. Videre at forsikrede slet med indre uro, noe konsentrasjonsvansker, samt at hun hadde slitt med angst, depresjon og panikkanfall, men lurte på om dette kunne skyldes evetuell ADHD- diagnose og ønsket utredning for dette. Fastlege henviste forsikrede til DPS, som avsto søknaden samme måned.

Fastlege A forlenget sykemeldingen i september 2021, og henviste til privatpraktiserende psykolog etter ønske fra forsikrede. I notat fra oktober 2021 fremgikk at forsikrede hadde fått time til utredning hos nevropsykolog i april 2022, og forsikrede ble også henvist til psykologtjeneste.

Forsikrede var 20 % sykemeldt fra 15.10.21, deretter 100 % fra 20.10.21 til 16.12.21.

Forsikrede ble undersøkt av nevropsykolog 18.10.21 og 28.10.21. I rapporten ble det notert om turbulent ekteskap med vold, separasjonen og det fremgikk at nevropsykologen antok at symptomtrykket ikke alene kunne forklares ved en ADD- tilstand.

Fastlege A noterte 1.11.21 og 15.11.21 om fortsatt vurdering av ADHD, og at nevropsykolog hadde indikert dette. Det ble 21.12.21 notert at forsikrede hadde begynt med medikamentet advanz, som hadde en positiv effekt.

I journalnotat av 8.4.22 fremgår at forsikrede hadde et akutt angstanfall hvor hun stanset bilen midt på veien, gråt og skrev, samt var vanskelig å roe ned. Forsikrede takket ja til innleggelse på sykehus. Videre fremgår i notat av 22.4.22 at forsikrede var misfornøyd med behandlingen.

Forsikrede byttet fastlege, og i notat fra ny fastlege i mai 2022 fremgikk at legen mente at forsikrede hadde mye ressurser og at hun ville kunne komme tilbake i arbeid med den rette hjelpen

I legeerklæring ved arbeidsuførhet av 17.6.22 ble det stilt hoveddiagnose ADHD og bidiagnoser anorexi/bulemi og periodontitt. Videre ble det notert at forsikrede hadde hatt jevnlige angstanfall fra begynnelsen av 20- årene, og fikk ADHD diagnose i 2021.

Forsikrede fremmet krav 27.9.22, og opplyste om første sykemeldingsdag 17.9.20, samt første legebesøk 16.9.20. Videre, under årsak til uførhet:

Lang ventetid på utredning og itarbeidelse av behandlingsplan, deretter skal behandlingen gjennomføres før å bli arbeidsfør.

Foretaket innhentet fullmakt fra forsikrede 12.1.23, og etterspurte helseopplysninger fra fastlege C, denne gangen fra kontoret der vedkommende jobbet. Fastlege C opplyste 19.1.23 at hun kun hadde journal fra og med 29.2.16, og at det ble vedlagt notater om angst og depresjon. Videre at «ADHD og anorexi er nevnt ved et par anledninger til, men ikke 'angst' og 'depresjon' eksplisitt». Foretaket varslet 10.2.23 at det mente forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegning, og ba om forsikredes kommentarer. Foretaket etterspurte ytterligere dokumentasjon fra legekontorene til fastlege B og fastlege C 10.2.23 og 10.3.23. Det ble også sendt purringer.

Forsikrede opplyste 3.3.23 at hun var uenig i foretakets brev av 10.2.23.

Fastlege C opplyste foretaket 24.3.23 om at det ikke hadde ytterlige informasjon om forsikrede. Fastlege B opplyste 29.3.23 om at:

[...] Jeg har nå gjennomgått alle våre journalnotater og journalførte opplysninger. Hun har vært pasienter forn 2022 og tidligere. Men ikke funnet notater vedrørende problemstillingen i denne tidsperioden, som vi her har dokumentert (jeg kan se fra tilsendtjournal fra forrige fastlege temaer som rommer det aktuelle, men slik jeg forstår det, rommer ikke forespørselen journal fra forrige fastlege, da likende forespørsel har blitt sendt til vedkommende? -hvis jeg tar feil, gi meg tilbakemelding)

Forsikrede tok kontakt med foretaket 30.3.23 på telefon, og opplyste om legekontoret der fastlege A jobbet. Foretaket innhentet fullmakt 5.4.23, og etterspurte dokumentasjon fra fastlege A 5.4.23. Det ble sendt purring 3.5.23 og 17.5.23. Foretaket mottok telefon fra fastlege A 25.5.23, som opplyste om at journalen var oversendt til ny fastlege, og den nye fastlegen måtte oversende.

