



UiT Norges arktiske universitet

Det juridiske fakultet

Forsikringselskapenes adgang til ansvarsbegrensning som følge av den forsikredes helsetilstand, jf. FAL § 13-5

Helseerklæringens betydning for hvor langt forsikringselskapenes ansvar strekker seg.

Tone Eyjen Haave

Master i Rettsvitenskap, JUR-3902, våren 2021

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tema og problemstilling	1
1.2	Metode og rettskildebilde.....	2
1.2.1	Forsikringsavtaleloven	3
1.2.2	Forarbeidene	4
1.2.3	Nemndspraksis	4
1.2.4	Forsikringspraksis	6
1.2.5	Juridisk teori	7
1.3	Avgrensning av oppgaven.....	7
1.4	Oppgavens videre fremstilling	8
2	Forsikring	9
2.1	Introduksjon til forsikringsretten.....	9
2.2	Personforsikring	10
2.2.1	Sykeforsikring	12
2.2.2	Livsforsikring	12
2.3	Individuelle og kollektive forsikringer.....	13
3	Alminnelige forutsetninger for selskapets ansvar	15
3.1	Opplysningsplikten.....	17
3.1.1	Brudd på opplysningsplikten.....	20
3.2	Helseerklærings skjema.....	21
3.3	Retningslinjer for helsevurdering.....	23
4	Forbehold knyttet til forsikredes helsetilstand	25
4.1	Forsikringsavtaleloven § 13-5 første ledd.....	25
4.1.1	Bokstav a, forbehold knyttet til opplysninger	27
4.1.2	Bokstav b, forbehold knyttet til særlige grunner.....	28
4.2	Forsikringsavtaleloven § 13-5 andre ledd	30

4.2.1	Symptomer og symptomklausul.....	32
4.2.2	«Bestemt tidspunkt».....	33
4.2.3	Rt. 2015 s. 695 og senere rettspraksis	38
4.3	Forsikringsavtaleloven § 13-5 tredje ledd.....	43
5	Samspillet mellom helseerklæringer og forsikringsselskapets adgang til å begrense sitt ansvar etter FAL § 13-5.....	44
	Referanseliste	47

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Temaet for denne masteroppgaven er forsikringsselskapenes adgang til å begrense sitt ansvar på grunn av den forsikredes helsetilstand med hjemmel i lov om forsikringsavtaler 16.juni 1989 nr. 69 (FAL) § 13-5. Hovedfokus vil være på ansvarsbegrensning etter FAL § 13-5 andre ledd. Jeg vil se på bestemmelsens anvendelsesområde, og hvilken betydning den har i lys av dagens rettsstilstand.

Jeg vil gjennomgå rettspraksis og å redegjøre for når et forbehold etter § 13-5 andre ledd kan føre til at forsikringsselskapet ikke er ansvarlig.

Det er sammenheng mellom bestemmelsene i FAL kap. 13 om forsikredes opplysningsplikt og selskapets adgang til å benytte en karensklausul i vilkårene, og jeg vil derfor gå nærmere inn på systemet med helseerklæringer. Jeg vil se på helseerklæringens betydning for hvor langt forsikringsselskapenes ansvar strekker seg.

Før vi fikk dagens forsikringsavtalelov (FAL) i 1989 var det vanlig at forsikringsselskapene benyttet seg av objektive helseklausuler hvor de fraskrev seg ansvar for all sykdom som var til stede ved avtaleinngåelsen. Disse klausulene innebar vanligvis at de oppstilte en karenstid som innebar at forsikringsselskapet allikevel ble ansvarlig dersom uførhet eller død skjedde til til tre år senere. Med den nye FAL i 1989 fikk loven nye bestemmelser knyttet til opplysningsplikt, som innebar at så lenge opplysningsplikten er oppfylt, så skal forsikringstaker være dekket også for sykdommer som var til stede på tidspunktet for når forsikringen ble tegnet. Dette innebar at bruken av objektive helseklausuler kom i strid med de nye reglene om opplysningsplikt. FAL § 13- 5 oppstiller reglene om når forsikringsselskapet kan ta forbehold på grunn av forsikredes helsetilstand¹.

Forsikringsselskapene står i utgangspunktet fritt til å fastsette forsikringens dekningsfelt, dvs. hva den enkelte forsikringsdekning konkret skal omfatte. Forsikringsselskapene kan ta forbehold i forsikringsavtalen i form av klausuler med konkrete begrensninger, dette gjelder f.eks. en reservasjon i medhold av FAL § 12-12 eller om at forsikringen ikke vil dekke

¹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 476-478.

sykdom som har vist symptomer etter avtaleinngåelsen og i et nærmere angitt tidsrom. Dette kalles gjerne en symptomklausul eller en karensklausul².

Symptomklausuler kan benyttes i sykeforsikring og i tilknytning til uføredekning i livsforsikring, mens det i kollektive deknninger etter ordlyden er knyttet til dekning av arbeidsuførhet i en livsforsikring, jf. FAL § 13-5 andre ledd og § 19-10. Symptomklausul i medhold av FAL § 13-5 andre ledd er en unntaksbestemmelse fra hovedregelen i bestemmelsens første ledd som forbyr objektive helseklausuler. Hensynet bak å tillate symptomklausulen etter andre leddet, er for å hindre spekulasjon³.

I det neste kapitlet vil jeg redegjøre for metode og det generelle rettskildebildet, og ta en kort gjennomgang på de ulike rettskildene som er relevante for oppgaven, før jeg deretter vil redegjøre for oppgavens avgrensning og videre fremstilling.

1.2 Metode og rettskildebilde

Denne oppgaven vil benytte en rettsdogmatisk metode⁴, og fokuset vil være på å analysere og klargjøre gjeldende rett med utgangspunkt i alminnelige norske rettskilder.

Forsikringsavtaleloven 16.juni 1989 nr. 69 (FAL) med forarbeider er den mest sentrale rettskilden innen forsikringsavtaleretten⁵. Rettskildefaktorer som rettspraksis, nemndspraksis og forsikringspraksis er knyttet til praktiseringen av forsikringsvilkår og forsikringsavtalelovgivningen (i hovedsak FAL)⁶. Disse, sammen med juridisk teori er relevante å se til for å kartlegge rettsområdet. Lovgivning gjennom EØS spiller også inn på forsikringsrettens område på lik linje med andre rettsområder⁷.

² Karens betyr å være uten noe eller å unnvære noe. Store norske leksikon, tilgjengelig:

<https://snl.no/karens> (sist besøkt 28.04.21)

³ Bull (2008) s. 300-301.

⁴ Tuseth og Winge (2018) s. 20.

⁵ Bull (2008) s. 34.

⁶ Bull (2008) s. 47.

⁷ EØS-lovgivning er omtalt hos Bull (2008) s. 43-45.

