

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-813

1.7.2026

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Barn – tegning – opplysningsplikt – avkortning – oppsigelse – myndig – rett mottaker varsel – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3 og 13-13.

Forsikringstaker ga helseopplysninger i forbindelse med tegning av barneforsikring for sitt barn (f. 2003) i 2015. Forsikringstaker svarte «nei» på alle spørsmål om sykdom/skade/plager hos forsikrede. I forsikredes journal fremgikk henvisning til PPT grunnet «Sosiale/emosjonelle vansker» fra 2014. I sakkyndig vurdering fra PPT utferdiget i 2016 fremkom det at forsikrede ble anbefalt tilrettelagt undervisning. Ved senere utvidelse av dekningen i 2016, ga forsikringstaker tilsvarende helseopplysninger på nytt. Forsikringstaker meldte krav under forsikringen i 2024 og opplyste at forsikrede hadde fått diagnosen enkel schizofreni. Forsikrede var da blitt myndig. Foretaket avsto krav under dekningen, under henvisning til grovt uaktsomt brudd på opplysningsplikten ved tegning. Avslaget ble sendt forsikringstaker. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avkorte kravet med 100 % og si opp forsikringsdekningen. Saken reiste også spørsmål om foretakets avslag var gitt til riktig person. Nemnda bemerket at selv om lovens ordlyd isolert sett taler for at foretaket kunne velge mellom å sende avslag til forsikringstaker eller til forsikrede, tilsa både forarbeidene og juridisk litteratur at varsel om avkortning i utbetaling skulle sendes forsikrede som den berettigede til en utbetaling. Ettersom foretaket kun hadde sendt varselet til forsikringstaker, kunne foretaket ikke påberope seg forsikringstakers misligholdte opplysningsplikt. Nemnda ga forsikrede medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker (forsikredes far) tegnet basis og standard barneforsikring med utfyllelse av helseerklæring 31.10.15.

Forsikrede ble forut for tegningen henvist til PPT for utredning. I henvisning mottatt 27.5.14 er det under henvisningsgrunn krysset av for «Sosiale/emosjonelle vansker» og undergruppe «Atferds/samhandlingsvansker».

I udatert pedagogisk rapport fra PPT, delvis basert på informasjon fra 2014, fremgår bl.a. at forsikrede har behov for å styrke statusen sin i klassen, og vise frem sine gode sider. Videre at han måtte motiveres til å stifte kontakt med andre barn, samt at han trengte klare mål for arbeid i timen. Tempo og konsentrasjon måtte økes.

Etter første tegning ble det utferdiget en sakkyndig vurdering fra PPT datert 15.4.16. Der fremgår at bakgrunnen for henvisningen var sosiale vansker, som ifølge mor skyldtes at han ikke kjente noen fra før av samt at han fra skolestart faglig lå foran sine medelever. PPT hadde vært involvert siden august 2014 med møter med forsikrede, mor, lærer og besøk i klassen, men det var ikke satt noen diagnose. Forsikrede ble beskrevet som en stille gutt som i liten grad tok kontakt med andre barn eller voksne. Videre at han hadde vanskelig for å komme i gang med oppgaver, spesielt de som krevde eget initiativ og kreativitet.

Det fremgår også at det ble foretatt ny samtale med skole og hjem februar 2016, hvor det også fremkom at forsikrede fikk høyt skår på tester, og viste god forståelse og minne, men at han snakket lite/ lavt på skolen. Han tilbragte mye tid alene, og trengte mye tid på oppgaver.

Under ny observasjon i klassen februar 2016 fremgår bl.a.:

[...] sitter ved pulten, ser ikke at han har noen form for kommunikasjon med lærer eller medelever.
Evaluerer i loggbok fra hver enkelt etter ryddinga: [forsikrede] skriver ingen ting. Jeg henvender meg til han, men han svarer ikke. I friminuttet er han alene, med hetta godt trukket ned over ansiktet.

