

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-652

16.6.2026

KLP Skadeforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføreforsikring – rygg smerter – leddplager – uriktige opplysninger – grov uaktsomhet – avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-3.

Forsikrede tegnet uførepensjonsforsikring i 2022. I 2018 hadde forsikrede rygg smerter. Videre hadde forsikrede i 2019 også leddplager i tommel, skulder og ankel. I 2020 ble det notert kneplager, og forsikrede ble henvist til revmatologisk avdeling. Ved tegning opplyste forsikrede om kneproblemer og undersøkelse hos revmatologisk avdeling, samt CT av hofte og kne. Det ble ikke opplyst om sykdom eller helseplager utover dette. Forsikrede fikk innvilget forsikring med reservasjon. Etter tegning falt forsikrede i 2023. Det ble senere notert rygg smerter, dårlig søvn og utmattelse. Forsikrede meldte krav i 2024. Foretaket avsto og sa opp forsikringen under henvisning til uriktige opplysninger ved tegning. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avkorte kravet med 100 %. Nemnda fant det klart at forsikrede hadde svart feil på flere konkrete spørsmål i helseerklæringen. Foretaket innhentet imidlertid supplerende informasjon på bakgrunn av forsikredes opplysninger om kneplager, og fikk da informasjon om visse hofteplager og høyresidige skulderplager, men ikke informasjon om lengre periode med plager fra rygg, samt plager med tommel og venstre ankel og forfot. Etter en samlet vurdering fant nemnda at forsikrede derfor grovt uaktsomt hadde misligholdt opplysningsplikten, men at denne grove uaktsomheten lå i nedre sjikt. Etter en konkret vurdering, der nemnda la vekt på at det var uklart om det var årsakssammenheng mellom ulykken i 2023 og deler av forsikredes plager, konkluderte nemnda med at foretaket kunne avkorte erstatningen med 75 %, og si opp forsikringen. Forsikrede fikk også dekket advokatkostnader. Nemnda ga forsikrede delvis medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet uførepensjonsforsikring 14.2.22. Det ble inntatt følgende reservasjon:

Uførepensjon / Uførekapital: Forsikringstilfeller som skyldes årsak til og følger av oppgitte leddplager, herunder urinsyregikt, gir ikke rett til uføreerstatning.

Opplysninger før tegning 14.2.22:

I journalnotat fra juni 2018 fremgår opplysninger om «Rygg smerter siste uka, kom etter en episode på jobb [...]. I ettetid smerter, forverring i går. Kan stråle til hør. Underks, lateralt lår/legg. Vondt om natta [...]». Det ble vurdert til sannsynlig prolaps S1, og sykemelding en uke, samt gitt resept på tramadol.

Av notat fra desember 2018 fremgår at forsikrede hadde hatt rygg smerter siden dagen før, med noe utstråling til venstre lår. Forsikrede fikk beskjed om å bruke reseptfrie smertestillende, men fikk også resept på Tramadol, samt ble sykmeldt i 3 dager.

Forsikrede var i mars 2019 til lege på grunn av smerter i tommel og høyre skulder over flere måneder. Dette ble vurdert som belastningsrelaterte smerter og forsikrede trengte ikke sykmelding.

I august 2019 var forsikrede til legen på grunn av smerter i venstre ankel og forfot, som hadde kommet og gått siste to månedene, men nå blitt verre de siste dagene. I tillegg smerter nederst i ryggen. Det ble notert at forsikrede hadde gått en del opp i vekt i det siste, og satte ankelsmertene i sammenheng med overtråkk. Legen tok blodprøver.

Forsikrede var til legen for oppfølging av leddplager i september 2019. Han var da helt bra igjen i tåa. Forsikrede fikk informasjon om forhøyet urinsyre og kostråd, men legen startet ikke behandling ettersom det ikke forelå noen sikker diagnose på urinsyregikt foreløpig. Det fremkom også opplysninger om periodevis ryggsmarter og forsikrede fikk resept på Voltaren.

I notat av juli 2020 fremkommer at forsikrede falt på isen 3-4 måneder tidligere, og i ettertid hadde smerter i begge hofter. Dette ble vurdert som sannsynlig bursitt/senefesteproblematikk, men legen henviste til røntgen for å utelukke gammel fraktur etter ønske fra forsikrede. Røntgen av bekken/hofter viste normale forhold.

Videre ble det notert kneplager, som medførte henvisning til revmatologisk avdeling.

