

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-867

12.8.2026

Storebrand Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Tegning – uriktige opplysninger – grovt uaktsomt – avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-2, 13-3, 13-4 og 13-13.

Forsikrede tegnet forsikring med diverse dekninger. Kort tid før tegning var forsikrede plaget med tåkesyn og synsforstyrrelser på høyre øye. Det ble ikke opplyst om dette ved utfylling av helseerklæring. Etter tegning ble forsikrede utredet for synsplagene og diagnostisert med multippel sklerose. Foretaket avsto krav og sa opp dekninger under henvisning til at forsikrede hadde gitt uriktige opplysninger. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne avkorte krav med 100 % og si opp dekningene som følge av at forsikrede grovt uaktsomt hadde forsømt opplysningsplikten. Nemnda bemerket at forsikrede hadde svart objektivt uriktig på spørsmål om synsforstyrrelser, samt spørsmålet om det var andre plager hun vurderte å gå til lege for. Forsikrede hadde videre utvist grov uaktsomhet ved ikke å opplyse om plagene når de forelå så tett opp mot tegningen, og som forsikrede oppfattet som plagsomt. Etter en konkret vurdering hadde nemnda ingen innsigelser til foretakets avkortning med 100 %. Foretaket kunne si opp forsikringen. Forsikrede hadde ikke krav på refusjon av premie. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet i 8.10.25 dekning for kritisk sykdom, samt dekninger for død, uførekapital og tidsbegrenset uførerente.

Opplysninger før tegning:

Fastlege noterte 6.10.25 at forsikrede var gravid og at hun den siste tiden hadde hatt periodevis tåkesyn på høyre øyet. Det ble ikke gjort funn.

Forsikrede opplyste til jordmor 7.10.25 at hun hadde slitt med tåkesyn/ synsforstyrrelser på høyre øye en ukes tid, og lurte på om dette kunne komme av svangerskapet.

Jordmoren svarte dagen etter at hormonelle endringer under graviditet kunne medføre synsendringer, og ba opplyst om fastlegen gjorde undersøkelser for å utelukke svangerskapsforgiftning. Forsikrede svarte at fastlegen ikke hadde sjekket blodtrykket, og fikk da til svar at de kunne sjekke det hos jordmor. Forsikrede ble anbefalt å ta kontakt med sykehuset dersom hun i mellomtiden følte seg dårlig eller kjente mindre bevegelser hos barnet.

Opplysninger ved tegning:

Forsikrede oppga helseopplysninger 8.10.25 kl. 18:48. Det ble opplyst om sykmelding i 8 uker juni/august 2023 pga. brystreduksjon og om 8 uker i juni/august 2025 pga. svangerskapskvalme. Videre om astma og ryggplager i løpet av de siste 5 årene, men at det var over to år siden ryggplagene opphørte.

Forsikrede svarte «Nei» på følgende spørsmål om «Ører og øyne»:

Har du eller har du hatt nedsatt syn, øyelidelser eller synsforstyrrelser?

[...]

Annet

Tips: Tenk igjennom om du skulle svart på dette tidligere i skjemaet. Du kan enkelt gå tilbake og endre svar eller gi tilleggsopplysninger

Har du vært hos lege eller annen behandler for sykdommer/plager, eller har du sykdommer /plager du ikke har nevnt tidligere? Du trenger ikke å oppgi influensa eller lignende.

Venter du på time eller er du henvist videre til undersøkelse, behandling, operasjon eller lignende, for noe du ikke har nevnt tidligere?

[...]

Har du plager/symptomer nå, som du vurderer å gå til lege/behandler for og som du ikke har nevnt tidligere eller har du andre opplysninger til oss?

Har du plager/skader etter ulykke, som du ikke har oppgitt tidligere?

Opplysninger etter tegning:

Fastlegen noterte i oktober 2025 at forsikrede slet med smerter i rygg, utmattelse og synsforstyrrelser, og ble sykmeldt 50 % primært grunnet veldig forstyrrende symptomer fra øyet. Det fremkom at forsikrede hadde vært hos en optiker uten at det ble gjort funn, men at hun skulle til en annen optiker en uke senere.

Fastlege henviste forsikrede til øyelege 6.11.25.