Deretter fremgår resultater fra foreldreskjema og lærerskjema. For foreldrene står det: «Klinisk område: Total kompetanse og sosial kompetanse.» For lærer står det: «Klinisk: Total læring, inagering/tilbaketrekning og depresjon. Grense: Totale problem, kognitivt tempo, tvangslidelse. Bekymring: oppmerksomhet.» Videre fremkom at forsikrede så ut til å ha gode kognitive evner, men at han ikke hadde godt utbytte av opplæringen, han deltok lite både verbalt og hva gjaldt arbeidsinnsats. Forsikrede skulle derfor utredes videre. PPT anbefalte tilrettelegging med 266 timer, og at dette skulle organiseres i mindre grupper slik at forsikrede i større grad skulle tørre å delta, samt fikk muligheter til å utvikle sosiale relasjoner.

Ved utvidelse av dekningen 18.9.16 fylte forsikringstaker ut helseerklæring på nytt. Helseerklæringsskjemaene på de to tegningstidspunktene var identiske. I forbindelse med utfyllingen av de to helseerklæringene ble forsikringstaker veiledet som følger:

Når helseerklæringen fylles ut er det viktig å opplyse om alle forhold det spørres om, både fysiske og psykiske, selv om forholdene er tilbake i tid og den som forsikres nå er å anse som frisk. Gi heller for mye enn for lite informasjon [...]

Foretaket har fremlagt kopi av en oppsummering av forsikringstakers svar på de to helseerklæringsskjemaene. Der fremgår at det ble avgitt to såkalte «rene» helseerklæringer, dvs. forsikringstaker svarte nei på samtlige spørsmål. Følgende spørsmål fremgår av oppsummeringen:

Har barnet, eller har barnet hatt noen av disse sykdommene, skadene eller plagene?

Velg ett eller flere av følgende alternativ:

Ingen av de nevnte

Har barnet blitt undersøkt eller behandlet for sykdom, skade, plage, problem eller symptom som ikke tidligere er nevnt i skjemaet?

Nei

Er det mistanke om sykdom, eller er det anbefalt/planlagt framtidig undersøkelse/behandling/operasjon utover det som er nevnt tidligere i skjemaet?

Nei

Har barnet et syndrom, utviklingshemming eller handicap, eller har helsepersonell påpekt at barnets fysiske eller psykiske utvikling avviker fra jevnaldrende?

Nei

Ved utfyllelse av helseerklæringsskjemaene fikk forsikringstaker spørsmål om barnet har eller har hatt noen av de angitte sykdommene, skadene eller plagene som blir listet opp. Blant sykdommene/skadene/plagene som er listet opp, er «Psyriske lidelser, atferdsforstyrrelser, lærevansker eller forsinket språkutvikling (med eller uten vurdering hos PPT/BUP)».

Dersom forsikringstaker hadde huket av på det aktuelle spørsmålet, hadde det kommet opp spørsmålet: «Hva slags psykiske lidelser, atferdsforstyrrelser eller lærevansker?» og følgende alternativ:

ADHD/ADD

Asperger

Autisme

Språk-/taleproblemer

Lære-/konsentrasjonsvansker (inkludert lese- og skrivevansker).

Depresjon/angst/tvangstanker/-handlinger

Annet problem innen området psykiske lidelser/atferd enn de som er nevnt

Hvis det så hadde blitt krysset av for «Annet problem innen området psykiske lidelser/atferd enn de som er nevnt», hadde forsikringstaker fått spørsmål om hvilket annet problem innen området psykiske lidelser/adferd det gjaldt, hvilket tidspunkt problemet startet, evt. behandling eller råd om behandling, planlagte kontroller, samt spørsmål om fortsatte symptomer/plager og kontaktinformasjon til lege/sykehus som var benyttet.

I forbindelse med utfyllingen, erklærte forsikrede at de avgitte «opplysningene [...] er så fullstendige og nøyaktige som mulig [...]».

På bakgrunn av de opplysningene som ble gitt i helseerklæringene, fant ikke foretaket grunn til å innhente ytterligere helseopplysninger. Forsikringsavtalene ble godkjent uten reservasjoner.