I poliklinisk notat fra revmatologisk avdeling i juni 2021 ble det satt diagnose M13.1 Monoartritt, og nevnt smerter i begge knær, på morgenen. Videre at forsikrede hadde ryggsmarter i skulderblad.

I poliklinisk notat fra revmatologisk avdeling fra september 2021 fremgår opplysninger om fortsatte variable moderate kneplager. Videre fremgår informasjon om at forsikrede ikke hadde andre vesentlige plager med rygg eller andre ledd, utover litt plager med høyre skulder, samt hatt litt plager i høyre hofta som forsikrede relaterte til et fall på skøyter. Det fremkom at legen i utgangspunktet ikke anså det som sannsynlig at det forelå en primær artrittsykdom eller spondylartropati utover ev. urinsyregikt. Videre at plager i venstre kne hadde annen årsak enn revmatisk tilstand. Forsikrede ble henvist til MR av venstre kne og bekken, for å utelukke sakroillitt, men legen så ikke behov for kontroll med mindre det kom uventede billedfunn.

Opplysninger ifm. tegning 14.2.22:

I helseerklæringsskjemaet fremgår innledningsvis: «[...] Er du i tvil om du skal svare JA eller NEI på spørsmålene, skal du svare JA og gi utfyllende opplysninger ved hvert spørsmål. [...]».

Forsikrede opplyste om «Kne problem», og undersøkelse hos revmatolog «i fjor», på spørsmål om undersøkelse siste 10 år ved sykehus/poliklinikk. Resultatet skal ha vært «antibiotika for borrelia og tapping vann av kne». Han opplyste også om CT av hofta og kne, på spørsmål om billedundersøkelser mv. siste 12 måneder.

Forsikrede svarte «Nei» på spørsmålet:

Har du vært hos lege i løpet av de siste 5 år?

Kryss "NEI" hvis legebesøket gjelder for eksempel lett sesongbetont allergi, ukomplisert influensa, forkjølelse eller halsbetennelser.

Han svarte også Nei på spørsmålet «Har du noen form for sykdom, skade, medført lidelse eller funksjonssvikt (fysisk eller psykisk) utover det som er spurt om tidligere?».

På spørsmålet «Har du i løpet av de siste 5 år hatt smerter, plager, problemer eller vondt i muskler, skjelett» krysset forsikrede ja på punktet om «Kne», men nei på øvrige spørsmål, herunder «Rygg» og «Øvrige plager i ledd, muskler, sener».

Ifm. søknaden erklærte forsikrede: «... at de opplysningene jeg har gitt, er så fullstendige og nøyaktige som mulig. [...]».

Foretaket tilskrev 15.3.22 revmatismesykehuset og ba om supplerende opplysninger tilknyttet de opplyste kneplagene.

Etter å ha mottatt av aktuelle informasjon innvilget foretaket søknaden, og satt følgende reservasjon, jf. fremlagt forsikringsbevis:

Uførepensjon / Uførekapital: Forsikringstilfeller som skyldes årsak til og følger av oppgitte leddplager, herunder urinsyregikt, gir ikke rett til uføreerstatning

Opplysninger etter tegning 14.2.22:

Forsikrede oppsøkte lege i september 2022 grunnet smerter i korsryggen som hadde vart en måned. Legen fant ikke indikasjon for å rekvirere MR.

I poliklinisk notat 16.2.23 fremgår at forsikrede hadde falt på sparkesykkel et par dager tidligere, og traff bakken med knærne først og fikk så et direkte traume mot høyre hofte fra sparkesykkel. Forsikrede hadde i etterkant hatt økende smerter fra høyre hofte og korsrygg. Røntgen viste ingen brudd i hofte eller bekken, men mistanke om fraktur i S5 som passet med smertene. Smerter i nedre thorakalcolumna ble vurdert som degenerative forandringer, eventuelt mild kompresjonsfraktur.

I poliklinisk notat 23.2.23 fremkommer at forsikredes smerter ble vurdert som muskulære, som følge av brudd i halebeinet. I perioden mars 2023 – august 2023 er det flere notater om fortsatte ryggsmarter.

Det fremkommer av notat av september 2023 at forsikrede hadde forsøk å starte i gradert arbeid, men at dette ikke fungerte, samt at han slet med dårlig søvn, slitenhet/utmattelse. Det var behov for ny MR av rygg, bekken og kne.

