

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-633

11.6.2026

Fremtind Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – midlertidig forsikring – avslag – saklig grunn – fal. §§ 1-5, 1B-3, 12-11 og 21-2.

Forsikringstaker søkte om barneforsikring for forsikrede. Foretaket avsto på bakgrunn av helseopplysningene gitt ved tegning. Etter ny søknad fikk forsikringstaker tilbud om midlertidig forsikring i påvente av vurdering av forsikredes helsetilstand. Foretaket etterspurte informasjon fra forsikredes legesenter 11.3.24. Legesenteret svarte ikke, og det ble purret 2.4.24 og 23.4.24. Forsikringstaker ble ikke opplyst om purringene og legesenterets manglende respons. Foretaket avsto forsikredes søknad om forsikring 24.5.24, med den virkning at den midlertidige forsikringen opphørte. Saken reiste spørsmål om foretaket hadde oppfylt sine alminnelige plikter, jf. fal. § 1-5. Nemnda bemerket at fullstendig søknad måtte forstås dithen at foretaket hadde mottatt all nødvendig informasjon fra forsikrede. Foretakets avslutning av søknaden måtte videre sees på som et avslag. Nemnda bemerket videre at foretaket måtte anses for å ha forsømt sine plikter etter fal. § 1-5, ved ikke å opplyse forsikringstaker om manglende svar fra legesenteret, noe som ville gitt forsikringstaker mulighet til å innhente dette selv. Forsikringstaker måtte i så fall sannsynliggjøre et økonomisk tap. Nemnda ga forsikrede medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker søkte om barneforsikring for forsikrede i foretaket 2.5.23. Det ble i denne forbindelse levert en helseerklæring.

På bakgrunn av helseopplysningene, avsto foretaket forsikringssøknaden 8.5.23 med begrunnelse i for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Foretaket opplyste om muligheten til å søke på nytt etter gjennomført ettårskontroll på helsestasjon.

Etter ny søknad, oversendte foretaket 4.3.24 tilbud til forsikringstaker. I tilbudsbrevet ble det informert om behov for helseerklæring, og at foretaket utstedte en midlertidig forsikring i påvente av helseerklæringen:

Informasjon om kjøp av personforsikring

Tilbudet forutsetter at forsikrede har tilfredsstillende helse, og at signert aksept er mottatt av [foretakets bank] innen 02.06.2024. Helseerklæring må leveres én måned etter at aksepten er levert banken. [...] Helsevurdering gjennomføres av vårt forsikringsselskap [foretaket].

[...]

Det ble i denne forbindelse oversendt vedlegg med tittelen «Informasjon om personforsikring». Her fremgår:

[...]

Når gjelder forsikringen fra?

Du har en midlertidig forsikring fra den dagen vi mottar skriftlig aksept fra deg på tilbudet du har fått fra banken din.

Den midlertidige forsikringen gjelder frem til vi har behandlet helseerklæringen du må sende inn. Har forsikrede tilfredsstillende helse, gjør vi om forsikringen fra midlertidig til fast.

[...]

Frist for å sende inn skjema

Du må sende inn helseerklæringen senest 30 dager etter at du har sagt ja til et tilbud på forsikringer. Hvis vi ikke mottar helseerklæringen blir forsikringen avsluttet, og du må kontakte banken din for nytt tilbud.

[...]

Innhenting av opplysninger fra andre

Når den som er forsikret signerer helseerklæringen, får vi en fullmakt til å innhente opplysninger fra leger, behandlere og institusjoner som er oppgitt i skjemaet, samt fra NAV og andre forsikringsselskap. Fullmakten gjelder kun innhenting av opplysninger som er nødvendige for helsevurderingen.

[...]

Midlertidig forsikring

Du er midlertidig forsikret inntil helsevurderingen er ferdig.

Den midlertidige forsikringen:

- gjelder ikke hvis du uansett får avslag på forsikringen på grunn av opplysningene som kommer frem i helseerklæringen.
- dekker ikke forhold som vil gi deg endrede vilkår eller avslag.