Forsikringstaker ringte 26.6.24 foretaket og opplyste om at forsikrede, som da var blitt myndig, hadde blitt diagnostisert med «enkel schizofreni» og var ufør. Fra samtalelogg siteres:

Symptomdebut?: Far er usikker, symptomene har vært krypende, gradvis forverring opp igjennom tenårene.

Innringer er annen enn den som er skadet/syk?

Er skadelidt/den som er syk klar over at noen andre ringer: Ja, far har snakket med [forsikrede] om at far kontakter forsikringen

Er det ønskelig at videre kommunikasjon går gjennom innringer/foreldre/foresatte: Ønsker at det skal gå via far.

Ønsker kunden å bli ringt tilbake? Nei (det sendes brev med informasjon om forsikring + eventuelle fullmakter)

Andre tilleggsopplysninger:

Ønsker brev pr. epost. Far mener kunde er i stand til signere med bankID. Send ut representasjonsfullmakt. Kan benytte epost til far da kunde ikke har epost: [...]

I e-post 2.12.24 skrev forsikringstaker til foretaket at han hadde snakket med mor og opplyste:

[Forsikrede] ble henvist til PPT pga. at han gjorde lite i timene i enkelte fag. I andre fag som for eksempel lesing så fikk han gode tilbakemelding på lesehastighet. Altså ble han ikke henvist til PPT pga. adferdsvansker. Det var snakk om skolevansker han trengte hjelp med. Det var ingen fra PPT og heller ikke fra skolen som ga oss noen indikasjon på at han var psykisk syk eller kom til å bli det. Vi hadde heller ingen mistanke om dette på det tidspunktet. Det er mange unger i Norge som blir utredet av PPT uten at de nødvendigvis er psykisk syk eller har adferdsvansker.

[Forsikrede] hadde kontakt med kamerater fram til 2018-2019. Nå har han ingen kontakt.

[...]

Foretaket avsto kravet (100 % avkortning, og oppsigelse av forsikringene), under henvisning til grovt uaktsomt brudd på opplysningsplikten ved tegning. Avslaget er udatert, men foretaket har datert avslaget til 10.12.24, og opplyst at det ble sendt til forsikringstaker.

I e-post fra PPT datert 20.1.25 står det at:

[Forsikrede] ble henvist PPT 27.05.14. Henvisningsgrunn var sosiale/emosjonelle vansker. [Forsikrede] hadde dalende motivasjon for arbeid i klasserommet og jobbet lite i timene. Skolen og foreldrene ønsket utredning fra PPT for om mulig finne årsak til utfordringene.

I løpet av utredninga kom det fram at [forsikrede] hadde gode resultat på kartlegging av lesing, regning, engelsk. Det beskrives utfordringer som "kommer ikke igang med skriving, får gjort lite i timene, er mye alene, snakker lite, ber ikke om hjelp, trenger tid når han arbeider".

I sakkyndig vurdering datert 15.04.16 står det "ingen diagnose satt". Det er beskrevet behov for tilrettelegging men det er ikke antydning spesifikk vanker på noen av de nevnte områdene (psykiske lidelser, atferdsforstyrrelser, lærevansker, forsinket språkutvikling).

Ut fra PPTs journal gjennomførte [forsikrede] evneprøven Wisc-IV 21.06.16. Det ble gitt tilbakemelding i møte 23.09.16. På bakgrunn av resultatet har PPT i møtet foreslått nevropsykologisk utredning. PPT har også snakket nærmere med mor om hva nevropsykologisk utredning går ut på i oktober 2016. Når PPT anbefaler henvisning til nevropsykologisk utredning er det vanligvis for å få en bredere og bedre forståelse en elev sine utfordringer knyttet til språk, lesing, skriving, regning. Hvis vi mistenker psykiske vansker/lidelse anbefaler vi henvisning til BUP.

Ut fra den kartlegging og sakkyndige vurderinger som er gjort i perioden 2014-16 ble det fra PPT jobbet med å kartlegge mulige årsaker til at skolearbeidet var utfordrende for [forsikrede].