Det ble 13.11.25 notert om kommunikasjon mellom forsikrede og jordmor. Det fremgikk at forsikrede var blitt innlagt som følge av synsplagene, og at man mistenkte betennelse på synsnerven. Forsikrede var innlagt fra 10.11.25 til 18.11.25 ved nevrologisk avdeling. Det ble stilt tentativt diagnose multipel sklerose. I notat av 18.11.25 fremgår at forsikredes synsforstyrrelse debuterte 1.10.25, da synet på høyre brått ble uklart, og fastlege og jordmor anbefalte en uke senere undersøkelse av synet.

Forsikrede meldte krav 27.11.25 og ga samme dag fullmakt til innhenting av helseopplysninger. Videre opplyste forsikrede om diagnosen multipel sklerose med første symptom 1.10.25 og første legekonsultasjon 6.10.26. Om hendelsesforløpet sto det

1-6. oktober: Fikk synsforstyrrelse på høyre øye ca 1 oktober. Var/er gravid som kan påvirke synet. Hadde time hos fastlege for synsforstyrrelser 6 oktober. Fastlegen sjekket øynene, men fant ingen ting. Tok deretter kontakt med jordmor dagen etter, for å høre om dette kan være relatert til svangerskapet. [...]

Foretakets rådgivende lege vurderte saken 16.12.25:

VURDERING

Diagnosen MS er oppfylt iht vilkårene og diagnosen er stillet 17.11.25. Her må vi vurdere opplysningsplikten mht alle deknings. Dersom hun hadde svart JA på spørsmålet om synsforstyrrelser ville vi dette ført til nærmere avklaring og at forsikringen ble utsatt inntil videre. Nyoppstått MS gir alltid avslag i ett år for alle deknings. Etter ett år kan livdekninger vurderes med tilleggspris. Øvrige deknings gir avslag. [...]

Foretakets rådgivende lege vurderte saken på ny 26.1.26 og viste til at det ikke var grunnlag for å endre den tidligere vurderingen. Fastlege ga 13.1.26 legeuttalelse til foretaket og opplyste om at første konsultasjon var 6.10.25. Videre at forsikrede hadde hatt «av og på tåkesyn» fra rundt 1.10.25.

Forsikrede opplyste i samtale med utreder i foretaket at hun fikk tåkesyn på et øye i oktober, og relaterte dette til svangerskapet. Hun tok det opp med fastlegen, som ikke fant noe, og som ga uttrykk for at det kunne skyldes svangerskapet. Forsikrede opplyste at det var kun høyre øyet, og

føltes som om hun hadde «dogg på brilleglasset». Hun så godt, men la merke til det, og føltes som noe man kunne få om man var sliten og at det var relatert til svangerskapet. Forsikrede var obs på dette ettersom søsteren hadde hatt plager med synet noen måneder tidligere. Dette var bakgrunnen for at hun tok det opp med legen. Forsikrede tok det så opp med jordmor, som også ga inntrykk av at det kunne være svangerskapsrelatert, men anbefalte å dobbeltsjekke hos optiker. Hun var på ny i kontakt med fastlegen 22.10 som følge av svangerskapsplager, og synsforstyrrelser som forverres av skjermbruk.

Forsikrede opplyste at hun hadde svart nei på spørsmålet om synsforstyrrelser fordi hun ikke tenkte det var relevant, og at det sikkert var relatert til graviditeten. Første gang hun tenkte at det kunne være litt alvorlig var hos optikeren, da hun fikk beskjed om at det var synsbortfall, men trodde fortsatt det ikke var alvorlig. Det forsto hun først hos øyelegen, og senere ved innleggelse. De øvrige spørsmålene ble besvart nei fordi svangerskap ikke er en sykdom, og hun ikke tenkte å opplyse om svangerskapsrelaterte plager, noe hun også anså synsforstyrrelsene for å være.

Foretaket avsto krav 26.2.26 og sa opp dekninger. Det ble opplyst om muligheten til å klage til Finansklagenemnda.

Forsikrede har i hovedsak anført at det ikke ble gitt uriktige opplysninger, og at dette uansett ikke var grovt uaktsomt.

Forsikrede hadde mange ulike svangerskapsplager og det kan ikke forventes at det opplyses om enhver av disse. Synsplagene ble ansett som å være en av disse plagene, og det ble derfor ikke opplyst om denne ved utfylling av helseskjemaet. Det ble imidlertid opplyst om sykemelding som følge av svangerskapskvalme. I lys av dette burde foretaket undersøkt ytterligere før det innvilget forsikringen.