I tillegg til lovteksten med forarbeider har rettspraksis fra Høyesterett selvfølgelig størst vekt. Innen forsikringsretten er det imidlertid bare et mindre antall tvister som behandles av domstolene. Et stort antall tvister blir istedenfor behandlet hos de ulike forsikringsselskapene og i nemnd. Forsikringsselskapene tilbyr en egen intern klagebehandling, men også at saker kan bringes inn for en frittstående nemnd⁸.

Et generelt søk i Lovdata⁹ viser at Høyesterett i 2020 avsa 5 dommer med tilknytning til FAL. Samme søkekriterier for 2019 og 2018 viser henholdsvis 3 og 2 høyesterettsavgjørelser med tilknytning til FAL. Finansklagenemnda mottok i 2020 220 saker knyttet til liv- og uføreprodukter. Totalt hadde nemnda 901 saker innen fagområdet personforsikring samme år, men dette inkluderer også saker tilknyttet bilansvarsloven (bal.) og yrkesskedeforsikring (yfl.)¹⁰. Ut ifra dette kan man konkludere med at det er få saker som kommer til Høyesterett hvert år, og at nemndspraksis er meget omfattende. Innen denne oppgavens tema, finnes det en relevant avgjørelse fra Høyesterett, Rt. 2015 s. 695. Denne dommen vil bli grundig behandlet i kap. 4.2.3.

I de kommende underkapitlene vil jeg først si litt om forsikringsavtaleloven og dens forarbeider. Deretter vil de tre rettskildefaktorene som omhandler praktiseringen av forsikringsavtalelovgivningen og forsikringsvilkår bli gjennomgått; nemndspraksis, forsikringspraksis og juridisk teori.

1.2.1 Forsikringsavtaleloven

Forsikringsavtaleloven er som utgangspunkt preseptorisk. Det følger av FAL § 10-3 at

«når ikke annet er sagt, kan bestemmelsene i del B ikke fravikes til skade for den som utleder rett mot selskapet av forsikringsavtalen.»

⁸ Bull (2008) s. 47 flg.

⁹ Lovdata.no. Søkt på forsikringsavtaleloven, avgjørelser fra Høyesterett, sivile saker: https://lovdata.no/pro/#result&id=3605&q=forsikringsavtalelov* (sist besøkt 01.05.21).

¹⁰ Finansklagenemndas årsberetning 2020 s. 18: <https://www.finkn.no/index.php/Aktuelt/Artikler/Finansklagenemndas-aarsberetning-2020> (sist besøkt 28.04.21).

I dette ligger det at et forsikringsselskap ikke kan avtale vilkår som gir en dårligere beskyttelse enn FAL sine bestemmelser. Avtaler til gunst for forsikringstaker vil naturligvis være tillatt.¹¹ Noen bestemmelser i FAL er imidlertid slik utformet at lovens regler bare gjelder dersom ikke annet er bestemt. Et eksempel på en bestemmelse som åpner for en annen regulering er FAL § 13-5. Med bakgrunn i lovens preseptoriske karakter, er lovens ordlyd en sentral rettskilde ettersom den setter grenser for selskapenes avtalefrihet. Avtalefriheten er mindre i en livsforsikring, enn i ulykkes- og sykeforsikringer¹².

Bull¹³ skriver at rettspraksis fra den forrige forsikringsavtaleloven (FAL 1930) i dag kun har begrenset relevans, tilsvarende også rettspraksis knyttet til formuleringer i bestemte forsikringsvilkår. Begrunnelsen for det er at FAL 1989 og FAL 1930 har ulik bruk av skjønsmessige regler, og forsikringsvilkårene ofte også er forskjellig og inneholder andre formuleringer.

1.2.2 Forarbeidene

Forarbeidene til FAL er en viktig rettskilde i den forstand at de gir uttrykk for hva lovgiver har ment med lovens bestemmelser. Spesielt i forbindelse med bestemmelser hvor ordlyden er noe uklar eller ikke gir klart uttrykk for bestemmelsens rekkevidde blir forarbeidene spesielt viktig. For det som er tema for denne avhandlingen gir ikke lovtekstens ordlyd noen klar angivelse av rekkevidden til paragrafens ulike bestemmelser.

1.2.3 Nemndspraksis

Innen forsikringsretten finnes det som nevnt nemnder. Det finnes selskapsinterne og selskapsuavhengige nemnder. Nemndene fungerer som supplerende tvisteløsningsorganer til domstolene.¹⁴ Kostnaden ved en ordinær domstolsbehandling vil være langt høyere.

¹¹ Bull (2008) s. 40.

¹² Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 374.

¹³ Bull (2008) s. 48-49.

¹⁴ Bull (2008) s. 50.

De interne nemndene er en del av klageapparatet til de enkelte selskaper, og avgjørelser herifra fremstår som det enkelte selskaps egne avgjørelser¹⁵.

Finansklagenemnda er selskapsuavhengig, og ble opprettet i 2010. Finansklagenemnda har tre nemnder som behandler forsikringsklager, hvor en er for personforsikring, en er for skadeforsikring og en for eierskiftedekninger. Nemndene har egne sekretariater, som gjennomgår alle klager som mottas og innhenter nødvendig dokumentasjon fra klager og selskap, og de foretar en foreløpig vurdering av hver enkelt klage.¹⁶ Nemndene har fem medlemmer, to selskapsrepresentanter og to forbrukerrådsrepresentanter samt en uavhengig leder, hvor alle er jurister. Nemndsbehandlingen gjøres med grunnlag i sakens skriftlige dokumentasjon og sekretariatets sammenstilling av sakens faktiske sider. Nemndenes avgjørelser er begrunnet, og de er offentlige. De kan være enstemmige eller inneholde dissenser og/eller særmerknader¹⁷.

I Finansklagenemnda Person behandles tvister knyttet til personforsikring, men også yrkesskadeforsikringsloven og bilansvarsloven, samt pensjonslovene. De kan dreie seg om forståelsen av forsikringsvilkårene, men også om lovreglene. Mange saker reiser imidlertid klassiske erstatningsrettslige spørsmål som årsakssammenheng. Selv om avgjørelsene nemnda fatter kun er rådgivende, blir de i all hovedsak fulgt opp av forsikringsselskapene¹⁸. Dersom forsikringsselskapet ikke skulle akseptere nemndas avgjørelse, må de erklære ikke-aksept innen 21 dager for å ikke være bundet av nemndas avgjørelse. Ved en ikke-aksept fra selskapet, kan klager velge å forfølge saken ved å ta ut stevning mot selskapet. Da vil forsikringsselskapet være forpliktet til å dekke klagers sakskostnader i første instans.¹⁹

Siden avgjørelser fra nemnda i utgangspunktet ikke er bindende, kan man stille seg spørsmål om vekten av avgjørelser herifra. Rettspraksis viser at man i en del dommer har lagt tydelig

¹⁵ Bull (2008) s. 50.

