

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-864

12.8.2026

KLP Skadeforsikring AS

Livsforsikring/uføredekninger/pensjon

Uføredekning– søknad om økt forsikringssum – uriktige opplysninger – svik – GU- oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3.

Forsikrede leverte helseerklæring i forbindelse med søknad om uføreforsikring i 2019. I erklæringen opplyste hun om irritert tarm og prolaps i ryggen, og forsikring ble innvilget med reservasjon for nevnte plager. I 2026 søkte forsikrede om økt forsikringssum, og fylte i den forbindelse ut en ny helseerklæring. Hun opplyste om bl.a. blødningsforstyrrelser. Blant spørsmålene forsikrede svarte «nei» på, var spørsmål om hun var sykmeldt eller mottok trygdeytelser, om hun hadde vært utmattet, plager i rygg eller blitt henvist til undersøkelser. Foretaket innvilget tilleggsdekning. To måneder senere fremsatte forsikrede krav under uføreforsikringen, og opplyste at hun hadde vært sykmeldt fra 2025 på grunn av kronisk utmattelse, samt at hun hadde fått påvist fibromyalgi og var under utredning for ME og endometriose. Foretaket sa opp forsikredes dekninger. Saken reiste spørsmål om forsikrede ved utfylling av helseerklæringen i 2026 svikaktig hadde forsømt sin opplysningsplikt. Saken reiste også spørsmål om foretaket kunne avslå forsikredes krav om utbetaling under uføreforsikringen med den begrunnelse at forsikringstilfellet inntraff etter oppsigelsen. Nemnda bemerket at forsikrede hadde svart objektivt uriktig på flere spørsmål i helseerklæringen. Nemnda var etter en konkret vurdering i tvil om forsikredes feilaktige opplysninger var gitt i sviks hensikt, men fant det klart at forsikredes mislighold av opplysningsplikten var grov uaktsom og foretaket kunne derfor si opp forsikringen og avkorte utbetalingen med 100 %. Ettersom forsikringen som følge av dette var opphørt da forsikrede oppfylte kravene til utbetaling av uførepensjon, hadde forsikrede ikke rett til utbetaling. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Før tegning

Forsikrede søkte 11.10.19 om uføreforsikring og fylte i den forbindelse ut helseerklæring av samme dato. Forsikrede opplyste om irritert tarm og prolaps i rygg. Basert på disse opplysningene ble forsikringen innvilget med reservasjon knyttet til irritabel tarm og ryggglidelser.

Fra oversikten over sykemeldingsperioder fra fastlegen med årsak siste fem år fremgår at forsikrede hadde en sykmelding på 6 måneder grunnet «svangerskap, lumbago, isjialgi» ved årsskiftet 2020/21, og 4 sykmeldinger av kortvarig art i perioden 2023-2024, hvorav en av disse i tre uker grunnet «Lumbago/ Isjialgi». Forsikrede ble sykmeldt fra 10.3.25 med diagnosen «utbrenthet».

Det fremgår av fastlegejournalen fra oktober 2025 at forsikrede syntes det gikk bedre mentalt, men slet kognitivt, og ventet på time hos psykomotorisk fysioterapeut. Hun stilte spørsmål ved om hun kunne ha fibromyalgi, long covid eller ME/postviralt tretthetssyndrom. I e-dialog med fastlege

senere samme måned fremgikk at forsikrede var fullstendig utkjørt med verking i hele kroppen. Videre at hun ba om å få kopi av journalen.

Fastlegen henviste forsikrede til utredning for ME 4.11.25, og orienterte henne om dette samme dag. Av journalnotat senere samme måned fremkommer at forsikrede fikk IBS-symptomer etter en «litt travel dag».

I legeerklæring ved arbeidsuførhet fra Nav av desember 2025 heter det under «Sykehistorie med symptomer og behandling» at forsikredes sykmeldingsperiode startet med at hun tok kontakt med fastlegen etter samtale med leder, som følge av at forsikrede lenge hadde slitt med utmattelse, hodepine, svimmelhet og dårlig hukommelse. Videre at hun slet med smerter i kroppen og lite energi, samt dårlig søvn. Symptomene skal ha begynt høsten 2024.

Videre fremgikk at forsikrede var henvist til gynekolog, samt at hun ønsket utredning for ME. Man avventet denne utredning før man tok stilling til eventuelle andre henvisninger. Utredning hos nevrolog på grunn av hodesmerter var uten funn, og det ble anbefalt psykomotorisk fysioterapi, som forsikrede ikke hadde kommet i gang med, samt søvnregulering. Forsikrede hadde fått utskrevet resept på Sarotex for hodepinen, uten at denne resepten var benyttet.