MR av lumbosakralcolumna i oktober 2023 viste i hovedsak Skiveprotrusjon ved Th11 /Th12 skivenivå. MR bekken viste ingen tegn til artrose, men det ble funnet tegn til slitasje og delvis ruptur av den minste setemuskel. MR av høyre kne viste i hovedsak noe bruskforandringer.

I november 2023 fremkommer opplysninger om fortsatte smerter hovedsakelig i korsrygg, men at søvnen var noe bedre.

Nav gjorde en helhetsvurdering av arbeidsevnen i januar 2024 hvor det fremkom at forsikrede hadde sterke ryggsmarter som medførte store problemer med alle daglige aktiviteter. Forsikrede ble utredet av fastlege og gikk til fysioterapeut, men at det så langt hadde vært lite fremgang.

Forsikrede meldte krav til foretaket per telefon den 1. februar 2024.

I forbindelse med yrkesskadesak etter fall på sparkesykkel i februar 2023, avga rådgivende lege uttalelse 10.2.24:

[...] Det foreligger et traume som kan gi en varig skade. Det er dokumenterte akutt symptomer for rygg/korsrygg og høyre hofte. Høyre kne fremkommer først 14.9.23. Det er brosymptomer for korsrygg og høyre hofte. Det er funnet tendinopatiforandringer («slitasjeforandringer») ved MR i hofte, en liten partiell ruptur av gluteus minimus. Skiveforandring i Th11. Skadelidte har tidligere hatt plager i hoftene og knærne. Det er påvist bruskforandringer forut for aktuelle hendelse. Det ble påvist en endring i S5, men dette stemmer ikke med slik skademekanismen er beskrevet. Ev. skade av halebenet skjer ved direkte fall på setet, noe som ikke er beskrevet i denne saken, han falt fremover og deretter traff høyre hofte med sparkesykkelen. Hans lekkasje fra vannlating og avføring er vurdert av spesialister, og det er ikke funnet noen patologi ved de objektive undersøkelsene. Plagene kan ha sammenheng med svak bekkenbunnsmuskulatur, men dette anses ikke skadeutløst. Det står i de første notatene/ sykehusnotat 23.2.23 at han ikke fikk

umiddelbare smerter, men at de tilkom over de neste par dagene, var tidligere på legevakt og skadepoliklinikk uten funn av utstrålende smerter. Dette styrker at dette dreier seg om bløtdelsproblematikk. Det vanlige biologiske forløpet ved bløtdelsproblematikk er at smertene avtar over tid, med eller uten behandling. Dette er ikke tilfellet hos skadelidte.

Jeg anser det mindre enn 50 % sannsynlig at aktuelle plager hos skadelidte har sin årsak i aktuelle hendelse. [...]

Foretakets fagansvarlig på helsevurderingsavdelingen skrev 21.10.24 at «Her var det mye diffuse plager i muskel/ledd han ikke oppga til oss. Jeg hadde nok vurdert det til R1 i for eksempel 2 år. Og vi ville da innhentet nye legeopplysninger for å ta en ny vurdering».

Foretaket avsto kravet og sa opp forsikringsavtalen 23.10.24, under henvisning til at forsikrede grovt uaktsomt hadde gitt uriktige opplysninger ved tegning.

Forsikrede opplyste 29.10.24 at «Ved inngåelse av forsikringsavtale i 2022 opplyste [forsikrede] på telefon til [foretaket] at han hadde hatt tilsvarende forsikring fra 2016 til 2019 i [annet foretak]. Han sa opp forsikringen i 2019 av økonomiske årsaker, samt at han helsemessig ikke mente at han behøvde slik forsikring grunnet ung alder og god helse. [...]», jf. også fremlagt dokumentasjon på tegning og bekreftelse av oppsigelse. Videre at han ønsket å tegne ny forsikring da en venn fikk kreft og døde i mars 2022.

Forsikrede opplyste 26.11.24 om at skatteoppgjør fra 2022 viste «høy inntekt og arbeidsevne fra en hel del ekstravakter mv.». Videre at foretakets rådgivende lege «har gjort det til et poeng at det ikke var naturlig å få brudd i halebeinet i ulykkeshendelsen. Tvert imot vil det være logisk når man faller fra en jobbsparkesykkel, der forhjulet vregnte seg i en sving rundt et hjørne, at bakenden treffer golvet. [...]»

