

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-626

10.6.2026

If Skadeforsikring NUF

Livsforsikring/uføredkninger/pensjon

Ufør – tegning – utforming av helseerklæringsskjema –uriktige opplysninger - avkortning – svik – grovt uaktsomt – fal. §§ 13-1a og 13-2 og 13-13.

Forsikrede tegnet uførepensjon i 2020, og fylte ut helseerklæring. Før tegning var forsikrede plaget med angst og søvnproblemer, og fikk behandling av psykiater. Ved tegning opplyste forsikrede om søvnvansker. Forsikrede og foretaket er uenige om utformingen av egenerklæringsskjemaet, og hvordan spørsmålene ble stilt. Etter tegning vedvarte forsikredes plager, og det ble stilt diagnose PTSD. Forsikrede ble 100 % sykemeldt som følge av plager med angst, sosial angst og økt tilbaketrekking. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avkorte forsikredes krav med 100 % som følge av at forsikrede svikaktig eller grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved tegning. Nemnda bemerket at selv om det tok 14 måneder fra saken ble meldt til foretaket avslo hadde foretaket etter en konkret vurdering hatt tilstrekkelig fremdrift i saken. Foretaket hadde derfor gitt beskjed om sitt standpunkt uten ugrunnet opphold. Nemnda bemerket videre at foretakets dokumentasjon mht. hvilken helseerklæring som var utfylt, ga et noe uoversiktlig inntrykk. Basert på den fremlagte dokumentasjonen fant nemnda det likevel tilstrekkelig bevist at forsikrede svarte uriktig på spørsmål om egne plager ettersom han ikke opplyste om psykiske plager og behandling hos psykolog. Nemnda fant at forsikredes opptreden var grov uaktsom og at foretaket etter en konkret vurdering kunne foreta avkortning med 100 %. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet uførepensjonsforsikring i mai 2020, med dekning for rett til månedlig utbetaling av «uførepensjon» ved minst 40 % arbeidsuførhet som følge av sykdom eller skade i et sammenhengende tidsrom på 12 måneder.

Opplysninger før tegning:

I journalnotat i juni 2017 er det notert at forsikrede fortalte at han hadde slitt med sosial fobi siden barndomstiden, og at han brukte Remeron for søvn. Det ble i desember samme året notert at forsikrede slet svært mye med angst, og ble satt på medisinen brintellex. Videre fremgår i journalnotat i januar 2018 at forsikrede «har slitt med angst og depresjonstendens gjennom flere år». Forsikrede ble samme måned henvist til psykiater, og det fremkom av henvisningen at tidligere gruppeterapi ikke medførte bedring. Videre at forsikrede selv opplevde at hovedproblemet var angst, og at han ønsket rask behandling. Behandling med Cipralex hadde ikke medført bedring.

I epikrise fra psykiater i april 2018 fremkommer at forsikrede hadde hatt fire timer uten å møte, selv ved påminnelse på telefon. Behandlingen ble derfor avsluttet. Forsikrede fikk i august samme år utskrevet Cipralex, med den begrunnelse at behandlingen var avsluttet.

Det ble i oktober 2018 notert i journal at forsikrede hadde hatt langvarig oppfølging hos psykiater, og følte at dette hadde hjulpet på angsten.

I mai 2019 er notert at forsikrede i senere tid hadde hatt anfall med uspesifikke bryst smerter, og det ble gjort en utredning med EKG, samt at forsikrede fikk henvisning til kiropraktor/fysioterapeut.

Det ble i mars 2020 notert at lege hadde skrevet ut Quetiapin.

Ved legekonsultasjon i mai 2020 ble det notert at det gikk bedre med forsikredes tendens til depresjon. Han sov bedre, men fortsatte med medikamenter igangsatt av psykiater. Videre at forsikrede selv hadde målt eget blodtrykk, og tatt betablokker. Han var satt opp til 24 timers blodtryksmåling.

Opplysninger ifm. tegning:

Forsikredes utfylte erklæring

Forsikrede fylte ut helseerklæring, signert 8.5.20. Erklæringen har overskrift «HELSEERKLÆRING» og er nummerert med s. 1-6. I erklæringen fremgår bl.a. følgende spørsmål:

Er du sykemeldt nå?

