

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-630

11.6.2026

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – utvidelse av dekning – uriktige opplysninger – avkortning – oppsigelse – fal.
§§ 13-2, 13-3 og 13-13.

Forsikringstaker tegnet i 2009 barneforsikring med dekning for uførhet. Før tegning ble det notert mageplager og pustebesvær. Det ble ikke opplyst om noen helseplager i helseerklæring utfylt ved tegning. Etter tegning vedvarte plagene, og forsikrede hadde også hodepine og smerter i skulder/nakke. Forsikrede begynte med konsultasjoner hos BUP. Dekningen til forsikrede ble utvidet i 2012, og det ble utfylt ny helseerklæring. Her ble det opplyst om pustebesvær ved 1-2-årsalderen, samt om en operasjon forsikrede hadde i 2012. Utover dette ble det ikke opplyst om noen helseplager. Forsikrede meldte krav i 2023. Foretaket avsto krav og sa opp dekningen under henvisning til grovt uaktsomt brudd på opplysningsplikten. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avkorte kravet med 100 % og si opp dekningen. Nemnda fant etter gjennomgang av dokumentasjonen at forsikringstaker grovt uaktsomt svarte uriktig på spørsmål om en rekke plager både ved tegning i 2009 og ved utvidelse av forsikringen i 2012. Nemnda hadde ingen innsigelser til foretakets avkortning på 100 %. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker (forsikredes far) tegnet i oktober 2009 en barneforsikring med blant annet dekning for uførhet for forsikrede (f. 1995). Dekningen ble utvidet i 2012.

Opplysninger før tegning

I journalnotater av mars og august 2003 fremgår at forsikrede hadde mageplager i navleområdet. Videre ble det i 2005 notert periodevist magebesvær de siste årene, og at man ved utredninger ikke hadde gjort noen funn. Fastlege noterte i 2007 at forsikrede hadde hatt astmatendens siden barneårene og brukt Symbicort.

Fastlege henviste forsikrede i oktober 2008 til barnepoliklinikk for ukarakteristisk pustebesvær. Det ble vist til besvær siden 3-5-årsalder, og at man ved tidligere utredninger ikke hadde gjort noe funn. Det ble også notert om hodepine, og at forsikrede 4-5 år tidligere var bredt utredet for mageplager, men uten funn.

Forsikringstaker oppga helseopplysninger for forsikrede ved tegning. Det ble krysset av ved «Nei» på følgende spørsmål:

Har barnet i løpet av de siste 5 årene vært til kontroll, blitt undersøkt eller behandlet av lege?

[...]

Har barnet i løpet av de siste fem år blitt undersøkt eller behandlet av psykolog, psykiater og/eller personell i PP Tjenesten?

[...]

Har barnet i løpet av de siste to år hatt luftveisplager, astma, eksem eller allergi?

[...]

Opplysninger etter tegning.

Fastlege noterte i november 2009 at forsikrede ikke hadde hatt anfall med migrene og aura siden sist, men hyppig hodepine og behandling hos fysioterapeut for smerte i skuldre/nakke. Det ble vurdert at hodepinen kunne komme fra disse plagene. Videre at langvarig hodepine/kvalme ga indikasjon for MR caput. I epikrise av samme måned fremgår at forsikrede var til behandling fra juni 2009 pga. plager med pusten, muskelsmerter i nakke, skuldre og hodepine, samt astmatype anfall. Det ble notert at forsikrede ved oppstart slet med pusten og med konsentrasjonen. Behandlingen ble avsluttet i november 2009 etter 16 behandlinger ettersom forsikrede var bedre, og behandler vurderte at videre behandling ikke ville gi bedring av betydning.

Fastlege viste i notat av februar 2011 til tidligere utredninger for pustebesvær, og noterte mistanke om vocal-chord dysfunction, samt langvarige plager med kvalme og magesmerte uten objektive funn. Forsikrede ble henvist til fysioterapi, som hadde hatt positiv effekt tidligere.

Fastlege noterte i januar 2012 at forsikrede hadde hatt smerter i tinninger på begge sider døgnet rundt den siste uken, samt langvarig historie med skulder- og nakkesmerter som ble verre av dette. Fysioterapi tidligere hadde ikke så stor effekt og legen skrev ut resept på Voltaren.

Forsikrede fikk i mars 2012 diagnose fibroadenom, og det ble operert bort en godartet kule fra brystet.

Forsikrede begynte med konsultasjoner hos BUP hver uke/annenhver uke i september 2012.

Forsikringstaker og forsikrede utvidet dekningen i 2012 og ga i denne forbindelse helseopplysninger på nytt. Erklæringen ble signert 11.10.12. Det ble krysset av på «Nei» ved følgende spørsmål:

Har barnet i løpet av de siste fem år blitt undersøkt eller behandlet av psykolog, psykiater, og/eller personell i PP Tjenesten?

[...]

Det ble krysset av «Ja» på følgende spørsmål:

Har barnet i løpet av de siste 5 årene vært til kontroll, blitt undersøkt eller behandlet av lege?

[...]

Har barnet i løpet av de siste to år hatt luftveisplager, astma, eksem eller allergi?

[...]

Det ble opplyst om at forsikrede hadde «Falsk Krupp Når hun var 1-2 år», og om at forsikrede ble operert 5.3.12, men nå var frisk.

I epikrise fra BUP av november 2013 fremgår innledende mistanke om psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse, og det ble etter hvert stilt diagnose PTSD og Dystemi. Det ble videre notert overgrep våren 2012, og at forsikrede hadde ekstra timer på barne- og ungdomsskole etter vurdering av PPT.