Fastlege A noterte 25.5.23:

[Forsikrede] ringer nå med forespørsel om journalutskrift fra 2016 fram til 2023 tross for hun byttet til [...] og hennes journal ble overført i sin helhet til den nye [fastlege C] U.T ber dere å henvende deres forespørsel til nåværende [fastlege]

Videre:

[...] U.T. ringer til [foretaket] som ber om redigert journal for perioden 26.4.2011 - 03.03.2016. Snakker med saksbehandler og forklarer at det finnes journal for 03.03.2016 hittil 02.05.22 i vårt datajournal. Denne pasienten har byttet fastlege i 2.5.22 til [fastlege B] [...] og nå har en ny fastlege, [fastlege C]. U.T snakker med min kollega [...], hun mener de helseopplysninger som ligger i vårt datasystem er fra den tidne pasienten ble undersøkt av [fastlege fra enda tidligere]. Det finnes et jouanlarkiv, vi skal undersøke om det finnes en journal der og da skal U.T kontakte pasienten for at hun skal komme å hente den

Forsikrede opplyste 7.6.23 at hun hadde vært i kontakt ved legekantorene til fastlege B og C, og at disse ikke hadde mottatt journalen fra fastlege A. Foretaket etterspurte 7.7.23 på ny journal fra fastlege A. Det ble sendt purring 29.7.23, og opplyst om purringen til forsikrede. Foretaket purret på ny 11.10.23.

Foretaket avsto forsikredes krav 4.1.24 under henvisning til manglende journaler.

Forsikrede opplyste foretaket 12.1.24 og 7.2.24 at hun skulle fremskaffe journalene fra fastlege A.

Fastlege A noterte 1.11.24:

[...] Sender på ny hele journal til forsikring og til pas, kopi til bydelsoverlege [...]

Foretaket mottok etterspurt journal fra fastlege A 6.11.24, og gjenopptok saksbehandlingen. Det ble foretatt utredningssamtale med forsikrede 14.11.24.

Foretaket avsto kravet 10.12.24, idet det la til grunn at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige opplysninger ved tegning, subsidiært at forsikrede utviste grov uaktsomhet.

Fastlege B opplyste 4.11.25:

Jeg har blitt bedt om svar på det hypotetiske spørsmålet: Hva ville du gjort hvis [foretaket] hadde besvart spørsmålet jeg stilte/ besvart oppfordringen til kontakt med u.t. hvis de ønsket informasjon fra foregående fastleges journal?

Først en avklaring: Jeg svarte som jeg gjorde fordi jeg ikke lenger var pasientens fastlege på det tidspunktet og spørsmålet som ble stilt handlet om hendelser/temaer som utspilte seg mens pasienten tilhørte en fastlege før meg igjen. Siden jeg som forrige fastlege hadde fått spørsmål om informasjon, mente jeg det var plausibelt at også min forgjenger igjen, hadde fått spørsmålet og i så fall kunne svare bedre for dette enn meg.

Svaret mitt: Hvis jeg hadde fått som svar: "Vi ønsker at du redegjør basert på forrige fastleges journal (og pasientens samtykke hadde rommet dette også)", så hadde jeg svart på spørsmålet og det hadde slik jeg husker det, vært relevant informasjon i dette svaret. Hvis de (igjen med pasientens samtykke) hadde spurt om navnet på forrige fastlege, hadde jeg gitt de det.

Jeg ser ingen grunn til at jeg skulle svart på annen måte enn dette, og jeg oppfordret jo også til nettopp denne avklaringen i mitt originale svar.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke ga uriktige opplysninger, men at hun hadde en kortere og tidsbegrenset situasjonsbestemt episode med store belastninger pga. skilsmisse og aleneansvar for flere mindreårige barn.

Foretaket kan ikke bruke opplysninger lenger enn 10 år tilbake i tid. Utover dette viser epikrise av 28.10.21, samt øvrige medisinske dokumenter, at forsikredes plager var situasjonsbetinget, og at det ikke forelå noe definitiv diagnose på ADHD eller ADD. Forsikrede ga derfor ikke uriktige opplysninger ved tegning.

Videre er ikke avslaget og oppsigelsen gitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13 - 13. Fristens utgangspunkt er når foretaket har tilstrekkelig grunn til å reagere, jf. 2025-981. Foretaket hadde dette fra 29.3.23 da fastlege B opplyste om at han hadde journalene foretaket etterspurte. At foretaket selv utformet sin forespørsel på en måte som gjorde at dette ikke ble oversendt, er

foretakets risiko. Foretaket sin etterfølgende fremtreden bærer også preg av at manglende journaler ikke var et resultat av foretakets manglende tilgang, men manglende oppfølging.

Foretaket vurderte uansett allerede 10.2.23 at det hadde nok opplysninger til å avslå kravet. Det fremgikk videre klart av lege Bs brev 29.3.23 at han hadde hele journalen fra fastlege A, og at foretaket kunne ha fått denne. At foretaket likevel valgte å be om journal fra fastlege A som ikke responderte, må være foretakets risiko etter § 13-13.