¹⁶ Finansklagenemnda person. Nemndene: <https://www.finkn.no/Nemndene> (sist besøkt 28.04.21)

¹⁷ Finansklagenemnda person. FinKN Person: <https://www.finkn.no/Nemndene/FinKN-Person> (sist besøkt 20.04.21)

¹⁸ Finansklagenemnda person. FinKN Person: <https://www.finkn.no/Nemndene/FinKN-Person> (sist besøkt 20.04.21)

¹⁹ Finansklagenemndas saksbehandlingsregler av 21.06.17. punkt 15: <https://www.finkn.no/Om-oss/Regelverk/Saksbehandlingsregler-for-Finansklagenemnda> (sist besøkt 20.04.21)

vekt på nemndspraksis²⁰, mens i andre tilfeller har man uttrykkelig eller stilltiende sett bort ifra nemndspraksis²¹. I Rt. 2015 s. 695, som vil bli grundig omtalt i kapittel 4.2.3, viste retten også imidlertid til fast klagenemndspraksis.

Medlemmene av finansklagenemnda har omfattende juridisk kompetanse, og innehar en høy faglig kompetanse. Medlemmenes ulike tilhørighet taler for en balansert tilnærming for å kunne fatte avgjørelser. Forsikringselskapene og brukerorganisasjonene er likt representert i nemnda, og ved stemmelikhet har den uavhengige lederen dobbeltstemme²².

Nemndene har hatt ulike navn oppgjennom årene, og i de tilfeller det henvises til uttalelser herifra vil jeg omtale dette som «nemnda» eller nemndspraksis. Der hvor det er naturlig å henvise til en aktuell sak, vil korrekt henvisning til den spesifikke avgjørelsen bli gitt.

1.2.4 Forsikringspraksis

Forsikringspraksis vil si en praksis som etablerer seg omkring hvordan forsikringsvilkår eller lovbestemmelser skal forstås. En praksis som de ulike forsikringselskapene er samstemte om. I de tilfeller hvor selskapenes vilkår er tilnærmet like eller helt like, kalles for bransjepraksis.²³

Forsikringspraksis kan være et relevant moment ved fastsettelsen av gjeldende rett. Vekten av forsikringspraksis er imidlertid avhengig av ulike forhold. I de tilfeller hvor forsikringsvilkårene eller loven er uklar eller usikker, vil domstolene kunne tillegge forsikringspraksis betydelig vekt i de tilfeller hvor praksisen fremstår som rasjonell og

²⁰ Eksempelvis i Rt. 1987 s. 744 la man «betydelig vekt» på nemndas praksis.

²¹ Eksempelvis i Rt. 2000 s. 70 kom HR til et annet resultat, og kommenterte ikke avgjørelsen fra nemnda.

²² Finansklagenemnda sine saksbehandlingsregler datert 21.06.17. Punkt nummer 13. Tilgjengelig: <https://www.finkn.no/Om-oss/Regelverk/Saksbehandlingsregler-for-Finansklagenemnda> (lastet ned 20.04.21)

²³ Bull (2008) s. 54-55.

avbalansert²⁴. I de tilfeller hvor loven eller forsikringsvilkårene derimot skulle være klar eller sikker, vil ikke forsikringspraksis kunne ilegges vekt ved å gi en dårligere løsning når denne praksisen har vært ukjent for forsikringstageren²⁵. Dersom det ikke er samsvar mellom den naturlige språklige forståelsen av ordlyden og den rådende forsikringspraksis, vil ikke forsikringspraksisen kunne bli tillagt vekt med mindre forsikringstakeren ved tegning av forsikringen var kjent med akkurat denne praksisen.²⁶

1.2.5 Juridisk teori

I arbeidet med denne oppgaven er Claus Brynildsen, Børre Lid og Truls Nygård, *Forsikringsavtaleloven med kommentarer*, 3.utgave (Oslo 2014) og Hans Jacob Bull, *Forsikringsrett* (Oslo 2008), hyppig anvendt. I tillegg til at Harald Benestad Anderssen, *Forsikringsrett i et nøtteskall* (Oslo 2018) er noe benyttet. Kun den siste av disse er skrevet etter at Høyesterett avsa dom i Rt. 2015 s. 695, en dom som er en viktig del av denne oppgaven. Men siden dette er en nøtteskalls-bok som gir en kort oversikt over norsk forsikringsrett er ikke symptomklausulen i FAL § 13-5 andre ledd noe særlig omtalt.

Ordlyden i FAL § 13-5 andre ledd gir ingen klare holdepunkter omkring rekkevidden av bestemmelsen, og slik jeg ser det vil andre rettskilder i form av både rettspraksis, forsikringspraksis og juridisk teori derfor være viktig bidrag i å kartlegge nettopp dette.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven er avgrenset mot kollektive livsforsikringer som reguleres av lovens kap. 19. Etter § 19-10 kan det uten hinder av § 13-5 avtales karenstid på inntil to år for arbeidsuførhet. Dette

²⁴ I følgende fem dommer ble forsikringspraksis ilagt stor vekt: Rt. 1952 s. 177, Rt. 1978 s. 170, Rt. 1992 s. 1607, Rt. 1987 s. 1358 og Rt. 1993 s. 1482. Fellesnevneren for disse dommene var at forsikringsvilkårene var svært uklare. Også omtalt Bull (2008) s. 54-57.

²⁵ Bull (2008) s. 55-57.

²⁶ Rt. 1987 s. 1358 (Se dommens side 1364)

har sammenheng med at de enkelte medlemmer av en kollektiv dekning ikke leverer helseopplysninger når de blir omfattet av forsikringen. FAL § 19-10 lyder som følgende;

«I kollektiv livsforsikring kan det uten hinder av § 13-5 avtales at selskapet ikke svarer for arbeidsuførhet som inntre innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe, og som skyldes sykdom eller lyte som medlemmet hadde på dette tidspunkt, og som det må antas at medlemmet kjente til. Tilsvarende gjelder for en risiko knyttet til en medforsikret person som tilfaller etterlatte som følge av medlemmets død, men slik at det ikke kan avtales lengre ansvarsfrihet enn ett år fra det tidspunkt da selskapets ansvar begynte å løpe.»

Det vil allikevel bli nevnt paralleller og likheter/ulikheter i forhold til denne bestemmelsen der hvor dette vil være naturlig i forhold til denne avhandlingen.

Jeg vil ikke behandle muligheten for at reglene i FAL § 13-5 kan benyttes for andre kollektive deknninger enn livsforsikring.²⁷

1.4 Oppgavens videre fremstilling

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler. I den første delen av oppgaven har jeg tatt en gjennomgang på de ulike rettskilder som er relevante på området, og betydningen disse har. I kapittel 2 vil jeg først ta en introduksjon til forsikringsretten, og deretter se nærmere på begrepene personforsikring, sykeforsikring og livsforsikring, samt redegjøre for likhetene og ulikhetene mellom individuelle og kollektive forsikringer.