[...]

Har du vært sykemeldt i mer enn 14 dager sammenhengende (helt eller delvis) i løpet av de siste 5 år, eller har du mottatt arbeidsavklaringspenger (AAP) eller andre utførelser fra NAV?

[...]

Røyker du nå, eller har du røykt daglig i løpet av de siste 2 år?

[...]

Har du trengt behandling eller oppfølging siste 12 måneder?

[...]

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

Det fremgår ingen spørsmål om opplysninger fra 10 år tilbake i tid. Forsikrede svarte nei på samtlige av de ovenforsiterte spørsmålene.

I den utfylte erklæringen fremgår også følgende tekst:

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

Forsikrede svarte her «Ja», hvor forsikrede valgte ja på alternativet om «Søvnvansker». Forsikrede valgte derimot nei på følgende alternativer:

Angst

[...]

Depresjon

[...]

ADHD/ADD

[...]

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

[...]

Behandling eller samtaler hos psykolog eller psykiater

[...]

I den utfylte erklæringen fremgår også spørsmålet «Har du brukt noen av disse medikamentgruppene sammenhengende (eller ved anfall) i mer enn 2 uker de siste 2 årene?». Forsikrede valgte her ja på «Sovemedisin» og opplyste at han hadde «brukt quetiapin siden 2018 pga. søvnvansker». Forsikrede valgte nei på de øvrige alternativene, inkludert «Antidepressiva/angstdempende».

I den utfylte erklæringen fremgår videre spørsmålet «Er du henvist til fremtidig undersøkelse eller er du under medisinsk utredning?», hvor forsikrede svarte «Ja, rutinekontroll som generell helsesjekk, optikerundersøkelse eller mammografiscreening».

Foretakets ikke-utfylte erklæring

I ikke-utfylt helseerklæring med overskrift «HELSEERKLÆRING - UFØREPENSJON», fra samme tidspunkt som forsikrede fylte ut sin helseerklæring fremgår: Orientering om helseerklæring inneholder viktig informasjon du må kjenne til før du svarer på spørsmålene.

- De fleste bruker mellom 5 og 20 minutter på å fylle ut helseerklæringen.
- Helseopplysninger som er eldre enn 10 år og hvor du ikke har vært på kontroll eller oppfølging de siste 10 årene, behøver du ikke opplyse om.
- Det er dessverre ikke mulig å lagre skjemaet underveis i utfyllingen. Det er derfor viktig at du har alle opplysninger tilgjengelig før du starter utfyllingen.
- Vær ærlig. Uriktige eller manglende opplysninger kan føre til at forsikringen ikke blir utbetalt. Ved krav om utbetaling på forsikringen kan helseopplysningene bli kontrollert.

Om du klikker på spørsmålstegnet [...] får du opp mer informasjon.

Teksten «Orientering om helseerklæring», inneholdt en hyperlink som fører til et orienteringsskriv hvor det fremgår blant annet at:

Når du fyller ut helseerklæringen er det viktig at du opplyser om alle forhold vi spør om, både fysiske og psykiske. Dette gjelder selv om forholdene er tilbake i tid og den som skal forsikres nå er frisk. Gi heller for mye enn for lite informasjon. Du trenger ikke opplyse om forhold som er eldre enn 10 år, med mindre disse har sammenheng med helseopplysninger og helsesituasjon som er nyere enn 10 år. Sykdommer du har gått til kontroll eller fått behandling for de siste 10 årene skal også oppgis, selv om du har blitt frisk.

I skjemaet under kategorien for «Sykdommer, helseplager og behandling» fremgår følgende:

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.

I denne kategorien fremgår blant annet alternativet «Psykiske lidelser/oppfølging, utbrenthet og adferdsproblemer (inkludert ADHD/ADD), samt søvnvansker».