Tegning 2026

Den 12.1.26 tok forsikrede på nytt kontakt med foretaket og søkte om økt forsikringssum i uføreforsikringen sin. Det ble også søkt om økt forsikringssum for forsikredes ektefelle, og i barneforsikringen til hennes sønn. Samme dag fikk forsikrede tilbud om tilleggsdekning på kr 24 000. Forsikrede fylte også ut helseerklæring av 12.1.26.

I helseerklæringen svarte forsikrede svarte «ja» på:

Har du i løpet av de siste 10 årene hatt forhøyede jernverdier, anemi, blødningsforstyrrelser eller annen blodsykdom?

Forsikrede oppgav at dette gjaldt blødningsforstyrrelser, og at hun hadde fått blødningsdiagnose.

Ut over dette var helseerklæringen «ren», og forsikrede svarte «nei» på bla. følgende spørsmål:

Er du for tiden helt eller delvis sykmeldt, eller mottar du arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uførepensjon?

Har du i løpet av de siste 5 årene hatt diffuse eller langvarige smertetilstander, søvnproblemer, tretthet, slitenhet, utbrenthet eller utmattethet?

Har du i løpet av de siste 10 årene hatt migrene, gjentatt eller langvarig hodepine?

Har du i løpet av de siste 5 årene hatt sykdom eller plager i rygg, nakke, skuldre eller armer gjentatte ganger eller sammenhengende i mer enn 14 dager

Er du, eller har du i løpet av de siste 12 månedene blitt henvist for å ta medisinske prøver eller undersøkelser (for eksempel røntgen, CT, MR, PET, ultralyd), undersøkelse hos spesialist eller operasjon av noen annen grunn enn du har opplyst tidligere i helseerklæringen?

Har du de siste 5 årene søkt om eller mottatt noen form for trygdeytelser av noen annen grunn enn du har oppgitt tidligere i helseerklæringen?

Har du i løpet av de siste 10 årene hatt sykdom eller plager i spiserør, mage, tarm, galleblære, lever eller andre fordøyelsesorganer, eller er du operert for overvekt?

Forsikrede tok kontakt med fastlegen 20.1.26 og ba om en tilbakemelding på hvor henvisningen til ME ble sendt i november, ettersom forsikrede ikke hadde mottatt svar.

Den 4.3.26 fremmet forsikrede krav om utbetaling under uføreforsikringen. Forsikrede opplyste om at hun hadde vært sykemeldt fra 10.3.25, og at årsaken til arbeidsuførheten var kronisk utmattelse. Videre at forsikrede hadde fått påvist fibromyalgi, og at forsikrede var under utredning for ME og endometriose.

Foretaket mottok fullmakt til å innhente dokumenter 5.3.26. Nav og fastlegen ble tilskrevet 9.3.26. Foretaket mottok svar fra fastlege 12.3.26, og fra Nav 23.3.26.

Forsikrede hadde en samtale med foretakets utreder 24.3.26. Ifølge referatet forklarte forsikrede at feilene eller manglene i helseerklæringen skyldtes at utfyllingen gikk for fort. Forsikrede hadde utover dette ingen nærmere forklaring på hvorfor svarene ble feil.

Den 31.3.26 sa foretaket opp alle forsikringer, og i brev av 29.4.26 ble forsikredes krav om uføreforsikring avslått. I avslagsbrevet fikk forsikredes ektefelle tilbud om å få overført sin personforsikring og barneforsikringene i sitt navn. Han takket ikke ja til tilbudet innen fristen 14.4.26.

Forsikrede har fremlagt legeerklæring av 9.4.26:

Pasienten har fått beskjed fra sin forsikring at hun mister alle sine forsikringer pga feilaktige opplysninger hun har gitt. Hun hadde oppdatert helseinformasjon og krysset av feil, bl.a. at hun har vært sykmeldt krysset hun feil Pas har vært langt nede psykisk/fysisk i flere måneder og gjort flere uheldige vurderinger/avgjørelser og muligens ikke vært klar over. Derfor har hun vært sykmeldt i ett år og pågående utredning handler om å finne årsak til hjernetåke/utmattelse, muligens ME.

Fra vilkårene for uførepensjon:

Forsikringen dekker tapt eller redusert arbeidsinntekt dersom du blir arbeidsufør på grunn av sykdom eller skade i avtaleperioden.

Du får månedlige utbetalinger, når du har vært minst 50 prosent arbeidsufør i et sammenhengende tidsrom utover karenstiden på 12 måneder, mens forsikringen har vært i kraft.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun ikke har utvist svik, men at opplysningene gitt i helseerklæringen er en feil begått mens forsikrede var syk og ikke fungerte normalt. Forsikrede understreker at hun aldri har hatt til hensikt å gi feil eller mangelfull informasjon, og at nødvendige opplysninger allerede ble gitt da forsikringen ble tegnet i 2019.