Spesialist i nevrologi vurderte 14.2.25 at forsikrede:

[...] har tidligere vært frisk. I februar -23 mens han forflyttet seg med sparkesykkel i sin jobb [...]. Han falt fra sparkesykkelen og fikk en metall del av sykkel i bak i hofte og rygg. Han falt på rumpen og ryggen. [...] Han kunne reise seg uten problem da han hadde ikke sterke smerter i starten. Det var først 2 dager etterpå at han begynte å klage over kraftig og tiltagende smerter fra korsryggen og med utstråling [...] Han har etterpå utviklet en urinlekkasje som ble til en urinretensjon senere. [...]

Det ble videre beskrevet at tilstanden har medført påvirkning fysisk og psykisk, utvikling av pre diabetes, og at forsikrede «bruker forskjellige smertestillende og må kateterisere seg flere ganger om dagen. Han har fått avslag om at få dekket sine medisinske utgifter». Det ble også beskrevet at «Tilstanden er faktisk oppstått i tilslutning til en trauma på arbeide, og kan ikke forklares av andre årsaker, Man kan betrakte denne tilstanden som en Komplekst regionalt smerte syndrom (CRPS) av type 1, da der ikke er påvist noen definerbare nerveskader. [...]».

Samme lege utferdiget spesialisterklæring til Nav datert 15.5.25. Der fremgår:

Punkt 4: vedrørende rygg smerter. Pasienten har rapportert tydelige lumbosakrale «rygg» smerter så tidlig som 48 timer etter ulykken. Undertegnede kan ikke finne i pasientens journal eller pasientens rapporterte uttalelser om at han har før ulykken vært plaget av noen form for leddsmerter [...]

Samlet vurdering:

(...)

Efter min mening, kan alle disse symptomer forbinnes med ulykken. Der finnes ikke overbevisende bedre forklaringer på disse symptomer., og der finnes er tydelig tidsmessig overensstemmelse mellom ulykkens tidspunkt og utvikling av de ulike symptomer samt deres geografiske/nevrologiske fordeling. Man regner med at der skulle foreligge en lesjon i den lumbosakrale plexus hos pasienten, som er årsak til alle pasientens symptomer: urin og avførings lekkasje, motorisk defisitt på underekstremiteter og erektil dysfunksjon, i

t tillegg til selve smerten i den lumbosakrale kolumna. Klinisk, passer symptomene godt med denne diagnosen (lesjon i plexus lumbosakralis), selv om denne ikke er enkel at påvise ved parakliniske undersøkelser.

Videre ble det vist til at invaliditeten for hver av de opplistede plagene var i intervaller som enten startet på 10 eller 25 %, og med øvre del av intervallene på mellom 19 og 34 %.

Dr. Professor emeritus med spesialisering i kirurgi og urologi vurderte 3.9.25 at:

Saken dreier seg om en [...] tidligere frisk [...] som i februar 2023 under arbeid ble utsatt for et kraftig traume mot ryggen og bekkenet. I nær tid etter ulykken utviklet han betydelige urinveisproblemer og etter hvert også problemer med avføringsinkontinens og sterk nedsatt evne til å oppnå ereksjon. Problemet har ikke bedret seg i de 2,5 påfølgende årene.

Årsaken til at han utviklet de angitte plager med urinblæredysfunksjon (blanding av urinretensjon og inkontinens), ereksjonssvikt og avføringsinkontinens er etter min mening med overveiende sannsynlighet (>50%) en oversett partiell cauda equina og conus medullaris skade.

Selv om man muligens kan diskutere andre årsaker til pasientens plager / lidelser, hevdes det med overveiende sannsynlighet at traumet han fikk i februar 2023 er den tilgrunnliggende årsak til hans nåværende problemer.

Det er ikke dokumentert noen forutgående psykisk lidelse eller tilstand som skulle være årsak til eller være medvirkende til å utvikle hans lidelser i urinveiene eller tarm ei heller forårsake hans seksuelle dysfunksjon.

Videre at samlet mén tilknyttet erekttil dysfunksjon, urinkontinens og tap av endetarmskontroll utgjorde (3 x 25 % =) 75 %.

Foretakets fagansvarlig på helseavdelingen vurderte 26.3.26 at:

Kunden hadde i løpet av de siste 3,5 årene hatt plager i rygg (mulig prolaps) i lengre tid, tommel, høyre skulder (i flere måneder), venstre ankel og fot, nederst i ryggen bekken og leddplager. Flere av disse plagene medførte også sykemeldinger. En tilleggsrisiko er at han er overvektig og får pristillegg på 100% for dette.