I kapittel 3 gjennomgår jeg de alminnelige forutsetninger for selskapets ansvar, og drøfter relevante bestemmelser og regler knyttet til opplysningsplikt, helseerklærings skjema og retningslinjer for helsevurdering.

I kapittel 4 vil det bli gjort rede for innholdet i hele FAL § 13-5 første til tredje ledd. I dette kapitlet vil se på rettspraksis, og da spesielt på Rt. 2015 s. 695 som fungerer som et prejudikat

²⁷ Viser til drøftelse i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 723 flg.

for forståelsen av FAL § 13-5 andre ledd. Det vil bli lagt mest vekt på symptomklausulen i FAL § 13-5 andre ledd.

Avslutningsvis vil jeg i kapittel 5 se på samspillet mellom helseerklæringer og forsikringsselskapenes adgang til å begrense sitt ansvar etter FAL § 13-5.

2 Forsikring

2.1 Introduksjon til forsikringsretten

Det finnes ingen definisjon av begrepet «forsikring», men det forklares med at det skjer en risikooverføring mellom person eller selskap til et forsikringsselskap. For denne risikooverføringen betales det et vederlag, som kalles forsikringspremie.²⁸

Lov om forsikringsavtaler 16. juni 1989 nr. 69 (FAL) trådte i kraft 1. juli 1990, og er den sentrale rettskilden innen forsikringsavtaleretten. Den erstattet den tidligere forsikringsavtaleloven fra 1930 (FAL 1930). Forsikringsavtaleloven (FAL) består av fire deler. Del A gjelder for skadeforsikring, del B gjelder for personforsikring, del C inneholder en del alminnelige bestemmelser, og del D inneholder ikrafttredelses- og overgangsbestemmelser. En del av reglene i del A og de B er likelydende²⁹, mens andre regler i del B angir et sterkere forbrukervern.

En rekke av bestemmelsene i FAL del B er blitt endret etter den først trådte i kraft i 1990. Flere av endringene som ble vedtatt i 2008 bygger på forslag fra det såkalte Røsæg-utvalget.³⁰

Bakgrunnen for at vi fikk en ny forsikringsavtalelov i 1989 var at det hadde skjedd en betydelig utvikling på forsikringsrettens område siden 1930. Det hadde blitt etablert en rekke nye forsikringsprodukter, graden av antallet kollektive forsikringer hadde økt, og synet på forbrukervernet hadde endret seg betydelig siden den forrige loven ble vedtatt. Det var med

²⁸ Bull (2008) s. 24.

²⁹ Bull (2008) s. 36.

³⁰ NOU 2000:23

andre ord, et behov for en generell modernisering av loven.³¹ Etter 1989 er loven reviderte flere ganger, men lovens opprinnelige struktur er fremdeles den samme.

Forsikringsavtalelovens del B som gjelder for avtaler om personforsikringer³² er den delen som vil bli behandlet i denne oppgaven. Pensjonskasser og pensjonsfond faller også inn under lovens virkeområde.³³

For å kunne fastsette forsikringstakers plikter og rettigheter vil forsikringsvilkårene som fremgår av forsikringsavtalen være en viktig kilde.³⁴ Lovens bestemmelser er i all hovedsak preseptoriske.³⁵

Formålet med personforsikringer er å sikre forsikrede økonomisk i tilfelle sykdom, uføre, ulykke eller død skulle inntreffe³⁶. Når sykdom rammer eller noen dør, vil forsikringer i de fleste tilfeller ha stor betydning for den forsikrede eller de etterlatte. En forsikringsdekning kan være avgjørende for om man har anledning til å beholde boligen sin, om hytta må selges for å finansiere en ny livssituasjon eller om hele den økonomiske friheten man tidligere hadde blir borte. Betydningen av å være forsikret kan ikke overvurderes, og bestemmelser om forsikringsselskapenes adgang til å begrense sitt ansvar vil kunne ha stor betydning.

2.2 Personforsikring

Forsikringsavtaleretten deles inn i to deler: en skadeforsikringsdel og en personforsikringsdel. Forsikringsavtalelovens del B inneholder som sagt innledningsvis, reglene om personforsikring.³⁷

³¹ Ot.prp.nr. 49 (1988-1989) s. 7

³² FAL § 10-1 første ledd.

³³ FAL § 10-1 første ledd.

³⁴ Bull (2008) s. 34.

³⁵ FAL § 1-3 første ledd og § 10-3.

³⁶ Bull (2008) s. 26-28.

³⁷ I tillegg finnes viktige bestemmelser i personforsikring i yrkesskadeforsikringsloven (yfl.) og bilansvarsloven (bal.), men de vil ikke bli videre behandlet i denne oppgaven.

Personforsikring handler om personers liv og helse, og inkluderer tre ulike typer forsikringer; livsforsikring, ulykkesforsikring og sykeforsikring³⁸. Disse tre forsikringstypene er ikke nærmere definert i loven. Skadeforsikring derimot er alle forsikringer som *ikke* regnes for å være personforsikring.³⁹

I skadeforsikring er det et viktig prinsipp at ingen skal kunne «tjene» på forsikringen, mens det innen personforsikring ikke finnes noe lignende prinsipp. Det er ikke noe krav om at forsikringsutbetalingen i en personforsikring kun skal være lik det økonomiske tapet forsikringstilfellet medfører. Slik at man står fritt til å tegne en personforsikring som vil kunne gi en langt høyere utbetaling enn det reelle tapet skulle tilsi.⁴⁰

En stadig utvikling av nye produkter etter at FAL 1989 trådte i kraft, har ført til at området for sykeforsikring har blitt utvidet, og at det kan være vanskelig å fastslå grensen mellom hva som er sykeforsikring og hva som faller inn under kategorien livsforsikring.⁴¹

Relativt vanlige forsikringer i dag, er reiseforsikring og forsikring knyttet til kritisk sykdom. For disse forsikringstypene har det vært noe uklarhet knyttet til hvilken kategori de skal falle inn under. En reiseforsikring inneholder regelmessig dekning for reisesyke som gir forsikrede rett til å få dekket sine utgifter knyttet til hjemtransport ved sykdom på reise. Nemnda kom i FSN 2036 frem til at reisesykedekningen etter en konkret vurdering måtte falle inn under FAL del B med begrunnelse i at den gav bedre vern enn bestemmelsens i FAL del A. For forsikringsdekningen kritisk sykdom uttalte Finansklagenemnda i FSN 5770 at den bør omfattes av FAL del B. Det samme gjelder dekningen «lisensforsikring⁴²».⁴³

En ulykkesforsikring omfatter skader oppstått ved hendelser som skjer plutselig og uventet, og skyldes en ytre omstendighet, og er ikke en sykdomsdekning.⁴⁴

³⁸ FAL § 10-1 andre ledd.