Endrede vilkår eller avslag

Hvis vi tilbyr deg forsikringen med annen pris eller med unntak for enkelte sykdommer, opphører den midlertidige forsikringen. Samtidig setter vi i gang den nye forsikringen, med de endrede vilkårene.

Hvis du får avslag opphører forsikringen og du får tilbake det du har betalt. Får du endrede vilkår eller avslag vil du motta informasjon om dette

Det ble også oversendt vedlegg med «Informasjon om Helsevurderingen» hvor det står:

[...]

Innhenting av opplysninger fra andre

Når den som er forsikret signerer helseerklæringen, får vi en fullmakt til å innhente opplysninger fra leger, behandlere og institusjoner som er oppgitt i skjemaet, samt fra NAV og andre forsikringsselskap. Fullmakten gjelder kun innhenting av opplysninger som er nødvendige for helsevurderingen.

[...]

Forsikringstaker sendte inn helseerklæring på vegne av forsikrede 5.3.24. På bakgrunn av denne etterspurte foretaket legesenteret om forsikredes helseopplysninger 11.3.24. Samtidig sendte foretaket et brev til forsikringstaker med informasjon om at det trengte flere opplysninger og at det hadde tilskrevet legesenteret.

Legesenteret besvarte ikke henvendelsen, og foretaket sendte en purring 2.4.24. Foretaket purret igjen 23.4.24. Forsikringstaker ble ikke varslet om disse purringene.

I brev av 24.5.24 opplyste foretaket til forsikringstaker at:

Da vi ikke kan se å ha mottatt svar fra lege innen fristen, gjør vi oppmerksom på at følgende forsikringer avsluttet

Forsikring

Forsikringssum

Barneforsikring (V)

25,00 G

Forsikringstaker klagde på foretakets avgjørelse 14.2.25, og krevde gjenopptak av forsikringen. Foretaket avslo kravet.

Forsikringstaker har i det vesentlige anført at forsikrede har rett til gjenopptak av forsikringen.

Avslutningen av forsikringen ble oppdaget ved en tilfældighet. Det ble ikke oversendt noe informasjon om at forsikringen ble sagt opp, og man fikk dermed ingen mulighet til å få ting i orden. Dersom det hadde blitt informert om forløpet, kunne forsikringstaker selv ha innhentet de etterspurte opplysningene slik at forsikrede hadde fått forsikring.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede ikke har rett til gjenopptak av forsikringen.

Den aktuelle forsikringen var midlertidig, og ble avsluttet fordi foretaket ikke kunne gjøre en fullstendig helsevurdering. Informasjon om varigheten av forsikringen ble gitt i tilbudsbrevet. Foretaket kan ikke sitte på en usikret risiko i lengre perioder etter at forsikringen er opphørt/avslått.

Foretaket bestrider å ha forsømt de alminnelige pliktene etter fal. § 1-5. Det vises til at foretaket ikke er forpliktet til å varsle forsikringstaker om at legesenteret ikke oversender informasjon på tross av purringer. Videre fremstår det som påfallende at foretaket ikke mottok noe henvendelse fra forsikringstaker før 14.2.25, når det allerede 24.5.24 ble opplyst om at legesenteret ikke hadde oversendt relevant informasjon. Videre ble det også opplyst om premiebetaling for forsikringen opphørte mai 2024. Forsikringstaker hadde på dette tidspunkt mulighet til å kontakte legekontoret og følge opp saken overfor foretaket, noe som ikke ble gjort. Det fremstår derfor som både spekulativt og ubegrunnet å legge til grunn at klagers opptreden ville vært annerledes dersom informasjonen hadde blitt gitt 2.4.24 i stedet for 24.5.24.