Alt dette tatt i betraktning ville vi utstått denne i 2 år. Ved ny søknad etter 2 år ville vi innhentet nye legeopplysninger

Forsikrede beskrev 7.4.26 betydelige forskjeller på sin helsesituasjon før og etter skaden. Det ble også vedlagt bilder for å illustrere dette.

Forsikrede har i det vesentlige anført at foretaket har ikke grunnlag for å nekte utbetaling eller si opp forsikringsavtalen.

Plagene som foretaket mener at er grovt uaktsomt å ikke opplyse om, oppfattet forsikrede som småplager (knyttet til konkrete episoder), som for lengst var borte. Dette med ryggen hadde han rett og slett glemt. Han hadde ikke hatt noen som helst grunn til å melde disse inn til foretaket han tidligere hadde forsikringen hos som grunnlag for uførhet den korte tiden plagene sto på, og han oppfattet da heller ikke at han måtte huske disse og rapportere til foretaket. Disse tidligere svært kortvarige plagene har heller ikke noe med dagens arbeidsuførhet å gjøre.

Dagens plager oppsto i arbeidsulykke 13.2.23, og plagene er vesensforskjellige fra de kortvarige plagene og små plagene fra 2018 og 2019. Dersom alle forbigående tidligere småplager er viktig og vurdert som vesentlige forhold for foretaket ved inngåelse av forsikringsavtale, burde foretaket innhente journal før avtale blir inngått. Videre burde plagene som fremkom fra helseerklæringen og fra revmatismesykehuset både med knær, hofter og annet, medføre at foretaket innhentet fastlegejournalen. Grov uaktsomhet kan dette uansett ikke kalles.

Det er uheldig at han unnlot å krysse av for ryggplager de siste 5 år i helseerklæringen.

Spørsmålene i erklæringen er imidlertid underlig og svært uheldig bygget opp, og egnet til å skape misforståelser. Det er opplyst at man ikke skal nevne eksempelvis ukomplisert influensa. Lenger ned ser man at sykemeldinger opp til 2 uker ønsker ikke foretaket opplysninger om. Han har

dermed ikke opplyst om det han har oppfattet som forbigående hverdagsplager som ikke har hatt noe med langvarige sykmeldinger eller hans varige arbeidsevne å gjøre.

Det gjøres også gjeldende at de gamle og fåtallige ryggplagene som fremgår før helseerklæring ble avgitt, ikke skulle ha medført noe unntak for arbeidsuførhet pga. rygg. De er helt innenfor normalen, og gamle avklarte tilfeller på tidspunkt for helseerklæring. Plagene han har fått etter arbeidsulykken 13.2.23 er vesensforskjellige, med blant annet urinlekkasje og til dels avføringslekkasje.

Forsikrede krever også dekket advokatutgifter for nemnda med kr 40 000.

Foretaket har i det vesentlige anført at foretaket kan si opp forsikringen og avkorte utbetalingen med 100 %, under henvisning til grovt uaktsomt mislighold av forsikredes opplysningsplikt ved forsikringstegning, jf. fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-3.

Forsikrede svarte feilaktig/mangelfullt på spørsmålene om legebesøk siste 5 år, og spørsmålet: «Har du i løpet av de siste 5 år hatt smerter, plager, problemer eller vondt i muskler, skjelett» - med oppfølgingsspørsmål om plager i rygg. Fastlegejournalen viser at forsikrede hadde ryggplager som kom og gikk i en periode på over ett år i 2018 og 2019. Han oppsøkte lege for disse ryggplagene flere ganger, og han var ved flere anledninger sykemeldt for ryggplagene. Han opplyste heller ikke om smerter i tommel og høyre skulder som skal ha vedvart i flere måneder i 2019. Spørsmålene i helseerklæringen er konkrete, og byr ikke på tolkningstvil. Det fremgår klart at det spørres om smerter, plager, problemer eller vondt (...) de siste 5 år. I helseerklæringsskjemaet er det dessuten fremhevet at «Er du i tvil om du skal svare JA eller NEI på spørsmålene, skal du svare JA og gi utfyllende opplysninger ved hvert spørsmål».