Det ble i denne perioden ikke satt noen diagnose.

Foretaket redegjorde 23.6.25 for tidsbruken mellom mottak av skademelding til avslaget ble sendt:

2. TIDSLINJE

26.06.24: Skademelding

02.07.24: Åpningsbrev sendes til sikrede med forespørsel om fullmakt mv.

19.07.24: If mottar fullmakt fra sikrede

22.07.24: If sender ut flere forespørsler om dokumentasjon

13.08.24 – 23.08.24: If mottar dokumenter fra NAV og sykehus

23.08.24: If ber om utvidet fullmakt (BUP og PPT)

11.09.24: If mottar utvidet fullmakt

12.09.24: If ber om opplysninger fra PPT og BUP

27.09.24: If mottar journal fra BUP

11.10.24: If mottar journal fra PPT

11.10.24: If mottar opplysninger fra fastlege

06.11.24: If mottar ytterligere opplysninger fra NAV

08.11.24: Saksbehandler innhenter vurdering fra Risiko (hva kunne If tilbudt hvis foretaket hadde mottatt riktige og fullstendige opplysninger?)

13.11.24: Saken sendes til Utredning

22.11.24: Utredning sender e-post og ber om samtale med klager (far)

02.12.24: Utredning gjennomfører samtale med klager (far)

09.12.24: Saken behandles i internt utvalg i If

10.12.24: Avslag sendes ut

I brev 27.6.25 opplyste foretaket bl.a. at «Far har gitt fullmakt til at If kunne ta kontakt med ham i saken, men det er mor som har fått såkalt representasjonsfullmakt fra sin sønn.» Det er fremlagt kopi av de to fullmaktene. For forsikringstaker omfattet fullmakten «til å kontakte [forsikringstaker] i anledning skadesak ...». Fullmakten omfattet:

- Rett til å gi forsikringsselskapet nødvendige opplysninger om forhold rundt tegning av forsikringen.
- Rett til å motta taushetsbelagte opplysninger om meg fra både før og etter skadehendelsen, herunder bl.a. helseopplysninger,

Representasjonsfullmakten til forsikrede mor omfattet:

- Rett til å gi forsikringsselskapet nødvendige opplysninger om skadehendelsen, skaden og medisinske forhold.
- Rett til å motta taushetsbelagte opplysninger om meg fra både før og etter skadehendelsen, herunder blant annet helseopplysninger, opplysninger fra NAV, skattemyndigheter og eventuelle opplysninger fra politiet.
- Rett til å ta beslutninger på mine vegne, slik som valg av sakkyndige, ta stilling til hele eller deler av erstatningsoppgjøret m.v.

[...]

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke brøt opplysningsplikten ved tegning. Foretaket spurte om fire konkrete punkter, nemlig psykiske lidelser, atferdsforstyrrelser, lærevansker eller forsinket språkutvikling. Det er riktig at forsikrede var inne i PPT-systemet i perioden mens forsikringen ble tegnet, men han var ikke vurdert eller har blitt vurdert for noen av punktene som If faktisk etterspurte i helseerklæringene i 2015 og 2016. Det måtte derfor svares nei på dette spørsmålet, jf. uttalelse fra PPT. Forsikringstaker fikk ikke se alle relevante underspørsmål da disse var skjult. Ergo har man ikke sett utdypningsspørsmålene og har ikke hatt mulighet til å svare på dem. Om forsikringstaker hadde fått fram utdypningsspørsmålene så hadde han sannsynligvis huket av på: Lære-/konsentrasjonsvansker (inkludert lese- og skrivevansker), evt. Annet problem innen området psykiske lidelser/adferd enn det som er nevnt. Om If ønsker å fange opp om et barn var inne i PPT systemet så gir det ingen mening at If har bygget opp spørsmålstillingen og underspørsmål på denne måten. Forsikringstaker mener ellers at de oppsamlede spørsmålene heller ikke er feilaktig besvart, da disse etter en objektiv forståelse knyttes til somatiske sykdommer.