Subsidiært anføres at avkortningen er for høy.

Forsikrede krever også erstattet utgifter til advokat.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige helseopplysninger.

Hun ønsket selv kort tid før tegning henvisning til psykolog. Hun var høsten før tegning til lege for psykiske helse med økende depresjon, uro og angst, og var 13.10.20 til 28.10.20 sykmeldt med diagnose «depresjon reaktivt moderat». Notater kort tid etter tegning viser at hun hadde hatt psykiske plager i en årrekke fra ungdom. Også mer diffuse plager må opplyses på klare spørsmål om psykiske plager (angst, depresjon eller andre psykiske plager), selv om forsikrede eventuelt selv mente de skyldtes samlivsbrudd. Det er vist til avgjørelse 2016-433. Ved korrekte opplysninger ville hun fått reservasjon som ville omfattet de plager som senere var årsak til arbeidsuførhet. Subsidiært anføres grov uaktsomhet og full avkortning.

Forsikrede hadde vært hos flere legekontor og til flere fastleger. Det var krevende å få oversikt over journalsteder, og legekantorene svarte ikke på henvendelser om journaler. Avslag var uten ugrunnet opphold etter § 13-13.

Foretaket bestrider også forsikredes krav om dekning av advokatkostnader.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav om erstatning under en uføredekning, og reiser spørsmål om forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avslå kravet og si opp forsikringen, jf. fal §§ 13-2 og 13-3. Videre om dette ble opplyst til forsikrede uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

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 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 drøye femten måneder etter fremsatt 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 nemnda tar stilling til er om forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som grov uaktsom. Bestemmelsen i fal. § 13-2 første ledd fastsetter at dersom forsikrede har «svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a», så vil foretaket være uten ansvar. Av § 13-2 annet ledd følger det at forsikringsforetakets ansvar kan settes ned eller falle helt bort om forsikrede ellers har forsømt opplysningsplikten, såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Er forsikrede mer enn bare lite å laste for de uriktige opplysningene, kan forsikringsforetaket si opp forsikredes dekninger, jf. § 13-3.

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 forsikrede å gi «riktige og fullstendige svar» på foretakets spørsmål. På foretakets oppfordring skal forsikrede dessuten «gi opplysninger om særlige forhold» som 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, 2012-228, 2022-1043 og 2023-736.

Det er foretaket som må bevise at forsikrede har handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988–1989) s. 88, samt bl.a. FinKN-2020-460 og 2020-532. Nemnda legger til grunn at beviskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet lik den som gjelder for svik, og som er klar sannsynlighetsovervekt både for spørsmålet om det for ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikrede svarte objektivt uriktig på spørsmål om aktuelle psykiske plager under spørsmål om «angst, depresjon, spiseforstyrrelser eller andre psykiske plager». Det var også objektivt uriktig å ikke opplyse om ønske om henvisning og henvisning til DPS under spørsmål om dette, og på spørsmål om hun vurderte å søke hjelp hos behandlere.

Neste spørsmål er om forsikrede ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om egen helse ved tegning, har utvist grov uaktsomhet. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte. Det er altså tale et markert avvik fra en handlenorm, og ikke hva forsikringstaker har villet.

Slik saken er opplyst for nemnda, legger nemnda til grunn forsikrede må ha forstått at opplysninger om pågående psykiske plager var relevante for foretakets vurdering av søknaden. Dette gjelder desto mer når det er opplyst at forsikrede også tidligere hadde hatt psykiske plager, og at hun selv gjennom utredning av sønnen for ADD mistenkte at hun selv kunne ha dette.

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. Foretaket har opplyst at forsikrede ikke ville ha fått tegnet forsikring, eventuelt med reservasjon, dersom hun hadde gitt korrekte opplysninger, og nemnda ser ingen grunn til å betvile det, jf. § 13-4. De uriktige opplysningene har altså medført at forsikrede har fått tegne en forsikringsavtale som foretaket ikke ville inngått på tegningstidspunktet, dersom foretaket 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. Slik saken er opplyst for nemnda, fremstår psykiske plager knyttet til ADHD som den helt dominerende årsaken. Det er årsakssammenheng mellom de uriktige opplysninger om dette og forsikredes uførhet, og med reservasjon mot slike plager ville forsikrede ikke ha fått utbetalt erstatning. I denne saken tilsier skadeforløpet at det skal avkortes fullt ut.

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 tidligere nemndspraksis fra personforsikring har en i saker hvor 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, typisk avkortet mellom 70-100 %. Foretaket har avkortet 100 %. Nemnda har ingen innsigelser til foretakets avkortningsprosent.

Forsikrede gis ikke medhold i denne delen av klagen.

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.

Forsikrede er ikke gitt medhold i klagen, og har følgelig ikke krav på erstatning for advokatutgifter. Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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