Foretaket anfører at forsikrede var grov uaktsom da han holdt tilbake disse opplysningene. Dersom forsikrede hadde opplyst om tidligere ryggplager, tommel og ankel, ville det ha vært tale om diffuse leddsmerter i så mange deler av kroppen at det ville medført avslag på søknaden, med informasjon om at han kunne søke på nytt om 2 år. Eventuelt ville den ha blitt innvilget med reservasjon mot ryggplager. Reservasjonen eller avslaget ville medført at han ikke ville ha fått utbetaling tilknyttet det meldte forsikringstilfellet.

Forsikrede kan for øvrig ikke høres med at foretaket burde ha innhentet hele hans journal før forsikringen ble innvilget. Se «Forsikringsavtaleloven med kommentarer», 4. utgave av Brynildsen, Lid og Nygård, kommentaren til fal. § 3-4.

Graden av uaktsomhet, følgene de tilbakeholdte opplysningene fikk, og årsakssammenheng mellom tilbakeholdelse av opplysninger og at forsikringstaker fikk en forsikring han ellers ikke ville ha fått, tilsier fullstendig bortfall av foretakets erstatningsansvar, det vil si en avkortningsgrad på 100 %, jf. FinKN 2024-448. Foretaket har for øvrig også bemerket at man ikke kan legge til grunn spesialisterklæringene, da det der er lagt til grunn feil faktum.

Foretaket har også anledning til å si opp forsikringsavtalen med 14 dagers varsel, jf. forsikringsavtaleloven § 13-3 første ledd første punktum. Forsikringen ville ikke ha blitt innvilget på søknadstidspunktet. En eventuell ny søknad 2 år senere (altså i 2024) ville ikke ha vist noen bedring i forsikredes helsetilstand. En ny søknad ville derfor heller ikke ha blitt innvilget, og foretaket har heller ingen plikt til å tilby forsikring på andre vilkår, jf. § 13-3 tredje ledd.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om foretaket kan si opp avtalen og avkorte forsikredes krav med 100 %, jf. fal. §§ 13-2 og 13-3.

Det følger av fal. § 13-1a at foretaket ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av risikoen, og at forsikringssøkeren skal gi riktige og fullstendige svar på disse spørsmålene. Opplysningsplikten går for det første ut på at det skal gis riktige og fullstendige svar på de konkrete spørsmålene foretaket stiller for å kunne vurdere risikoen. For det annet skal forsikringstakeren og den forsikrede på foretakets oppfordring gi opplysninger om særlige forhold som hen må forstå er av vesentlig betydning for foretakets vurdering av risikoen, selv om dette ikke direkte omfattes av spørsmålene som er stilt i helseerklæringen.

Etter fal. § 13-2 annet ledd kan foretakets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstakeren har forsømt opplysningsplikten. Når det er gått mer enn to år fra foretakets ansvar begynte å løpe og frem til forsikringstilfellet og det er tale om en uføredekning, må foretaket også sannsynliggjøre at det er tale om grovt uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten, jf. fal. § 13-4 annet ledd.

Foretaket har bevisbyrden for at opplysningsplikten er svikaktig eller grovt uaktsomt forsømt. Når foretaket anfører svik må det foreligge en klar sannsynlighetsovervekt for dette, jf. Rt-1989-689. Foretaket må bevise at forsikrede handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988–1989), s. 88. Det innebærer at foretaket må påvise et økonomisk motiv. Høyesterett har i Rt-2000-59 presisert at 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. Og videre at det for begge vilkårene må foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt.

Ved anført grov uaktsomhet, som er tilfellet i denne saken, er beviskravet tilnærmet likt det som gjelder ved svik. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Nemnda tar først stilling til om forsikrede opptrådte grovt uaktsomt ved tegning av uførepensjonsforsikringen.

Det bemerkes innledningsvis at forsikrede i helseerklæringsskjema ble veiledet om utfylling av spørsmålene: «[...] Er du i tvil om du skal svare JA eller NEI på spørsmålene, skal du svare JA og gi utfyllende opplysninger ved hvert spørsmål. [...]». Ved signering erklærte han «at de opplysningene jeg har gitt, er så fullstendige og nøyaktige som mulig. [...]»

Under Sakens bakgrunn er de mest relevante spørsmålene gjennomgått. Oppsummeringsvis opplyste forsikrede om sykehusundersøkelse av et kneproblem og at han hadde tatt CT av hofte og kne siste 12 måneder. Han svarte ellers Nei eller tok ikke inn informasjon om andre forhold på følgende spørsmål:

Har du vært hos lege i løpet av de siste 5 år?