Uansett har ikke forsikringstaker sannsynliggjort at det foreligger noe økonomisk eller annet erstatningsrettslig relevant tap i saken. Det er ikke dokumentert at forsikrede var utsatt for noe helseforverring i den aktuelle perioden. I tråd med 2024-1165 og 2025-83 må resultatet bli at forsikringstaker ikke får medhold når det mangler dokumentasjon på økonomisk tap, selv om informasjonsplikten er brutt. I denne saken har forsikringstaker hverken sannsynliggjort et faktisk tap, eller noe form for årsakssammenheng. Dette er forsikringstakers bevisbyrde.

Dersom forsikringstaker ønsker å tegne forsikring for forsikrede, kan hun søke på nytt og levere fullstendige helseopplysninger.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder opphør av midlertidig barneforsikring, og reiser spørsmål om foretaket har oppfylt sine alminnelige plikter, jf. fal. § 1-5.

Opphør av midlertidig dekning ved livsforsikring, herunder barneforsikringen i denne saken, er regulert i fal. § 12-11, som i annet ledd bestemmer at:

Hvis ikke annet er avtalt eller følger av fjerde ledd, trer den midlertidige dekningen i kraft så snart premien for den er betalt. **Dekningen faller bort dersom fullstendig søknad om en bestemt forsikring ikke er sendt til forsikringsforetaket senest en måned etter at den midlertidige dekningen trådte i kraft. Er slik søknad sendt, faller dekningen bort når den forsikring det er søkt om, enten trer i kraft eller blir avslått, likevel senest en måned etter at forsikringstakeren mottok premievarsel for den forsikring det er søkt om.** Har forsikringsforetaket sendt tilbud om forsikring på andre vilkår, faller dekningen bort når fristen for å akseptere tilbudet er utløpt

Ordlyden tilsier at en midlertidig forsikring enten avsluttes ved at den *faller bort* dersom fullstendig søknad ikke er sendt, eller at den blir *avslått* dersom fullstendig søknad er sendt.

Nemnda ser først på spørsmålet om det er blitt sendt en «fullstendig søknad», jf. fal. § 12-11 (2) tredje pkt.

I lys av foretakets behov for å foreta en risikovurdering, må «fullstendig søknad» forstås dithen at foretaket har mottatt all nødvendig informasjon fra forsikrede. I forarbeidene fremgår blant annet at forsikringstakeren skal «ordne med eventuell legeundersøkelse og for øvrig fylle ut helseerklæring og andre skjemaer», jf. NOU 1983:56 s. 71.

Sammenholdt gir ikke ordlyden og forarbeidene avklaring på hvorvidt det foreligger «fullstendig søknad» når forsikringstaker har avgitt svar, eller om det også forutsetter at foretaket har mottatt svar fra relevante tredjeparter, for eksempel leger.

Nemnda har tidligere tatt stilling til innholdet ved «fullstendig søknad» i relasjon til fal. § 12-1, jf. FinKN-2013-075 og i 2014-412. Etter nemndspraksis foreligger «fullstendig søknad» etter fal. § 12-1 når forsikringssøker har oversendt den informasjonen foretaket etterspør. Dersom søknadsskjemaet utformes slik at helsespørsmålene skal besvares av en lege som samtidig undersøker forsikrede, vil det ikke foreligge «fullstendig søknad» før legen har medvirket.

Nemnda legger til grunn at uttrykket «fullstendig søknad» i fal. § 12-11 skal forstås på tilsvarende måte, som den nemnda har lagt til grunn i relasjon til fal. § 12-1.

Ved forsikringstakers søknad om forsikring hadde ikke foretaket utformet søknadsskjemaet slik at det skal besvares av en lege som samtidig undersøker forsikrede. Følgelig forelå «fullstendig søknad» etter fal. § 12-11 da forsikringstaker fylte helseerklæring 11.3.24.

Fal. § 12-11 (2) tredje pkt. oppstiller to alternative virkninger i tilfeller der det foreligger «fullstendig søknad».

[...] Er [fullstendig søknad] sendt, faller dekningen bort når den forsikring det er søkt om, enten trer i kraft eller blir avslått, likevel senest en måned etter at forsikringstakeren mottok premievarsel for den forsikring det er søkt om.