Tegning av Super-forsikring ble gjort etter markedsføring fra If. Forsikringstaker hadde ikke tegnet forsikringen uten denne markedsføringen. Forsikrede hadde ikke noen betydelige utfordringer utover det som er vanlig for jevnaldrende. Han hadde venner og han var med på mange typer aktiviteter både på skolen og på fritiden. Forsikringstaker var ikke kjent med at det ble anbefalt nevro-psykologisk utredning for forsikrede når den siste helseerklæringen ble fylt ut den 18.9.16. Dette fikk forsikringstaker først vite i et møte 23.9.16. I brev fra PPT fremgår at når PPT anbefaler henvisning til nevropsykologisk utredning er det vanligvis for å få en bredere og bedre forståelse en elev sine utfordringer knyttet til språk, lesing, skriving, regning. Hvis en mistenker psykiske vansker/lidelse anbefaler PPT henvisning til BUP.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at det er grunnlag for oppsigelse av forsikringene og 100 % avkortning grunnet grovt uaktsom misligholdelse av opplysningsplikten ved tegning i 2015 og 2016, jf. fal. §§ 13-1a til 13-3.

Forsikringstaker burde ved begge tegninger ha opplyst om at barnet hadde sosiale vansker og en atferd som avvek fra jevnaldrende. I helseerklæringen stilles konkret spørsmål om barnet har en type atferdsforstyrrelse, som If mener forsikringstaker skulle ha krysset av for. At det spesifikt vises til vurdering hos PPT (eller BUP) i spørsmålsstillingen, burde skjerpet forsikringstakers oppmerksomhet. Sett hen til dokumentasjonen fra PPT, mener foretaket at forsikringstaker videre burde ha krysset av for at barnet hadde «Annet problem innen området psykiske lidelser/atferd enn de som er nevnt», og så utdypet situasjonen nærmere. Antallet årstimer (266) viser at barnets situasjon var vanskelig og PPTs utredning var i samme tidsrom som utfyllingen av helseerklæringene. Det anses ikke avgjørende at det ikke var stilt en diagnose da helseerklæringen

ble fylt ut, jf. FinKN-2021-600. På bakgrunn av ovennevnte mener If at klagers forsømmelse av opplysningsplikten var grovt uaktsom. Han hadde fått avslag på søknaden, hvis opplysningsplikten hadde vært overholdt, ettersom barnet var under utredning. If har derfor avkortet erstatningen med 100 %.

Ettersom If konkluderte med at forsikringstaker hadde opptrådt grovt uaktsomt ved tegning, var det grunnlag for å si opp avtalen om barneforsikring med 14 dagers varsel, jf. fal. § 13-3. Når søknaden hadde blitt avslått med korrekte opplysninger, ville det derfor ikke vært aktuelt for foretaket å tilby fortsettelse av forsikringen på andre vilkår.

Man har ikke rett til tilbakebetaling av allerede innbetalt forsikringspremie ved utvist grov uaktsomhet, jf. FinKN-2021-600 og FinKN-2020-106.

Foretaket mener videre at det er tilstrekkelig å sende varsel etter fal. § 13-13 til forsikringstaker. Det kategoriske skillet som skisseres i forarbeidene kan ikke være riktig. Det er f.eks. «ulogisk» at det er barnet som er rette mottaker av foretakets brev, all den tid det er forsikringstaker (gjørne barnets forelder) som har begått bruddet på opplysningsplikten og bebreidelsen retter seg mot. Nemndspraksis underbygger nettopp at riktig mottaker av foretakets brev må knyttes til hvem som har brutt pliktene sine, se AKN-2157 hvor nemnda la til grunn at «brevet skal stiles til forsikringstager ved brudd på reglene om opplysningsplikt og til sikrede ved brudd på de bestemmelser som er rettet mot sikrede». Formåls- og rimelighetsbetraktninger trekker i samme retning. Det er forsikringstaker som er nærmest til å forsvare seg mot foretakets standpunkt ved påstand om brudd på opplysningsplikten, og som derfor bør ha klagerett og søksmålsrett. Det fremstår som lite heldig at det er den berettigede (barnet) eller overformynderiet som må ta stilling til foretakets standpunkt om forsikringstakers subjektive brudd på opplysningsplikten. Det fremstår videre som lite hensiktsmessig å sende avslagsbrev til begge to, med hver sin klagerett, ettersom tvistetemaet (skyld eller avkortningsgrad basert på momenter hvor skyld står sentralt) vil være det samme.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikringstaker opptrådte grovt uaktsomt ved tegning av barneforsikring, og om foretaket kan si opp forsikringsdekningen og avkorte erstatningen med 100 %, jf. fal. §§ 13-1a, 13-2 annet ledd og 13-3. Saken reiser også spørsmål om foretakets avslag er avgitt iht. fal. § 13-13.