Kryss "NEI" hvis legebesøket gjelder for eksempel lett sesongbetont allergi, ukomplisert influensa, forkjølelse eller halsbetennelser.

«Har du i løpet av de siste 5 år hatt smerter, plager, problemer eller vondt i muskler, skjelett?»

(her krysset han av for «Ja» på punktet om «Kne», men «Nei» på øvrige spørsmål, f.eks. «Rygg» og «Øvrige plager i ledd, muskler, sener»).

Nemnda finner det klart at forsikrede svarte feil på spørsmål om han hadde vært hos lege siste 5 år, jf. ovenfor under sakens bakgrunn der de mest relevante delene av forsikredes kontakt med lege i årene før tegning er gjennomgått.

Videre svarte han også feil på spørsmål om han ila. de siste 5 år har hatt smerter, plager, problemer eller vondt i muskler, skjelett», ettersom han kun opplyste om kneplager, men ikke hva som ellers fremgår av de under sakens bakgrunn fremhevede notatene om gjentakende runder med rygg smerter, tommel og høyre skulder i flere måneder, venstre ankel og forfot og hofter.

På bakgrunn av forsikredes opplysninger om kneplager, og CT av kne og hofte, innhentet foretaket supplerende informasjon fra revmatismesykehuset. Foretaket kan ikke begrunne misligholdt opplysningsplikt med de opplysningene de fikk fra sykehuset før det aksepterte forsikringssøknaden, jf. fal. § 13-4 og lovkommentaren (Brynhildsen m.fl., 2024), s. 540.

Foretaket fikk da bl.a. tilgang til poliklinisk notat 28.6.21 og 30.9.21, der det fremgår (foruten informasjon om bilaterale kneplager) informasjon om «ryggsmerter i skulderblad», men senere også at «Han har ingen vesentlige plager med rygg eller andre ledd. Har hatt litt plager med høyre skulder, samt hatt litt plager i høyre hofte som han relaterer til et fall på skøyter [...]».

Nemnda legger etter dette til grunn at foretaket ifm. søknaden fikk tilgang til opplysninger om kneplager, visse hofteplager og høyresidige skulderplager. Foretaket fikk derimot ikke opplysninger om ryggplagene forsikrede synes å ha slitt med i perioder, flere måneder med vondt i tommel i starten av 2019 og plager i venstre ankel og forfot i et par måneder rundt sensommeren 2019. Utover det som fremgår av de polikliniske notatene nevnt over, fremgår siste beskrivelse av ryggplagene i notat 19.9.19. Det er altså en lengre periode fra siste journalføring av ryggplager, og forsikredes forsikringstegning i februar 2022.

Nemnda finner det klart at spørsmålene er besvart feil, og at det er betydelige avvik mellom hva forsikrede svarte og hva han burde ha svart ved utfyllelsen av helseerklæringsskjemaet. Samlet sett finner nemnda det sannsynliggjort at forsikrede grovt uaktsomt har misligholdt sin opplysningsplikt. Det bemerkes imidlertid at det er tale om tilbakehold av relativt moderate tidligere plager, og den grove uaktsomheten er etter nemndas syn i nedre sjikt. Etter dette er det grunnlag for oppsigelse av forsikringen, jf. fal. § 13-3.

Ved grov uaktsomhet, foreligger det også grunnlag for avkortning, jf. fal. § 13-2. Foretaket har avkortet kravet med 100 %.

Avkortningsregelen er skjønnsmessig. Avkortningen kan være fra 0 til 100 % av erstatningsbeløpet. Ved avgjørelsen følger det av bestemmelsens 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.

Når det gjelder de nærmere rettslige rammene for hvilken avkortningsgrad som er riktig i den enkelte sak, vises det til nemndas redegjørelse om dette i avgjørelse 2025-676.

Når det gjelder hvilken betydning feilen har hatt for foretakets vurdering av risikoen, har foretakets fagansvarlig på helsevurderingsavdelingen 21.10.24 kommentert den manglende informasjonen slik: «Her var det mye diffuse plager i muskel/ledd han ikke oppga til oss. Jeg hadde nok vurdert det til R1 i for eksempel 2 år. Og vi ville da innhentet nye legeopplysninger for å ta en ny vurdering». Flytskjemaet (fra NHV) for vurdering av muskel- og skjelettplager tilsier avslag om det er utbredte muskel- og skjelettplager siste 5 år, som omfatter mer enn én kroppsregion, og med varighet av plagene utover tre måneder. Ved kortere varighet enn tre måneder forstår nemnda at det skal settes en reservasjon som omfatter aktuelle kroppsdelar.