³⁹ Bull (2008) s. 25.

⁴⁰ Bull (2008) s. 25.

⁴¹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 368.

⁴² Lisensforsikring = en forsikring knyttet til legegodkjennelse for å kunne utføre jobben sin, eksempelvis en jobb offshore (Uttrykt i HR-2020-1262-A).

⁴³ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 370-371.

⁴⁴ Bull (2008) s. 27-28.

I det videre vil jeg kort redegjøre for sykeforsikring og livsforsikring, før jeg vil se på skillet mellom individuelle og kollektive forsikringer.

2.2.1 Sykeforsikring

Sykeforsikring kjennetegnes ved at den gir forsikrede økonomisk hjelp ved inntektsbortfall i forbindelse med midlertidig ervervsuførhet som skyldes sykdom eller død. En slik forsikring gir forsikringstaker et visst beløp som er avtalt på forhånd pr. sykedag, og kalles ofte en sykeavbruddsforsikring. Dette er i likhet med ulykkesforsikring en ren risikoforsikring, men i motsetning til hva som er tilfellet ved en ulykkesforsikring så dekker sykeforsikringen også sykdomsrisikoen.⁴⁵

Sykeforsikring er en typisk forsikring som selvstendig næringsdrivende og andre i frie yrker⁴⁶ tegner. Formålet med å ha en slik forsikring er å sikre en stabil inntekt i forbindelse med sykdom.⁴⁷ En vanlig arbeidstaker vil etter folketrygdloven (ftl.) § 8-16 ha krav på full lønn fra første dag i forbindelse med sykefravær, mens en selvstendig næringsdrivende ikke vil ha krav på sykepenger de første 16 dagene, jf. ftl. § 8-34 andre ledd.

2.2.2 Livsforsikring

En livsforsikring innebærer en utbetaling av erstatning dersom forsikrede skulle dø, og den kalles derfor en ren risikoforsikring⁴⁸. Retten til utbetaling av forsikringen utløses uavhengig av om årsaken er sykdom eller en ulykke. Omkommer ikke vedkommende, vil det ikke skje noen utbetaling.⁴⁹

Det skilles mellom rene dødsrisikoforsikringer og sammensatte eller kombinerte forsikringer. I sammensatte eller kombinerte forsikringer er det en kombinasjon med oppsparing, hvor

⁴⁵ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 368. Også omtalt i Bull (2008) s. 28.

⁴⁶ Eksempler på «Frie yrker» er advokater, tannleger, arkitekter mv.

⁴⁷ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 368. Også omtalt i Bull (2008) s. 28.

⁴⁸ Bull (2008) s. 26-27.

⁴⁹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 367.

selskapet betaler ut et beløp på et bestemt tidspunkt, enten ved død eller ved en viss alder hos forsikrede.⁵⁰ Uføreforsikringer omfattes også av begrepet livsforsikring, og det har blitt vanligere at det er tilknyttet en ytterligere sparing som er større enn det som er nødvendig for å dekke dødsrisikodelen.⁵¹

Forsikringer som går ut på at selskapet skal betale ut en erstatning ved død eller oppnådd alder, kalles kapitalforsikring, jf. FAL § 10-2 bokstav d. Beløpet kan bli utbetalt som en engangssum eller i terminer, eller i forbindelse med at vedkommende blir varig ufør. Det motsatte av en kapitalforsikring vil være en livrenteforsikring. En typisk livrenteforsikring vil være en pensjonsforsikring, jf. FAL § 10-2 bokstav f. Denne kan være både individuell og kollektiv, og går ut på at det skjer en utbetaling fra et visst tidspunkt og en gitt periode mens personen er i live eller frem til en allerede avtalt alder.⁵²

2.3 Individuelle og kollektive forsikringer

Personforsikringer kan tegnes både individuelt og kollektivt. Individuelle forsikringer er den klassiske formen av forsikring, hvor forsikringen tegnes av en enkeltperson eller av et selskap for det aktuelle selskapet eller for en enkelt person.⁵³

Den kollektive forsikringsformen utviklet seg fra 1930-tallet, og har de siste tiårene hatt en stor økning. Kollektive forsikringer vil typisk være livsforsikring, i form av kollektiv pensjonsforsikring og gruppelivsforsikring, men kan også være ulykkes-, skade- og sykeforsikringer. I individuelle forsikringer er det vanligvis kun to parter i avtalen. Det typiske for kollektive forsikringer er at de etablerer et tre partsforhold med forsikringstaker, den forsikrede (ofte omtalt som medlem) og forsikringsselskapet. I kollektive forsikringer er forsikringstaker gjerne arbeidsgiver eller en fagforening, men kan også være en idrettsforening, eller en annen organisasjon. Det er forsikringstakeren som inngår avtalen om forsikring for sine ansatte eller fagforeningsmedlemmer. Ved slike kollektive forsikringer kreves sjelden individuelle helsevurderinger, og forsikringsselskapet nøyer seg som oftest

⁵⁰ Anderssen (2018) s. 33-34.

⁵¹ Ot.prp. nr. 49 (1988-89) s. 108. Også omtalt i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 367.

⁵² Anderssen (2018) s. 34.

⁵³ Bull (2008) s. 30-31.

med en forenklet helseerklæring i form av en arbeidsdyktighetserklæring fra arbeidsgiver eller forsikrede selv.⁵⁴

Ved individuelle deknings kartlegger forsikringsselskapet risikoen for det enkelte medlem, mens i kollektive deknings blir gruppen ansett som en helhet, og det er den samlede risikoen som blir det avgjørende.⁵⁵

FAL inneholder særskilte regler om kollektive forsikringer innen personforsikring i kapittel 19. Det følger av forarbeidene at man har ønsket en mest mulig ensartethet mellom reglene for kollektive og individuelle personforsikringer:

«Det er imidlertid etter utvalgets oppfatning hensiktsmessig at lovreglene om individuelle og kollektive forsikringer følger hverandre så langt det er mulig. Vi har derfor sett det som en fordel at loven gjelder generelt både i individuelle og kollektive forsikringer, og at de relativt få særskilte regler som må gis om kollektive forsikringer samles i et eget kapittel». ⁵⁶

Det skilles mellom obligatoriske og frivillige kollektive deknings. Ved obligatoriske forsikringer vil eksempelvis alle ansatte i bedriften automatisk bli en del av forsikringsavtalen, mens ved frivillige deknings vil den enkelte ansatte eller medlem selv måtte ta initiativ for å tilslutte seg forsikringen.⁵⁷

Som nevnt i kapittel 1.3, er oppgaven avgrenset slik at den videre fremstillingen vil ha fokus på individuelle deknings, og kollektive deknings vil derfor ikke bli videre behandlet.