I ovennevnte underkategori som gjelder psykiske plager, fremgår videre et alternativ som lyder:

Behandling, henvisning til eller samtaler hos psykolog eller psykiater

Foretaket opplyste at «teknikere i [foretaket] har nå klart å gjenskape skjemaet slik det så ut da [forsikrede] fylte det ut den 8. mai 2020». I gjenskapningen fremgår at når man krysser av på «psykiske lidelser [...]», så kommer det opp undersvaralternativer med blant annet angst, PTSD, søvnvansker og «Behandling eller samtaler med psykolog eller psykiater». Dokumentet er ikke datert.

Opplysninger etter tegning:

I journalnotat fra fastlege 25.5.20 står det at forsikrede fortalte at han var «kvitt problemene med sosialangst». Videre oppsøkte forsikrede lege 17.3.21, 13.4.21 og 11.5.21 i forbindelse med ønske om alternative medisiner.

Forsikrede hadde ingen fastlegebesøk i 2022. Av journalnotat 15.8.23 ble forsikrede diagnostisert med angst som senere utviklet seg til PTSD, og forsikrede ble som følge av dette sykemeldt. Videre fremgår at forsikrede hadde PTSD som oppsto da forsikrede var i slutten av tenårene grunnet gjentatte voldsepisoder hvor forsikrede var uskyldig offer. Dette medførte angst, depresjon og søvnvansker, men at han hadde respondert godt på behandling fra psykiater som strakk seg over et par år. Forsikrede hadde forsøkt forskjellige medisiner i perioden og fortsatt gikk på angstdempende og beroligende medikamenter. Videre at forsikrede hadde fått økende symptomer på angst, nedstemthet og søvnløshet.

Forsikrede opplyste i skademelding 17.2.24 at angstdiagnosen ble stilt 15.8.23, og at han startet med angstfølelse i august. Videre at diagnosen hadde utviklet seg til PTSD.

Foretaket ba 4.3.24 om utfyllende opplysninger fra forsikredes fastlege, og mottok legeerklæring 11.3.24, hvor det fremgår blant annet:

Jeg har vært pasientens fastlege siden august 2023. Jeg har pasientjournal fra Juni 2017. [...] Pasienten forteller selv at han har PTSD som oppsto da han var ca 18 år. Jeg kan ikke finne det dokumentert i journal, men i journal fra tidligere fastlege står følgende i notat fra jan 2018: "Pasienten har slitt med angst og depresjonstendens gjennom flere år og tidligere gått i eksponeringsterapi hos [psykiater A] uten at dette hadde effekt. Henviser ham opp til [psykiater B]."

[...] Ifølge pasienten oppsto hans PTSD som følge av gjentatte voldsepisoder, hvor han var uskyldig offer.

[...] Ifølge journal fra tidligere lege: behandling ved psykiater som beskrevet ovenfor. Litt usikker for meg hvor lenge han gikk i behandling hos [psykiater B] fra feb 2018 og gikk fortsatt i okt 2018 ifølge journal og ifølge pasienten selv var det ca et par år i alt. Dessuten behandling med angstdempende og antidepressiv medisin [...] Jeg har ikke sett noen epikrise fra psykiater. Så vidt jeg kan se dreier det seg om angstproblemer.

[...] Pasienten har fortalt at han har vært utsatt for en stor psykisk belastning pga sitt arbeide de siste årene. Så vidt jeg forstår utviklet seg til en for pasienten svært psykisk belastende konflikt. Sist jeg var i kontakt med pasienten 30.01.24 noterte jeg følgende om pasientens tilstand: "Føler seg paranoid og isolerer seg. Sover veldig mye. Føler seg ensom. Nedstemt. [...] Ikke andre forhold som jeg er bekjent med ut over ovennevnte.

Fastlegen henviste forsikrede til DPS 2.4.24. Han opplyste at han hadde vært fastlege siden 2021, men hatt veldig lite kontakt før august 2023 hvor forsikrede bl.a. hadde fått økt dosen med cipralex og ble 50 % sykmeldt. Pga. situasjonen på arbeidsplassen ble han 100 % sykmeldt fra desember. Fastlegen vurderte helsesituasjonen såpass kompleks at den ikke kunne håndteres av fastlegen selv.

I sykehusepikrise fra april 2024 fremkommer i hovedsak de samme opplysninger som tidligere, samt at forsikrede hadde vært delvis sykmeldt siden august året før og helt sykmeldt siden desember, grunnet angst, sosial angst og tilbaketrekking.