Etter sekretariatets vurdering oversendte foretaket en ny uttalelse fra helsevurderingsavdelingen hvor det ble ytterligere begrunnet hvorfor det mener det ville blitt gitt avslag med riktige opplysninger, eller:

«I mildeste fall [...] satt reservasjon for årsak til og følger av oppgitte leddplager, herunder urinsyregikt, ryggglidelser og lidelser i høyre skulder (og pristillegg for overvekt).»

Det fremstår som noe uklart for nemnda hva foretaket faktisk ville ha gjort med mer informasjon, ettersom det kun tok reservasjon tilknyttet opplyste kneplager («oppgitte leddplager, herunder

urinsyregikt») selv om det ifm. helsevurderingen (som gjennomgått) også fikk tilgang til informasjon om ryggsmarter/skulderplager og hofteproblemer nevnt i bl.a. poliklinisk notat 28.6.21 og 30.9.21. Ettersom hoveddelen av plagene synes å ha vært av en varighet rundt eller under 3 mnd, er nemnda videre usikre på om foretaket ville hatt grunnlag for totalt avslag ved korrekte opplysninger ved tegning. Det var også gått omtrent 2,5 år fra siste klare nedtegning av ryggplager. Det fremstår som mer sannsynlig at foretaket kunne satt en reservasjon tilknyttet ryggplagene, som forsikrede etter en stund kunne søkt tatt bort ved fortsatt symptomfrihet. Nemnda forstår det slik at foretaket da hadde brukt tilsvarende ordlyd som i reservasjonen det satt for opplyste plager:

Uførepensjon / Uførekapital: Forsikringstilfeller som skyldes årsak til og følger av oppgitte leddplager, herunder urinsyregikt, gir ikke rett til uføreerstatning

Når reservasjonen antas knyttet til oppgitte leddplager (nå ryggplager), og ikke generelt alle ryggplager, vil ryggplager som skyldes f.eks. senere inntrådte ulykker i utgangspunktet ikke fanges opp av reservasjonen.

Slik saken er opplyst, er det noe uklart om en slik reservasjon ville begrenset foretakets ansvar i aktuelle sak. Forsikrede har vært utsatt for en arbeidsulykke etter tegning, og i ettertid hatt vedvarende sterke ryggsmarter, samt problemer med urinblæredysfunksjon, avføringsinkontinens og ereksjonssvikt. Foruten sistnevnte, synes alle tre resterende forhold å kunne ha betydning for en ervervsevne.

Videre er skyldgraden et moment. At forsikrede har opptrådt grovt uaktsomhet tilsier avkortning, men i aktuelle sak har det betydning at nemnda har lagt til grunn at den grove uaktsomheten er i nedre sjikt.

Formuleringen «skadeforløpet» innebærer et krav om årsakssammenheng mellom det forhold som det er gitt uriktige opplysninger om og den inntrådte skaden. Når det gjelder ryggplagene, har foretakets rådgivende lege konkludert med manglende årsakssammenheng til arbeidsulykken, mens det i spesialisterklæring til Nav 15.5.25 er konkludert med årsakssammenheng. Nemnda finner imidlertid ikke å kunne legge særlig vekt på sistnevnte spesialisterklæring da den legger til grunn forsikredes forklaring om ingen tidligere leddplager, og en skademekanisme som ikke fremgår av tidsnære journaler.

Det er etter nemndas syn uklart om det er årsakssammenheng mellom ulykken og deler av forsikredes senere ryggsmarter, og urinblæredysfunksjon og avføringsinkontinens ville ikke ha blitt fanget opp av et evt. unntak for ryggsmarter.

Nemnda finner etter en konkret vurdering, der det særlig er lagt vekt på klarhetene knyttet til årsakssammenhengen, og det forhold at den grove uaktsomheten er i nedre sjikt, at riktig avkortningsgrad i saken er 75 %.

Forsikrede har fremsatt krav om dekning av utgifter til juridisk bistand. Det følger av nemndspraksis at det kun er rimelige og nødvendige utgifter tilknyttet den delen av klagen som fører frem, som kan kreves dekket av foretaket, jf. bl.a. 2023-784. Nemnda tar ikke stilling til omfanget av utgifter som kan kreves dekket.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis delvis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).