⁵⁴ Bull (2008) s. 30-31.

⁵⁵ NOU 1983:56 s. 169.

⁵⁶ NOU 1983:56 s. 169.

⁵⁷ Bull (2008) s. 31.

3 Almennelinge forutsetninger for selskapets ansvar

Partene i et forsikringsforhold er forsikringsselskap og forsikringstaker og/eller forsikrede. Formålet med å tegne forsikring er at det skal skje en risikooverføring fra forsikringstaker og/eller forsikrede til forsikringsselskapet.⁵⁸

Forsikringsselskapet, eller selskapet som FAL omtaler det som, er «den som ved avtalen påtar seg å yte forsikring», jf. FAL § 10-2 bokstav a.

Forsikringstaker er «den som inngår en individuell eller kollektiv forsikringsavtale med selskapet», jf. FAL § 10-2 bokstav b. Mens forsikrede er den person hvis «liv eller helse forsikringen knytter seg til», jf. FAL § 10-2 bokstav c. Forsikringstaker og forsikrede vil ofte være samme person i personforsikring. Tegner man en forsikring på eget liv er man å regne som både forsikringstaker og forsikrede. Hvis man derimot tegner en barneforsikring på sitt barn så vil barnet være den forsikrede, mens den som har tegnet forsikringen er forsikringstaker.⁵⁹ Siden forsikringstaker og forsikrede i veldig mange tilfeller utgjør en og samme person, vil jeg i den videre drøftelsen benytte begrepet forsikringstaker, så fremt det ikke er av vesensforskjell ut ifra sammenhengen begrepet benyttes.

En forsikringsavtale inngås i veldig stor grad på samme måte som andre avtaler⁶⁰. I de aller fleste av tilfellene tar en potensiell forsikringstaker kontakt med et forsikringsselskap på eget initiativ med spørsmål om å tegne en viss type forsikring.

I forbindelse med inngåelsen av forsikringsavtalen har forsikringsselskapet en informasjonsplikt ovenfor kunden, jf. FAL kapittel 11. Forsikringsselskapet skal «så vidt mulig sørge for at forsikringstageren får råd om dekningen av foreliggende forsikringsbehov», jf. FAL § 11-1 første ledd. Formålet med denne bestemmelsen er at forsikringstaker skal få best mulig informasjon knyttet til hvilket produkt som vil dekke vedkommende sitt behov.⁶¹

⁵⁸ Bull (2008) s. 91.

⁵⁹ Mer om partene i forsikringsforholdet i Bull (2018) s. 90-91

⁶⁰ Bull (2008) s. 89-90.

⁶¹ FAL § 11-1 andre ledd.

Denne informasjonen skal gis av «selskapet»⁶² i forbindelse med tegningen, men så tidlig at kunden har en reell mulighet til å ta stilling til tilbudet forut for avtaleinngåelsen.⁶³

Risikooverføringen til forsikringsselskapet betaler forsikringstaker en premie for. Premiens størrelse avhenger i stor grad på hvor stor risiko forsikringsselskapet mener dekningen av den avtalte risikoen innebærer.⁶⁴

Forsikringsselskapets ansvar begynner «å løpe når forsikringstakeren eller selskapet har godtatt de vilkår som den annen part har stilt», så frem ikke annet følger av lov eller avtale, jf. FAL § 12-2 første ledd.

Forsikringsselskapet skal «legge til grunn den forsikredes helsetilstand på det tidspunkt da forsikringstakeren avga fullstendig søknad om en bestemt forsikring», jf. FAL § 12-1 første punktum. Denne bestemmelsen angir skjæringspunktet for når risikoen går over fra forsikringstaker/den forsikrede til forsikringsselskapet. Siden helsetilstanden kan endre seg, kan dette være av vesentlig betydning. Forsikringsselskapet vil allikevel kunne ha anledning til å ta hensyn til en eventuell helseforverring etter dette tidspunktet, men det forutsetter at det foreligger en sammenheng mellom helseforverringen og helsetilstanden på søknadstidspunktet, jf. FAL § 12-1 andre setning.

Forsikringsavtaleloven inneholder preseptoriske regler som er med på å sette skranker for selskapenes muligheter til å avtale at de skal være ansvarsfri i forbindelse med forsikringstaker eller forsikredes visse handlinger. Lovgiver har valgt å beskytte forsikringstakerne mot at selskapene i forsikringsavtalen tar inn klausuler som avskjærer retten til erstatning i tilfeller hvor forsikringstaker eller den forsikrede er lite å klandre.⁶⁵

En forsikringsavtale skal etter inngåelse bekreftes skriftlig i form av at det utstedes og oversendes et forsikringsbevis til forsikringstakeren/den forsikrede. Forsikringens vilkår skal oversendes sammen med forsikringsbeviset og være omtalt i dette, jf. FAL § 11-2.

⁶² Definisjon av «selskapet» i FAL § 10-2 bokstav a, «den som ved avtalen påtar seg å yte forsikring».

⁶³ NOU 1983:56 s. 53.

⁶⁴ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 439.

⁶⁵ NOU 1983:56 s. 73-74.

3.1 Opplysningsplikten

Forsikringsøkers opplysningsplikt følger av bestemmelser i FAL kapittel 13, § 13-1 a til § 13-13-1 c, jf. § 12-1.⁶⁶

I 2008 ble en ny lovendring⁶⁷ vedtatt, hvor det kom nye bestemmelser om partiell kontraheringsplikt for forsikringsselskapene, jf. FAL § 3-10 og § 12-12. I tillegg til at det ble foretatt endringer i reglene om opplysningsplikt i FAL del B. FAL §§ 13-1, 13-1 b og 13-1 c ble nye bestemmelser, mens det som tidligere hadde vært § 13-1 ved lovendringen ble til § 13-1 a. I tillegg ble § 13-4 noe endret. Endringene i 2008 bygde på NOU 2000:23, samt Ot.prp. nr. 41 (2007-08).

Forsikringsselskapene har et legitimt behov for informasjon omkring forsikringsøkers helse. Denne helseinformasjonen er nødvendig for å vurdere risiko, og for å fastsette forsikringspremie slik at det står i samsvar med den aktuelle risikoen⁶⁸. Risikovurderingen gjøres ved at det generelle risikobildet sammen med selskapenes erfaringer og kunnskap, vurderes sammen med de konkrete opplysninger knyttet til den aktuelle dekningen og forsikringstakeren. I forbindelse med personforsikringer er opplysninger forsikringsselskapet mottar fra forsikringstaker av stor betydning.⁶⁹ Forsikringsselskapene har en lovbestemt plikt til å sørge for at risiko og forsikringspremie står i forhold til hverandre.⁷⁰

Utgangspunktet er at forsikringsselskapet må skaffe seg de opplysninger de trenger for å foreta en risikovurdering gjennom å innhente opplysninger fra den som søker en forsikring, jf. FAL § 13-1 a. Paragrafens første ledd lyder som følger:

«Selskapet kan be om opplysninger som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen.»