Fal. § 13-1a fastsetter 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 risikovurdering, selv om dette ikke direkte omfattes av spørsmålene som er stilt i helseerklæringen. Det sentrale for de opplysningene foretaket ber om i helseerklæringen, er at de skal danne grunnlaget for foretakets risikovurdering. Dette formålet står sentralt både ved tolkingen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld.

Etter fal. § 13-2 første ledd er foretaket uten ansvar ved svik. Etter annet ledd kan foretakets ansvar settes ned eller falle helt bort om forsikringstakeren har forsømt opplysningsplikten og vedkommende ikke bare er «lite å legge til last». For uføreforsikringer der det er gått mer enn to år siden foretakets ansvar begynte å løpe, må foretaket sannsynliggjøre at det er tale om grovt

uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten, jf. fal. § 13-4 annet ledd. Nemnda legger til grunn at den aktuelle superdekningen i realiteten er en uføreforsikring.

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

Ved anført grov uaktsomhet 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 foretakets avslag er avgitt iht. fal. § 13-13.

Fal. § 13-13 første ledd fastsetter at dersom foretaket skal gjøre gjeldende at det er helt eller delvis fri for ansvar eller har rett til å si opp forsikringen etter en av reglene i kapittel 13, skal det gi «forsikringstakeren eller den som er berettiget» et skriftlig varsel om sitt standpunkt «uten ugrunnet opphold» etter det ble kjent med det forhold som medfører at reglene kan anvendes. Etter annet ledd mister foretaket retten til å påberope seg forholdet dersom det forsømmer å gi slik beskjed.

I aktuelle sak gikk det om lag to måneder fra foretaket mottok journal fra PPT og frem til avslaget 10.12.24. Nemnda finner det klart at foretaket varslet om sitt standpunkt «uten ugrunnet opphold».

Spørsmålet er videre om avslaget ble gitt til riktig person.

Bestemmelsen fastsetter at foretaket skal varsle «forsikringstakeren eller den som er berettiget til forsikringsytelsen». Etter ordlyden er det tilsynelatende valgfritt hvem av disse som skal varsles.

I forarbeidene, Ot.prp. nr. 49 (1988-89) s. 124 er følgende uttalt:

Departementet vil videre peke på at når det i første ledd første punktum heter at selskapet skal gi beskjed til «forsikringstakeren eller den som er berettiget til forsikringsytelsen», må dette forstås slik at det er forsikringstakeren som skal ha beskjed om oppsigelsen, mens det er den som er berettiget til forsikringssummen, som skal ha varsel om avkortning.

En annen sak er at forsikringstakeren ofte også vil høre til kretsen av de berettigede i denne forbindelse.

I lovkommentaren på lovdata og rettsdata (begge skrevet av Trine-Lise Wilhelmsen) heter det at «Det er forsikringstakeren som skal ha beskjed om ev. oppsigelse, mens det er den som er berettiget til forsikringssummen etter kap. 15 som skal ha beskjed om avkortning. [...]»