Journaler/notater hos jordmor viser at synsplagene ble vurdert å være relatert til graviditet, og at de var ufarlige. Fastlegen gjorde ingen funn ved undersøkelse 6.10.25. Jordmor ga 7.10.25 uttrykk for at synsplagene var som følge av svangerskapet. Det samme viser svangerskapskontroll 17.10.25. At forsikrede ble anbefalt å kontakte optiker for å utelukke andre årsaker viser at man fortsatt vurderte dette som ufarlig. Anbefalingene var uansett etter tegning av forsikringen. Det var først etter forsikrede hadde vært hos optiker at hun spesifikt tok opp dette med synet med fastlegen. I lys av dette, samt øvrige svangerskapsplager, kan ikke den manglende opplysningen om synsplagene anses som grovt uaktsomt.

Da forsikrede ga helseopplysninger var hun ikke bekymret og tenkte ikke over at det burde opplyses om synsplagene. Selv om helseerklæringen hadde et konkret spørsmål om synsforstyrrelser, falt det det ikke inn å svare ja på dette, da det opplevdes som en forbigående graviditetsrelatert plage, på lik linje med bekkenløsning, ryggsmarter, fatigue, hodepine mm. Foretaket synes å basere sine vurderinger på at forsikrede senere fikk påvist sykdom.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige opplysninger, og at det da kan avslå kravet og si opp dekninger.

Det viser til at forsikrede på spesifikt spørsmål om synsplager ikke opplyste om de plagene med synet hun hadde, og som var blitt tatt opp med jordmor tidligere på dagen.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avslå kravet og si opp forsikringen, jf. fal §§ 13-2 og 13-3. Videre om dette ble opplyst til forsikrede uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

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 tre 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.

Det neste spørsmålet nemnda tar stilling til er om forsikredes forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som grov uaktsom. Bestemmelsen i fal. § 13-2 første ledd fastsetter at dersom forsikrede har «svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a», så vil foretaket være uten ansvar. Av § 13-2 annet ledd følger det at forsikringsforetakets ansvar kan settes ned eller falle helt bort om forsikrede ellers har forsømt opplysningsplikten, såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Er forsikrede mer enn bare lite å laste for de uriktige opplysningene, kan forsikringsforetaket si opp forsikredes dekninger, jf. § 13-3.

Bestemmelsen i fal. § 13-1 a første ledd fastsetter at foretaket ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av foretakets risiko. Etter annet ledd plikter forsikrede å gi «riktige og fullstendige svar» på foretakets spørsmål. På foretakets oppfordring skal forsikrede dessuten «gi opplysninger om særlige forhold» som forsikrede «må forstå er av vesentlig betydning» for foretakets vurdering av risikoen. Nemnda har tidligere påpekt at det sentrale i opplysningene som etterspørres, er at de skal danne grunnlag for foretakets risikovurdering. Dette formålet vil derfor stå sentralt ved tolkningen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld, jf. FinKN-2015-397, FinKn-2012-228, FinKN-2022-1043 og FinKN-2023-736.

Det er foretaket som må bevise at forsikrede har handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988–1989) s. 88, samt bl.a. FinKN-2020-460 og FinKN-2020-532. Nemnda legger til grunn at beviskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet lik den som gjelder for svik, og som er klar sannsynlighetsovervekt både for spørsmålet om det for ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikrede svarte objektivt uriktig på spørsmål om nedsatt syn, øyelidelser eller synsforstyrrelser. Det var også objektivt uriktig å svare nei på spørsmål om «plager/symptomer nå, som du vurderer å gå til lege/behandler for og som du ikke har nevnt tidligere eller har du andre opplysninger til oss?» når

journalnedtegnelser viser at forsikrede før tegning hadde vært hos optiker, og selv fulgte opp nyoppståtte synsforstyrrelser.

Neste spørsmål er om forsikrede ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om egen helse ved tegning, har utvist grov uaktsomhet. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte. Det er altså tale et markert avvik fra en handlenorm, og ikke hva forsikringstaker har villet.

Slik saken er opplyst for nemnda, legger nemnda til grunn forsikrede må ha forstått at opplysninger om synsforstyrrelsene var relevante for foretakets vurdering av søknaden. Slik saken er opplyst, har forsikrede oppfattet egne synsforstyrrelser som veldig plagsomt, og forsikrede har ved flere anledninger tok opp forstyrrelsene med fastlege, jordmor og optiker. Nemnda anser derfor forsikrede for å ha utvist grov uaktsomhet i tegningssituasjonen ved ikke å gi foretaket korrekte opplysninger om nyoppståtte plager og uavklart situasjon med kontakt om dette rett før tegning. Nemnda anser den grove uaktsomhet for å ligge i øvre sjikt av skyldgraden.