⁶⁶ FAL § 12-1 vil bli behandlet mer grundig under oppgavens pkt. 3.3.

⁶⁷ Lov ble endret ved lov nr. 65/2008.

⁶⁸ Røsæg (2009) s. 226.

⁶⁹ Bull (2008) s. 267.

⁷⁰ Omtalt nærmere i NOU 2000:23, kap. 9, pkt. 9.1.1 og kap. 4 pkt. 4.2.

Det er ikke et krav om at opplysningene må ha betydning, det er tilstrekkelig at de «kan ha» betydning for risikovurderingen.⁷¹

Forsikringstaker opplysningsplikt innebærer at man skal svare riktig og fullstendig på de spørsmål som forsikringsselskapet stiller helt frem til selskapet har påtatt seg å dekke forsikringen, jf. FAL § 13-1 a andre ledd, eller avslått søknaden, jf. § 12-12⁷². Hovedregelen vil være at opplysningsplikten er oppfylt i det man i god tro har avlevert fullstendig søknad til forsikringsselskapet, jf. FAL § 12-1, jf. § 13-1.⁷³

Forsikringsselskapet plikter å informere om forsikringstakers opplysningsplikt etter FAL kap 13, jf. FAL § 13-1. Forsikringsselskapet skal også legge ved en skriftlig forklaring på «hvorforselskapet mener spørsmålene har betydning for risikovurderingen, og hvilken betydning svarene kan ha», jf. FAL § 13-1 andre punktum.

Reglens utgangspunkt er at det foreligger en uselvstendig opplysningsplikt for både forsikringstakeren og forsikrede. Det vil si at forsikringstaker og forsikrede kun trenger å svare på de spørsmålene som blir stilt av forsikringsselskapet. De svarene som gis må være riktige og fullstendige, jf. § 13-1 a andre ledd første og annet punktum. Opplysningsplikten gjelder både for forsikringstaker og forsikrede, slik at dersom det tegnes en individuell forsikring på fremmed liv, vil forsikrede også måtte svare på de spørsmål forsikringsselskapet skulle ønske å spørre om. Forutsetningen er da at forsikrede får en direkte forespørsel fra forsikringsselskapet om opplysninger, siden reglene om den uselvstendige opplysningsplikt også medfører at forsikrede ikke har en uoppfordret plikt til å gi opplysninger⁷⁴. I de tilfeller hvor forsikringstaker ikke ønsker at forsikrede skal få vite om forsikringen, så vil forsikringsselskapet kunne ta objektivt risikoforbehold knyttet til forsikredes helse med hjemmel i FAL § 13-5 bokstav b.⁷⁵ Noe som vil bli nærmere behandlet i kapittel 4.1.2.

FAL § 13-1 a andre ledd tredje punktum oppstiller et unntak fra den uselvstendige opplysningsplikten. Paragrafen inneholder en selvstendig opplysningsplikt om at

⁷¹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 445.

⁷² Viser også til NOU 1983:56 s. 86.

⁷³ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 398-399.

⁷⁴ NOU 1983:56 s. 87. Også omtalt i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 444-445, og Bull s. 274.

⁷⁵ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 444-445.

forsikringstakeren skal «gi opplysninger om særlige forhold som de må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen». Forarbeidene⁷⁶ sier at denne opplysningsplikten er et unntak for spesielle tilfeller. Den selvstendige opplysningsplikten krever at det må foreligge «særlige forhold», som forsikringstakeren har positiv kunnskap om og at vedkommende må forstå at dette kan være av «vesentlig betydning» for selskapets vurdering. Opplysninger av vesentlig betydning må være opplysninger som helt klart må fremstå som betydningsfulle for selskapets risikovurdering. Det fremgår av forarbeidene at i ekstreme tilfeller mente utvalget at det må kunne suppleres med alminnelige avtalerettslige prinsipper, når omstendighetene er så spesielle at et forsikringsselskap «ikke med rimelighet kan forventes å ta hensyn til dem når det utformer sitt spørreskjema».⁷⁷ I de svenske forarbeidene er dette illustrert med eksemplet hvor en forsikringstaker vet at han er ettersøkt av en terroristgruppe samtidig som at han tegner en livsforsikring.⁷⁸ Dette tilsier at det skal være en høy terskel for å kunne påberope nettopp dette. På den andre side, forventes det at forsikringstaker ikke skal fortolke spørsmålene på den mest innskrenkende måte, slik at hvis det foreligger interessante opplysninger som vedkommende kjenner til i forlengelsen av selskapets spørsmål må disse opplyses om.⁷⁹

Det som i dag er FAL § 13-1 a ble endret ved lovendringen⁸⁰ i 2008. Tidligere var tilsvarende bestemmelse formulert som at forsikringstaker og forsikrede «av eget tiltak» skulle gi opplysninger, mens det etter lovendringen ble «på oppfordring fra selskapet» at opplysninger skulle gis.

Med denne endringen plasserte man et tydeligere ansvar på den profesjonelle parten, altså forsikringsselskapet.⁸¹

FAL § 13-1c slår fast at forsikringsselskapet ikke kan påberope seg «helseopplysninger som er innsamlet eller unnlatt slettet i strid med lov». I dette ligger det at innsamlet informasjon som vil være brudd på f.eks. personopplysningsloven, helsepersonelloven,

⁷⁶ Ot. Prp. Nr. 49 (1988-89) s. 62-63

⁷⁷ NOU 1983:56 s. 77 pkt. 4.3.2 tredje avsnitt siste setning.

⁷⁸ Bull (2008) s. 272-273.

⁷⁹ Bull (2008) s. 270-271.

⁸⁰ Lovendring nr. 65/2008

⁸¹ Bull (2008) s. 272-273.

diskrimineringsloven og likestillingsloven ikke vil kunne brukes i forbindelse med vurderingen av en forsikringsøknad.⁸²

FAL § 13-1b fastsetter at forsikringsselskapet ikke kan be om helseopplysninger lengre enn ti år tilbake i tid. Denne regelen var ment å skulle kodifisere en uskreven regel som hadde vært praktisert av forsikringsbransjen forut for lovendringen i 2008. Denne ti års regelen gjelder selv om de aktuelle opplysningene skulle kunne ha betydning for risikovurderingen i henhold til FAL § 13-1 a, jf. § 13-1 c.⁸³

3.1.1 Brudd på opplysningsplikten

Hovedreglene om sanksjoner knyttet til brudd på opplysningsplikten følger av FAL § 13-2, § 13-3 og § 13-4.