I Forsikringsavtaleloven med kommentarer (Brynhildsen m.fl.) s. 589 står det:

[...] Reklamasjonsplikten innebærer at foretaket skal gi forsikringstakeren eller den berettigede (kravstilleren) beskjed i et skriftlig dokument (jf. § 1-6 femte ledd) om sitt standpunkt. Lovens bruk av «eller» tilsier at det er den berettigede (kravstiller) som skal ha beskjed dersom foretaket påberoper avkortning/ansvarsfrihet etter et forsikringstilfelle. Forsikringstakeren – når dette er en annen enn kravstilleren – vil være adressat for beskjeden dersom foretakets reaksjon er oppsigelse, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988-89) s. 1[2]4 og AKN 2157 (skadeforsikring).

Selv om lovens ordlyd isolert sett taler for valgfrihet, peker altså både forarbeidene og litteraturen i retning av at det er forsikrede som skal ha varsel om avkortningen av kravet om uføreutbetaling i aktuelle sak. Forsikringstaker skal ifølge sistnevnte kilder ha beskjeden hva gjelder oppsigelsen.

I saker som gjelder både avkortning og oppsigelse, fremstår etter dette som at foretaket må sende varsel om sitt standpunkt til begge parter. Dersom forsikrede i aktuelle sak ikke hadde vært myndig (eller forsikringstaker hadde gitt tilstrekkelig fullmakt), finner nemnda at melding til forsikringstaker ville vært tilstrekkelig for begge reaksjoner.

I aktuelle sak sendte foretaket kun melding til forsikringstaker. Slik loven må fortolkes, i lys av forarbeidene og i tråd med juridisk litteratur, finner nemnda at foretaket ikke kan påberope seg den misligholdte opplysningsplikten hva gjelder avkortningen/bortfallet av kravet iht. fal. § 13-2 annet ledd. Foretaket har imidlertid varslet korrekt person om oppsigelse av forsikring, jf. fal. § 13-3.

På bakgrunn av rettskildebildet finner nemnda at det forhold at forsikrede ikke selv har hatt noe kontakt med foretaket, og at det er tale om brev til en forelder av kravstiller, hvor det ofte må kunne antas at budskapet vil videreformidles til kravstiller, ikke kan føre til noe annet resultat.

Foretakets argumentasjon om at det kan hende at «departementet i sin uttalelse ikke har tenkt på opplysningssvikt ved tegning som grunnlag for avkortning», kan etter nemndas syn heller ikke føre frem. Det samme gjelder henvisningen til uttalelsen i AKN-2157 og formåls- og rimelighetsbetraktninger. Når det gjelder AKN- 2157, har foretaket anført at avgjørelsen underbygger at riktig mottaker av foretakets brev må knyttes til hvem som har brutt pliktene sine. Nemnda bemerker at avgjørelsen gjelder FAL kapittel 4, hvor det kun er forsikringstakeren som har opplysningsplikt om risikoen. Etter FAL kapittel 13 påhviler denne plikten både forsikringstaker og den forsikrede. Ved tegning av barneforsikring før barnet er 16 år vil forsikringstakers pliktbrudd skje på vegne av forsikrede. Med unntak av ytelser som tilfaller forsikringstaker, f.eks. dekning ved pleie og omsorg, bærer forsikrede konsekvensene av pliktbruddet fullt ut. Reklamasjonsplikten i FAL retter seg nettopp mot konsekvensene av pliktbruddet, og pålegger foretaket å gi skriftlig beskjed «om sitt standpunkt». Departementets uttalelse i forarbeidene til § 13-13 presiserer dette.

Foretaket har også fremhevet at det fremstår som lite hensiktsmessig at foretaket skal være forpliktet til å sende to avslagsbrev, både til forsikringstaker og til den berettigede, med hver sine klagerettigheter. Etter nemndas syn fremstår det relativt enkelt for foretaket å få på plass en slik rutine med to avslagsbrev for å sikre at det overholder forpliktelsene etter fal. § 13-13.

Når nemnda har kommet til at foretaket uansett ikke kan påberope seg den misligholdte opplysningsplikten, herunder grov uaktsomhet, er det ikke nødvendig å ta stilling til de øvrige spørsmålene saken reiser. Dette får den konsekvens at avtalen heller ikke kan sies opp.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

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