I kartleggingssamtale med sosionom fremkom at forsikrede mente problemene startet sommeren 2023 med symptomer på utbrenthet, og at han senere opplevde konflikter på jobben knyttet til sykmeldingen.

Forsikrede ble henvist 3.6.24 til sykehus «for PTSD [...], Angst IKA, OBS misbruk legemiddel vanedannende, Depresjonsfølelse» etter konsultasjon med lege samme dag:

Foretaket mottok ytterligere opplysninger fra fastlege 21.6.24, og ba om komplett journalutskrift etter en gjennomgang av denne. Foretaket sendte ny fullmakt til forsikredes tidligere fastlege 6.9.24.

Det fremgår videre av utskriften fra foretakets saksbehandlingssystem at foretaket hadde jevnlig korrespondanse med både Statsforvalteren og Norsk helsearkiv fra 29.9.24-4.2.25.

Det fremgår av brev fra forsikredes fastlege 7.2.25:

Pasienten har gjort meg oppmerksom på, at det i erklæringen som ble oversendt til dere 14.06.24 var visse forkerte opplysninger. Tillater meg derfor å sende korreksjoner til erklæringen.

Behandlingen hos [psykiater] varte kun ett år (jan til des 2018). Cipralex, Mirtazepin og Oksazepam var medikamenter som pasienten fikk utskrevet av sin tidligere fastlege, som ble trappet ut under behandling hos [psykiater]. Qetiapin begynte pasienten på etter behandling hos [psykiater]. Fikk Qetiapin for innsovning i perioden 2018 - 2023.

Pasienten opplyser også, at det ikke er korrekt at Seroquel har blitt forsøkt selvom det fremkommer i journal fra tidligere lege.

Vil også påpeke at pasienten hadde god mental helse og ikke oppsøkt eller hatt behov for behandling av denne i perioden 2019 til august 2023 videre at pasienten var i 100% arbeid fom 01.05.17 - 15.08.23.

Foretaket mottok komplett journal 17.2.25.

Foretaket forsøkte videre å få til utredningssamtale over telefon uten hell, slik at forsikrede heller fikk tilsendt spørsmål på e-post. I utredningsrapport av 27.3.25 fremgår:

[...]

I den innsendte helseerklæringen er det utover søvnproblemer og bruk av sovemedisiner ikke opplyst om noen sykdommer eller helseplager. Hva tenker du i dag om utfyllingen av helseerklæringen? Burde det i helseerklæringen ha vært opplyst om noe?

Svar: Slik det ble fremstilt i legeerklæringen var det sykdommer/plager som jeg hadde gjennomgått ila de 2 siste årene. I denne 2 års perioden, opplevde jeg ikke andre utfordringer en søvn og var 100% arbeidsfør.

Så meldte du i februar 2024 at du hadde vært sykmeldt siden august 2023 på grunn av angst. Kan du fortelle meg når og hvordan dette startet og hvordan dette påvirker deg?

Svar: Det startet i august som utbrenthet og sykemeldte meg 50%. Som følge av dette oppsto det interne konflikter i selskapet og sykdomsbildet utviklet seg til PTSD som følge av dette.

Av den medisinske dokumentasjonen som selskapet har innhentet ser vi at det i journal fra tidligere fastlege i januar 2018 står følgende: "Pasienten har slitt med angst og depresjonstendens gjennom flere år og tidligere gått til eksponeringsterapi hos psykiater [...] uten at dette hadde effekt». I legekonsultasjon den 06.01.18 står det at, «SL opplever angst, samt søvnproblemer. Var igangsatt Cipralex for en mnd siden-han opplever ikke bedring av dette». (Notat: 22.08.18: Avsluttet behandling Cipralex) I 15.10.18 står det at «SL har gått i langvarig oppfølging hos psykiater og har fått god hjelp for angsten». Det foreligger legekonsultasjon den 04.05.20, hvor det fremkommer at du har vært til oppfølging hos psykiater pga depresjon. Er dette slik du husker det?