Nav innvilget 30.7.21 100 % arbeidsavklaringspenger fra 3.8.21. Dette ble forlenget 24.7.23.

Forsikrede meldte krav 5.8.23 og opplyste om fibromyalgi, Ehler Danlos Syndrom og IBS, og at symptomer startet «Etter graviditeten i 2020». Videre at:

Diagnosene ble stilt på forskjellige tidspunkt. Fibromyalgi diagnosen har jeg hatt lengst, deretter ble Ehler Danlos stilt. Har ikke bedt legen om legeerklæring per dags dato men dette kan jeg få tak i. Ble sykemeldt første gang i august 2020. Året etter fikk jeg invilget AAP og har hatt det siden.

Det ble 27.2.24 avholdt utredningssamtale med forsikrede.

Foretaket avsto krav 7.3.24 og viste til at forsikringstaker ga uriktige opplysninger ved helseerklæring i 2009 og 2012. Videre at foretaket derfor kunne avslå kravet og si opp forsikredes dekninger. Det ble opplyst om adgangen til å klage til kundeombud og til Finansklagenemnda samt domstolene.

Forsikrede har i det vesentlige anført at det ikke ble gitt uriktige helseopplysninger, verken i 2009 eller i 2012. Foretaket hadde uansett fullmakt til å innhente journaler, og må selv være ansvarlig for opplysninger det ikke fikk fordi det ikke brukte denne fullmakten. Dersom foretaket gis medhold kreves det at foretaket betaler tilbake innbetalte premie for alle årene. Foretaket kan ikke si opp dekningen, men kan evt. innta begrensninger.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikringstaker i 2009, og forsikrede i 2012, grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger ved utfylling av helseerklæring. Det er vist til notater om plager i mage, nakke, skuldre og hodepine/migrene og behandling for psykiske plager. Foretaket kan derfor avslå krav og si opp dekningen og andre dekninger.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretaket kan avkorte forsikredes krav med 100 %, samt si opp dekningen i sin helhet, jf. fal. §§ 13-2 og 13-3.

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 omtrent 9 måneder etter framsatt krav. 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 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-2025-725. 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/forsikrede 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.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det likevel tilstrekkelig bevist at forsikringstaker/forsikrede svarte uriktig på spørsmål om egne plager både ved tegning i 2009 og ved utvidelse av forsikringen i 2012. Plagene omfatter mage, nakke, skuldre og hodepine/migrene og behandling for psykiske plager.

Neste spørsmål er om forsikringstaker/forsikrede ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om egen helse ved tegning, er mer enn lite å laste, altså om de har vært grovt uaktsomme ved 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 forsikringstaker/forsikrede har villet.

Foretaket har opplyst at dersom spørsmålene hadde blitt besvart korrekt, ville søknaden om ha blitt avslått. På bakgrunn av det kliniske bildet som tegner seg i den fremlagte medisinske dokumentasjonen, finner nemnda grunn til å påpeke at det i denne saken synes mer aktuelt å sette en reservasjon som dekket plagene. Uansett ville plagene etter en reservasjon ikke vært dekningsmessige, og nemnda legger til grunn at forsikringstaker/forsikrede må ha forstått at dette

var forhold som ville være av betydning for foretakets vurdering. Forsikringstaker/ forsikrede har dermed grovt uaktsomt misligholdt opplysningsplikten sin.

Det følger av fal. § 13-2 annet ledd at foretakets ansvar kan settes ned dersom forsikringstaker/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 satte 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; det er årsakssammenheng mellom forsikredes mange plager og senere uførhet.

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

Hva gjelder «forholdene ellers» har nemnda tidligere pekt på at avkortning under barneforsikring fordi forsikringstaker (typisk foresatte) grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger om et forhold som ikke står i sammenheng med forsikringstilfelle (her forsikrede barns uførhet), kan føre til urimelige økonomiske konsekvenser for forsikrede barn, jf. FinKN-2023-736. I denne saken stiller dette seg annerledes fordi foresatte i tegningssituasjonen grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger som har medført at forsikrede har fått en forsikringsavtale som ellers ikke ville vært inngått, slik tilfellet også var i FinKN-2024-448. I en situasjon hvor de tilbakeholdte opplysningene har hatt betydning for foretakets vurdering av risiko i relasjon til det senere oppståtte forsikringstilfellet, i den forstand at risikoen i tilknytning til de uriktige opplysningene har materialisert seg, fremstår ikke forsikringen som en «felle» for et forsikret barn fordi forsikringsavtalen ikke ville vært inngått gitt korrekte opplysninger. I denne saken er forsikrede helsemyndig, og har medundertegnet helseerklæringen. Det kan stilles spørsmål om hvilken betydning det skal tillegges at forsikrede selv har medundertegnet, når hennes unge alder tas i betraktning. Erfaringsmessig kan det legges til grunn at unge mennesker vil stole på at foreldrene har fylt ut skjema korrekt, og ikke nødvendigvis selv overskuer konsekvensene av at et helseerklæringsskjema utfylles galt. Når «felle»-elementet slik beskrevet ovenfor, likevel ikke gjør

seg gjeldende, kan nemnda vanskelig se at det foreligger urimelige økonomiske konsekvenser for forsikrede, og nemnda kan vanskelig tillegge dette betydning for avkortningsvurderingen.

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).