Videre beskriver forsikrede at varsel om oppsigelse 31.3.26 har vært en stor belastning, særlig fordi det kom i en vanskelig periode. Dette forverret forsikredes helse, med symptomer som hjernetåke, konsentrasjonsvansker og utmattelse, og gjort det krevende å håndtere både egen situasjon og omsorg for barna. Også familien til forsikrede har reagert sterkt på beskyldningene om at hun har utvist svik.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede svikaktig har forsømt sin opplysningsplikt ved tegning. Forsikrede har gitt flere feil opplysninger i helseerklæringen. Forsikrede svarte nei på spørsmål om sykmelding, til tross for at hun hadde vært sykmeldt i ti måneder, noe forsikrede forklarte med at utfyllingen gikk for fort.

Forsikrede svarte også nei på spørsmål om utmattelse og lignende plager, selv om dette var årsaken til sykefraværet og pågående utredning. Forsikrede hadde ingen forklaring på dette og opplevde spørsmålene som belastende.

Forsikrede svarte nei på spørsmål om hodepine siste 10 år, selv om legeerklæring til Nav av 23.12.25 viste at forsikrede i mai 2025 ble henvist til nevrolog for sterke hodesmerter, og fikk reseptbelagt behandling sommeren 2025.

Forsikrede svarte også nei på spørsmål om ryggplager siste 5 år, til tross for sykemeldingsperioder fra 26.10.20–21.4.21 og 18.3.24–2.4.24, samt langvarige ryggproblemer dokumentert i journal.

Videre svarte forsikrede nei på spørsmål om medisinske undersøkelser siste 12 måneder, selv om legeerklæringer fra 23.12.25 og 12.3.26 viste at forsikrede i november 2025 ble henvist til utredning for ME.

Forsikrede svarte nei på spørsmål om trygdeytelser siste 5 år, men forklarte i samtale 24.3.26 at hun ikke var klar over at sykepenger regnes som trygdeytelser, til tross for at dette fremgår av veiledningsteksten i skjemaet.

Når det gjelder krav under uføreforsikringen, dekker forsikringen tapt eller redusert arbeidsinntekt dersom forsikrede blir minst 50 % arbeidsufør som følge av sykdom eller skade, og dette har vært sammenhengende utover en karenperiode på 12 måneder mens forsikringen er i kraft.

Forsikringen ble sagt opp 31.3.26. Forsikringstilfellet inntraff først 6.4.26 da forsikrede gikk over fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger. På dette tidspunktet var forsikringen ikke lenger i kraft, og det foreligger derfor ikke rett til utbetaling av uførepensjon

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om foretaket har sannsynliggjort at forsikrede ved søknad om økt forsikringssum i januar 2026 svikaktig forsømt sin opplysningsplikt slik at foretaket er uten ansvar og kan si opp forsikredes forsikringsavtaler, jf. fal. §§ 13-2, 13-1 a, 13-3.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede grovt uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen, er at foretaket har gitt forsikrede 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 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 i løpet av knappe to måneder etter fremsatt krav. I denne perioden har foretaket etter nemndas oppfatning hatt tilstrekkelig fremdrift, og nemnda anser at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

De rettslige utgangspunktene for vurderingen av brudd på opplysningsplikten ved tegning av forsikringsavtale følger av fal. § 13-1 a og § 13-2. Etter § 13-1 a første ledd kan forsikringsforetaket be om opplysninger som har betydning for risikovurderingen, og etter annet ledd plikter forsikringstaker å gi riktige og fullstendige svar på de spørsmål som stilles.

Opplysningsplikten omfatter også forhold som forsikrede må forstå er av vesentlig betydning for foretakets risikovurdering, selv om disse ikke direkte er omfattet av helseerklæringens spørsmål.

Nemnda har i denne sammenheng fremhevet at det sentrale formålet med opplysningene er å danne grunnlag for foretakets risikovurdering, og at dette formålet står sentralt både ved tolkningen av spørsmålene og ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld, jf. blant annet avgjørelse 2012-228.

Det er videre et grunnleggende utgangspunkt at det er foretaket som har bevisbyrden for at det er gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger, samt for hvilken skyldgrad som foreligger.

Ved bevisvurderingen tillegges tidsnære bevis særlig vekt. Nemnda har fremhevet at journalopplysninger og samtidige nedtegnelser normalt vil ha større bevisverdi enn forklaringer som er gitt etter at tvist har oppstått, jf. blant annet avgjørelse 2021-124, hvor det uttales at «*tidsnære bevis tillegges størst vekt i bevisvurderingen*», med henvisning til HR-2019-2336-A avsnitt 35 og Rt-1998-1565. Tilsvarende følger av avgjørelse 2020-932 at nemndas skriftlige behandling forutsetter at vurderingene forankres i slike tidsnære nedtegnelser, mens senere forklaringer tillegges mindre vekt.