Svar: Behandlingen hos [psykiater A] var i 2014 og jeg ble behandlet igjen av [psykiater B] siste halvdel av 2017 til og med mars 2018. Da behandlingen var over ble jeg kun forskrevet sovemedisiner og viste ikke lenger symptomer for angst eller depresjon.

I helseerklæringen var en av sykdommene eller helseplagene som du kunne ha valg/haket av for «Psykiske lidelser/oppfølging, utbrenthet og adferdsproblemer (inkludert ADHD/ADD), samt søvnvansker». Du haket av for dette valget, og fikk opp alle underpunktene. Av underpunktene haket du kun av for søvnvansker. Du haket ikke av for hverken angst eller depresjon som var egne punkter.

Hva er årsaken til at du ikke valgte/haket av for angst og depresjon, i og med at det er tydelig beskrevet i legejournalen av du har slitt med dette?

Svar: Det kommer ikke frem av helseerklæring at dere er ute etter historikk. Jeg svarte ihht daværende sykdomsbilde og på det tidpunktet hadde jeg ikke psykiske lidelser.

Burde du i helseerklæringen ha opplyst om angst og depresjon?

Svar: Nei, pga formuleringen i helseerklæringen.

I helseerklæringen fikk du også spørsmål om du hadde hatt behandling eller vært i samtaler hos psykolog eller psykiater. Du svarte nei – hva er grunnen til det?

Svar: Helseerklæringen sier ikke «hadde hatt». Jeg var ikke under behandling da jeg fylte ut helseerklæringen.

Foretaket avslo krav om erstatning 24.4.25, med henvisning til at forsikrede svikaktig hadde brutt opplysningsplikten ved tegning, subsidiært at han hadde opptrådt «så grovt uaktsomt at retten til eventuell fremtidig erstatning vil falle bort» etter fal. § 13-2- annet ledd.

I forbindelse med manglende samsvar mellom forsikredes utfylte helseerklæring og den ikke-utfylte helseerklæringen opplyste foretaket 3.3.26 at:

[...] Her har nok jeg oversett at vi, etter at han fylte ut eHD, endret ordlyden i siste svaralternativ til å innbefatte «henvisning til».

[...]

Når det gjelder den øvrige teksten (se nedenfor), så er den foreløpig ikke med i den med i kopi av eHD, som opprettes når eHD er fylt ut. Dette er en svakhet.

Teksten nedenfor viser hva kunden så da han fylte ut.

Sykdommer, helseplager og behandling

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.

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke har brutt opplysningsplikten. Forsikrede tegnet uføreforsikring i 2020 og ble sykmeldt i 2024 som følge av PTSD. Han har vært 100 % arbeidsfør i perioden etter 2018 og har ikke hatt helseplager frem til sykemeldingen. Helseerklæringen så slik ut som vedlagt i klagen, og det bes der ikke om sykehistorikk for de siste 10 årene. Den inneholdt heller ikke hyperkobling til veilederen. Ordlyden «psykiske lidelser» refererer til nåtiden. Da forsikrede fylte ut helseerklæringen hadde han ingen pågående sykdom eller behandling, annet enn det som er oppgitt i helseerklæringen. Forsikrede var frisk og kjente ikke på psykiske plager eller lignende.

Forsikrede har også påpekt at helseerklæringen virker endret på etter 2020. Han anfører også at han ikke fikk presentert dokumentet med «Orientering om helseerklæring», som inneholder link til veilederen som foretaket har fremlagt, da han skulle fylle ut helseerklæringen. Dette dokumentet er heller ikke datert. Forsikrede bestrider videre at det kommer frem av veilederen som foretaket har vedlagt, at han skulle ha opplyst om sykdommer/plager for de siste 10 årene. Veilederen forteller derimot at fullmakten begrenser seg for helseopplysninger eldre enn 10 år, men dette betyr ikke at forsikrede må oppgi helseopplysninger for de 10 siste årene. Dette burde i så fall ha kommet klart frem i veilederen. Foretaket har uansett ikke benyttet fullmakten til å innhente helseopplysninger, noe det hadde mulighet til å gjøre da forsikringen ble tegnet.