I denne saken er det sistnevnte alternativ som er aktuelt, da søknaden blir «avslått». Foretakets brev av 24.5.24 må derfor regnes som et avslag.

Etter fal. § 1B-3 må foretaket ha saklig grunn til å avslå en søknad om forsikring. Nemnda bemerker i denne sammenheng at foretaket normalt har saklig grunn der det ikke er grunnlag for å foreta en vurdering av risikoen, jf. 2025-224 og 2012-524. Når foretaket i denne saken manglet nødvendige helseopplysninger, kunne det i utgangspunktet rettmessig avslå søknaden. Dette må imidlertid sees i lys av foretakets alminnelige plikter etter fal. § 1-5.

Det fremgår fal. § 1-5 (1) at:

For å ivareta kundenes interesser og markedets integritet på beste måte skal forsikringsforetaket på rimelig vis identifisere eventuelle egne interessekonflikter og opptre ærlig, redelig og profesjonelt. Foretaket skal opptre faglig forsvarlig ut fra de plikter som gjelder for tjenesten, og det som ellers er avtalt

Med andre ord oppstilles en plikt for foretaket til å opptre lojalt overfor forbrukere og i tilstrekkelig grad ivareta deres interesser. I forarbeidene fremgår at kravet til «ærlig, redelig og profesjonell opptreden i kundens beste interesse gjennomfører forsikringsdistributionsdirektivet artikkel 17 nr. 1 og skal tolkes i samsvar med denne bestemmelsen», jf. Prop. 234 L (2020-2021) s. 137.

I direktivets artikkel 17 fremgår at forsikringsdistributører, herunder foretak, «alltid opptre ærlig, rettfærdig, og profesjonelt i kundenes interesse». Innholdet i disse kravene må tolkes i lys av direktivets formål, som er å styrke forbrukervernet, se fortalens pkt. 43 og C-633/20 premiss 52.

I denne saken har foretaket unnlatt å opplyse forsikringstaker om at legesenteret ikke oversendte helseinformasjon om forsikrede slik at foretaket kunne vurdere risikoen. Dette skiller seg fra tidligere 2013-075, hvor det fremgår at foretaket gjorde forsikrede kjent med at det hadde purret forsikredes fastlege fordi fastlegen ikke hadde oversendt helseopplysninger.

Dersom foretaket hadde opplyst forsikringstaker om at legesenteret ikke oversendte forsikredes helseinformasjon på tross av purringer, ville forsikringstaker i større grad hatt mulighet til å ivareta sine interesser. Eksempelvis kunne forsikringstaker ha fremskaffet den etterspurte helseinformasjonen på egenhånd, eventuelt tatt kontakt med legesenteret selv for å fremskynde oversendelsen. Videre ville dette vært et enkelt og lite ressurskrevende tiltak for foretaket sin del.

Sett i lys av formålet bak fal. § 1-5, tilsier dette at foretaket burde å ha opplyst forsikringstaker om at legesenteret ikke oversendte forsikredes helseinformasjon. Foretaket har dermed forsømt pliktene som følger av fal. § 1-5.

Virkingen av at foretaket har brutt sine plikter etter § 1-5 er regulert i § 21-2, hvor det fremgår at foretaket

«er ansvarlig for økonomisk tap som er forårsaket av at foretaket ikke har oppfylt sine plikter etter § 1-5 første ledd, og som foretaket med rimelighet kunne forutse som en mulig følge av pliktbruddet. Dette gjelder likevel ikke pliktbrudd som skyldes forhold hos kunden eller andre forhold som foretaket ikke er ansvarlig for»

Det er forsikrede som må sannsynliggjøre at hun har lidt et økonomisk tap. Nemndas behandling er etterfølgende, og forsikrede må derfor først rette et eventuelt krav mot foretaket. Slik saken er opplyst for nemnda, kan nemnda vanskelig se at et slikt krav foreligger.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

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