Dersom opplysningsplikten er forsømt svikaktig, er foretaket uten ansvar, jf. fal. § 13-2 første ledd. For at svik skal foreligge må det for det første være gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger. For det andre må det foreligge subjektiv skyld i form av at forsikrede forsto at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, og likevel ga dem i hensikt å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale.

Høyesterett har i Rt-2000-59 gitt sentrale føringer for denne vurderingen. Nemndspraksis har fulgt opp dette og presisert at forsikrede må ha hatt *positiv kunnskap* om at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, og at opplysningene må være gitt i vinnings hensikt. I FSN-5490 fremgår det at forsikredes forhold må fremtre som kvalifisert uredelig overfor foretaket.

Beviskravet ved svik er strengt. Det må foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt både for at det er gitt uriktige opplysninger og for at dette er gjort i svikaktig hensikt. Dette innebærer at det ikke er tilstrekkelig at forsikrede har opptrådt klanderverdig eller grovt uaktsomt. I nemndas avgjørelse 2011-344 ble det understreket at det må være tilstrekkelig klar sannsynlighetsovervekt for at opplysningene bevisst er gitt «*i vinnings hensikt*». Tilsvarende fremgår av avgjørelse 2019-091, hvor nemnda presiserer at begge vilkårene må være oppfylt med klar sannsynlighetsovervekt.

Vurderingen må bero på *en konkret helhetsvurdering*, hvor det sentrale spørsmålet er om det foreligger andre rimelige forklaringer på de uriktige opplysningene enn svik. I nemndspraksis er det lagt til grunn at dersom det finnes plausible alternative forklaringer, vil dette tale mot at svik kan anses bevist, jf. blant annet FSN-4667, FSN-1571 og FSN-3158. I avgjørelser som 2019-301 og 2019-709 har nemnda etter en konkret vurdering funnet at både de objektive og subjektive vilkårene for svik forelå, og at den strenge bevisbyrden var oppfylt.

Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte. Høyesterett har i Rt-1989 -1318 formulert terskelen slik at det må foreligge en handlemåte som er «*sterkt klanderverdig*», og at vedkommende må være vesentlig mer å klandre enn i tilfeller hvor det foreligger alminnelig uaktsomhet. Denne forståelsen er lagt til grunn i nemndspraksis, jf. blant annet avgjørelse 2017-018 og 2017-231.

Også ved anførsler om grov uaktsomhet er det foretaket som har bevisbyrden. Selv om beviskravet formelt ikke er identisk med det som gjelder ved svik, har nemnda lagt til grunn at det i praksis ligger svært nær, og at det kreves klar sannsynlighetsovervekt. Dette fremgår blant annet av avgjørelse 2020-532, hvor det uttales at det må foreligge klar sannsynlighetsovervekt for et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte, og av avgjørelse 2020-460, hvor det presiseres at det gjelder et skjerpet beviskrav tilnærmet det som gjelder ved svik. Tilsvarende fremgår av avgjørelse 2019-091 at selv om beviskravet ikke er helt sammenfallende, er det i realiteten nært opp til kravet som gjelder ved svik.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at det er flere forhold i helseerklæringen 12.1.26 hvor forsikrede svarte objektivt uriktig. Spørsmål om sykmelding, utmattelse og lignende plager, hodepine, ryggplager, medisinske undersøkelser og trygdeytelser er uriktig besvart.

Nemnda har vært i tvil om hvordan unnlatelsen av å gi fulle opplysninger kan forklares, og om sviks hensikt foreligger. Slik saken er opplyst for nemnda, kan det ikke utelukkes at forsikrede har hatt hjernetåke og problemer med å holde orden på avtaler, slik at hun ikke fullt ut forsto at unnlatelse av å gi fullstendige opplysninger kunne medføre at hun ikke ville få forsikring dersom foretaket hadde kjent til opplysningene. Nemnda anser det like fullt forsikredes tydelige mislighold av opplysningsplikten, som grov uaktsom, og foretaket kan si opp forsikringen og avkorte utbetalingen med 100 %, jf. fal. §§ 13-2, 13-1 a, 13-3.

Når det gjelder selve kravet om uførepensjon, dekker forsikringen tap av inntekt når forsikrede har vært minst 50 % arbeidsufør over en viss tid, og at dette må skje mens forsikringen er aktiv. I forsikredes tilfelle ble forsikringen avsluttet 31.3.26. Slik saken er opplyst for nemnda, inntraff forsikringstilfellet 6.4.26, da forsikrede gikk over fra sykepenger til arbeidsavklaringspenger. På det tidspunktet var forsikringen ikke lenger gyldig, og forsikrede har ikke rett til utbetaling fra uføreforsikringen.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Jan Christian Borvik (forbrukerrepresentant).