Foretaket har i det vesentlige anført at vilkårene for svik i fal. § 13-2 første ledd er oppfylt. Forsikrede ga bevisst uriktige og/eller ufullstendige svar i helseerklæringen 8.5.20, da han under hovedoverskrift «sykdommer, helseplager og behandling» og underoverskrift «[p]sykiske lidelser/oppfølging, utbrenthet og adferdsproblemer (inkludert ADHD/ADD), samt søvnvansker» ikke krysset av for angst, depresjon, PTSD, behandling, henvisning til eller samtaler hos psykolog eller psykiater. Det følger av de medisinske opplysningene at forsikrede over flere år, innenfor en 10-årsperiode forut for forsikringstegningen, hadde slitt med angst, depresjon og PTSD, samt fått omfattende behandling for dette, både medikamentelt og hos psykiater. Likevel opplyste ikke forsikrede om forholdene i helseerklæringen.

Fastlegens journalnotat av 4.5.20, om at forsikrede skulle fortsette med samme medisinerings som var igangsatt av psykiater, indikerer videre at forsikrede fortsatt på dette tidspunktet sto på antidepressiva/angstdempende medikamenter. I så fall oppga han også uriktige/mangelfulle opplysninger, da han i helseskjemaet ikke huket av for å ha brukt antidepressiva/angstdempende medikamenter i mer enn to uker de siste to årene.

Forsikrede kan ikke høres med at han ikke har gitt uriktige opplysninger fordi han på tidspunktet for utfylling av helseerklæringen ikke hadde noen pågående sykdom eller behandling annet enn hva som er oppgitt der. Det står ingen steder i helseerklæringen at det ikke skal krysses «ja» hvis den som tegner forsikringen på tidspunkt for utfylling ikke har pågående sykdom eller behandling. Derimot er det i skjemaet, under overskriften «sykdommer, helseplager og behandling», spesifisert at det skal opplyses om «alle sykdommer og helseplager du kjenner til og/eller får/har fått behandling/medisinering for». Videre er det tydelig spesifisert i den generelle veilederen for utfylling av helseskjemaet at «[n]år du fyller ut helseerklæringen er det viktig at du opplyser om alle forhold vi spør om, både fysiske og psykiske. Dette gjelder selv om forholdene er tilbake i tid og den som skal forsikres nå er frisk», samt at «[s]ykdommer du har gått til kontroll eller fått behandling for de siste 10 årene skal [...] oppgis, selv om du har blitt frisk».

Helseerklæringen som foretaket har oversendt, er slik den så ut for forsikrede ved utfyllingen i mai 2020. Øverst på siden, er det hyperlink til veilederen innledningsvis i skjemaet, hvor det står «Orientering om helseerklæring [med hyperkobling] inneholder viktig informasjon du må kjenne til før du svarer på spørsmålene».

Foretaket kan ikke se at det er andre rimelige forklaringer på at forsikrede har tilbakeholdt opplysninger om sin psykiske helse enn at han ellers ikke ville ha fått tegnet forsikring, eller at han bare ville fått den tegnet med reservasjoner.

Subsidiært har foretaket anført at det foreligger avslagsgrunn etter fal. § 13-2 annet ledd.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretaket kan avkorte kravet 100 % under henvisning til at forsikrede svikaktig eller grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger ved tegning, jf. fal. §§ 13-1a og 13-2.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikringstaker 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 drøye fjorten måneder etter framsatt krav. Nemnda bemerker innledningsvis at 14 måneder er en forholdsvis lang saksbehandlingstid. Spørsmålet blir om foretaket i denne perioden har hatt tilstrekkelig fremdrift.

I denne perioden synes foretaket imidlertid å ha hatt tilstrekkelig fremdrift i form av innhenting av nødvendig medisinsk dokumentasjon i flere omganger, samt at foretaket har måttet purre flere ganger på forskjellige instanser. Det har også vært sommerferie i perioden. Fra foretaket mottok fullstendig journal 17.2.25, og frem til foretakets avslag 24.4.25, ble det også forsøkt å gjennomføre samtale med forsikrede, men som endte med at han svarte på spørsmål per e-post. Forsikredes svar resulterte i en utredningsrapport som forelå 27.3.25, og etter nemndas syn har foretaket derfor ikke utvist passivitet i den aktuelle perioden. Som nevnt over er en anførsel om svik eller grov uaktsomhet en alvorlig beskyldning og foretaket må få tid til å gjøre nødvendige undersøkelser før det fattes en beslutning. Slik saken er opplyst, 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 forsikringstakers/ forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som svikaktig eller grov uaktsom.