Det følger av fal. § 13-2 annet ledd at foretakets ansvar kan settes ned dersom forsikrede ga uriktige opplysninger, og er mer enn lite å laste. Avkortningsregelen er skjønnsmessig. Det vil si at det er opp til nemndas skjønn å fastsette hva som er korrekt avkortning i den konkrete saken. Avkortningen kan være fra 0 til 100 % av erstatningsbeløpet. Ved avgjørelsen følger det av bestemmelsens tredje ledd at det skal «tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for forsikringsforetakets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers», jf. tredje ledd.

Nemnda ser først på «hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen», jf. tredje ledd. Det legges her opp til en pro rata-tankegang: Hva ville selskapet ha gjort dersom det hadde kjent til det rette forholdet: overhodet ikke ha inngått noen avtale, eller inngått en avtale med annet innhold, altså inntatt en reservasjon? Som påpekt av Wilhelmsen, er pro rata-avkortning ved gale opplysninger hentet fra tidligere fal. 1930 § 6, og grunntanken er at forhold som ikke har hatt noen betydning for risikovurderingen, heller ikke bør føre til noen avkortning (Wilhelmsen, «Feil i egenerklæringsskjema ved salg av bolig som forsikringsrettslig innsigelse», Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett 2018 nr. 4, s. 173 flg.). Momentet må som nevnt sees i sammenheng med utgangspunktet for opplysningsplikten, som skal gjelde forhold som har betydning for risikovurderingen. Foretaket har opplyst at forsikrede ville ha fått karantene i ett år dersom hun hadde gitt korrekte svar, og at senere påvist MS ville gitt avslag på dekninger med unntak av død, som hun kunne få etter konkret vurdering og mot pristillegg. De uriktige opplysningene har altså medført at forsikrede har fått tegne en forsikringsavtale som foretaket ikke ville inngått på tegningstidspunktet, dersom foretaket fikk korrekt informasjon. Feilens betydning for risikovurderingen tilsier at det i denne saken skal avkortes.

Formuleringen «skadeforløpet» er uttrykk for et krav om årsakssammenheng mellom det forhold som det er gitt uriktige opplysninger om, og den inntrådt skaden. Slik saken er opplyst for nemnda, er det årsakssammenheng mellom de uriktige opplysninger om dette og kravet forsikrede har fremmet. I denne saken ville foretaket ha gitt karantene til de uavklarte synsforstyrrelsene var avklart, og minst i ett år. Forsikrede fikk påvist MS noen måneder senere, og ville derfor fått avslag på søknadene, selv om hun kunne søkt om dødsrisiko senere. Med korrekte opplysninger ville forsikrede ikke fått tegnet dekningene, heller ikke senere. I denne saken tilsier skadeforløpet at det skal avkortes fullt ut.

Grov uaktsomhet er et moment som i seg selv tilsier avkortning. Nemnda har kommet til at forsikrede var i øvre sjikt av grovt uaktsom da hun ga uriktige helseopplysninger.

I tidligere nemndspraksis fra personforsikring har en i saker hvor forsikrede har utvist grov uaktsomhet, og forsikredes uførhet skyldes et forhold som det ikke er opplyst om, eventuelt også at forholdet ville hatt betydning for selskapets risikovurdering, typisk avkortet mellom 70-100 %. Foretaket har avkortet 100 %. Nemnda har ingen innsigelser til foretakets avkortningsprosent.

I medhold av forsikringsavtaleloven § 13-3 første ledd kan foretaket si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Finansklagenemnda kan ikke overprøve foretakets utøvelse av denne retten, jf. avgjørelse FinKN-2021-638.

Foretaket kan ha plikt til å tilby forsikrede dekninger som om forsikrede hadde gitt korrekte opplysninger, jf. § 13-3 annet ledd, jf. bl.a. avgjørelse 2026-170. Videre har forsikredes anførsler om foretakets rådgivning ifm. bytte av forsikring, ikke vært behandlet av foretaket. Begge forhold må forsikrede i første omgang ta opp med foretaket. Dersom partene ikke blir enige, kan forsikrede klage dette inn for Finansklagenemnda som en ny klagesak. Det er da foretakets tilbud eller avslag på slikt tilbud som er gjenstand for klage.

Etter nemndspraksis har ikke forsikrede krav på refusjon av innbetalt premie, se bl.a. 2020-106 og 2017-724.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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