Bestemmelsen i § 13-2 annet ledd fastsetter at forsikringsforetakets ansvar kan settes ned eller falle helt bort om forsikringstaker ellers 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.

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.

Foretaket har bevisbyrden for at opplysningsplikten er svikaktig eller grovt uaktsomt forsømt, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988–1989) s. 88, samt fast og langvarig nemndspraksis, blant senere avgjørelser kan nevnes FinKN-2025-676 og FinKN-2025. Dersom foretaket anfører svik, må foretaket påvise at det foreligger klar sannsynlighetsovervekt for at det foreligger et økonomisk motiv, jf. Rt-1989-689. 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, jf. Rt-2000-59. I nemndspraksis anses svik bevist dersom det ikke finnes andre fornuftige forklaringer på at forsikrede ga de uriktige opplysningene, jf. bl.a. FinKN 2022-48 og FinKN 2022-47. Ved grov uaktsomhet er spørsmålet om det var sterkt klanderverdig å gi de uriktige opplysningene, jf. Rt-1989-1318 og FinKN-2017-018. Beviskravet er tilnærmet likt som ved svik, men foretaket må ikke bevise at forsikringstaker hadde vinnings hensikt. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte. Det er altså tale om et markert avvik fra en handlenorm, og ikke hva forsikringstaker har villet, jf. FinKN 2025-676.

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.

I denne saken har foretaket fremlagt ny dokumentasjon i etterkant av sekretariatets behandling av saken. Nemnda er av den oppfatning at foretakets dokumentasjon av hvilken helseerklæring som faktisk er utfylt i denne saken, etterlater et noe uoversiktlig inntrykk. Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det likevel tilstrekkelig bevist at forsikrede ga ufullstendige opplysninger om egne plager.

Det fremgår tydelig av den kliniske dokumentasjonen datert før tegning at forsikrede over tid har hatt psykiske plager. Forsikrede skrev ja på kategorien «Psykiske lidelser/oppfølging, utbrenthet og atferdsproblemer (inkludert ADHD/ADD), samt søvnvansker». Han krysset imidlertid bare av ved underpunktet om «Søvnvansker», slik at de andre alternativene «Angst», «Depresjon», «Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)» eller «Behandling eller samtaler hos psykolog eller psykiater» ikke ble valgt.

Slik saken er opplyst for nemnda, har foretaket ikke sannsynliggjort i tilstrekkelig grad at forsikrede på svikaktig vis har gitt uriktige og ufullstendige opplysninger ved tegning. Utfyllingen av skjemaet fremstår som unøyaktig, men klager har krysset av for riktig hovedalternativ, selv om ikke underkategoriene er korrekt utfylt.

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

Foretaket har opplyst at dersom spørsmålene hadde blitt besvart korrekt, ville søknaden om uførepensjonsforsikring ha blitt avslått, eventuelt satt reservasjoner. På bakgrunn av det kliniske bildet som tegner seg i den fremlagte medisinske dokumentasjonen, finner ikke nemnda grunn til å betvile dette. Nemnda legger til grunn at forsikrede må ha forstått at dette var forhold som ville være av betydning for foretakets vurdering, og at forsikrede derfor grovt uaktsomt har misligholdt opplysningsplikten sin.

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 det ikke ville ha godkjent forsikringen eller satt en reservasjon ved 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, 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. I denne saken tilsier skadeforløpet at det skal avkortes.

Grov uaktsomhet er et moment som i seg selv tilsier avkortning. Nemnda har kommet til at forsikrede var svært grov uaktsom, da han ga uriktige helseopplysninger om forsikrede.

Foretaket har avkortet 100 %. Nemnda har ingen innsigelser til foretakets avkortningsprosent. Foretaket har rett til å si opp forsikringen, jf. fal. § 13-3.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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