FAL § 13-2 gjelder nedsettelse av selskapets ansvar når opplysningsplikten er forsømt. Dersom forsikringstaker eller forsikrede har «svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a» følger det av FAL § 13-2 første ledd, at forsikringsselskapet vil være uten ansvar. Med «svikaktig» menes det at man bevisst har hatt til hensikt å skaffe seg en forsikringsavtale man ellers ikke vill ha fått, eller å skaffe seg en bedre avtale enn hva man ville ha fått dersom opplysningsplikten var etterlevd. Det må i den forbindelse være gitt ufullstendige eller uriktige opplysninger bevisst. Den som har gitt disse opplysningene må ha vært klar over at disse ikke var riktige, samtidig som at man har vært klar over at opplysningene ble gitt til et forsikringsselskap. Eksempelvis vil uriktige opplysninger som ble gitt til en lege uten at det var gitt med tanke på forsikring vil ikke bli ansett for å ha opptrådt «svikaktig».⁸⁴

For at forsikringsselskapet skal kunne påberope seg at det er utøvd svik fra forsikringstaker eller forsikrede, må selskapet sannsynliggjøre at det foreligger en klar sannsynlighetsovervekt. Dette har sin naturlige begrunnelse i at det er en meget alvorlig anklage, og konsekvensene vil kunne være meget store⁸⁵. I Rt. 2000 s. 59 (Riksfjord-saken)

⁸² Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 449-450.

⁸³ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 448-449.

⁸⁴ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 453-555.

⁸⁵ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 452-454.

uttalte Høyesterett at svik i medhold av FAL § 13-2 måtte kreve «klar eller sterk sannsynlighetsovervekt».

Etter FAL § 13-2 andre ledd kan også forsikredes uaktsomme forsømmelse av opplysningsplikten sanksjoneres, såfremt det ikke bare er lite å legge forsikringstakeren/forsikrede til last. Det følger implisitt av denne bestemmelsen at så lenge man svarer etter beste evne og det man skulle komme til å svare feil, så blir det ingen sanksjoner så lenge forsikringstaker ikke kan lastes for feilen i det hele tatt eller bare er «lite å legge til last».⁸⁶

Dersom forsikringselskapet skulle bli kjent med at opplysningsplikten er forsømt i forsikringstiden, kan forsikringselskapet si opp avtalen med 14 dagers varsel så fremt forsikringstakeren eller forsikrede «ikke bare er lite å legge [...] til last», jf. FAL § 13-3 første ledd. Har forsikringstaker opptrådt svikaktig kan avtalen sies opp umiddelbart.

FAL § 13-4 første ledd slår samtidig fast at forsikringselskapet ikke kan påberope seg at opplysningsplikten er forsømt hvis de gitte opplysningene var uten betydning for selskapet. Forsømt opplysningsplikt kan heller ikke påberopes dersom forsikringselskapet var kjent med eller burde ha vært kjent med at de opplysningene de fikk var uriktige eller ufullstendige på mottakelsestidspunktet.⁸⁷

3.2 Helseerklærings skjema

Det er den forsikredes helsetilstand som blir avgjørende i forhold til om forsikringselskapet skal la deg tegne en forsikring og på hvilke vilkår innen personforsikring.⁸⁸

Forsikringselskapet kan som nevnt i kapittel 3.1 med hjemmel i FAL § 13-1 a første ledd, «be om opplysninger som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen».

Spørsmålene som forsikringselskapene stiller for å vurdere risikoen er typisk tatt inn i et spørreskjema som forsikringssøkeren skal besvare. Disse kalles egenerklærings skjema eller

⁸⁶ Røsæg (2009) s. 227-228.

⁸⁷ Røsæg (2009) s. 227-229.

⁸⁸ NOU 1983:56 s. 61.

helseerklæring. Spørsmålene som stilles kan være få eller mange, detaljerte eller kun inneholde få kontrollspørsmål, men de skjemaene som benyttes i individuelle personforsikringer i dag er stort sett tilnærmet standardiserte mellom de ulike forsikringsselskapene.⁸⁹

Helseopplysninger innhentet før avtaleinngåelsen har stor betydning i personforsikring. Forsikringsselskapene benytter helseerklæringsskjema for å få mest mulig utfyllende og korrekte opplysninger om helsetilstanden til den forsikrede. Ifølge forarbeidene til lovendringen i 2008⁹⁰, er det i mange tilfeller kun egenerklæringen fra forsikrings søker alene som legges til grunn for forsikringsselskapets risikovurdering. Dersom de svarene de mottar gir grunnlag for det, innhenter selskapet ytterligere informasjon. Det er kun ved særdeles høye forsikringssummer at særskilte undersøke helseundersøkelser blir foretatt ved forsikringstegningen.

Som gjort rede for i kapittel 3.1 er hovedregelen at forsikringstaker/forsikrede har en uselvstendig opplysningsplikt, og at det ikke er nødvendig å oppgi informasjon som ikke ligger innenfor selskapets spørsmål. Det er derfor av vesentlig betydning hvordan spørsmålene stilles og utformes. Forsikringsselskapene kan kun stille spørsmål om forhold som vil ha betydning for vurderingen av risikoen knyttet til den omsøkte forsikringen. Dette vil i personforsikring først og fremst være spørsmål som er knyttet til helse, alder og yrke. Men andre spørsmål kan også være relevante for selskapets risikovurdering. Opplysninger knyttet til ting som ikke har noen betydning for selve risikovurderingen eller som det i henhold til FAL § 13-1 bokstav b og c ikke er lov til å spørre om, kan selskapet derimot ikke be om. Skulle selskapet allikevel ha gjort det, og svarene er uriktige eller ufullstendige, vil dette være uten betydning for selve forsikringsdekningen.⁹¹

Hvor detaljerte spørsmålene er i helseerklæringsskjemaet kan være noe forskjellig mellom de ulike forsikringsselskapene, samt ut ifra hvilken forsikring det er tale om. Spørsmålene i helseerklæringen må være formulert «rimelig konkrete»⁹² Det er med andre ord, ikke

⁸⁹ Bull (2008) s. 270. Også omtalt i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 442.

⁹⁰ NOU 2000:23 pkt. 9.2.1

⁹¹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 443.

⁹² NOU 1983:56 s. 87

anledning til å stille helt åpne spørsmål. Årsaken til det er at slike åpne spørsmål i realiteten kan bety at det blir opp til forsikringstaker å vurdere opplysningenes relevans. Utgangspunktet må være at spørsmålene er utformet så konkret og detaljert at forsikringsselskapet får de nødvendige opplysninger de trenger, uten at svarene blir for skjønnspreget. Skulle spørsmålene som blir stilt være *for* konkrete og presise, vil det igjen kunne føre til at relevante problemstillinger og potensielle sykdommer ikke blir avdekket, slik at det til en viss grad må det aksepteres noen mer generelle og åpne spørsmål for å kunne fange opp mest mulig⁹³. Spørsmålene i helseerklæringsskjemaet er i all hovedsak knyttet til sykehusinnleggelse, besøk hos lege og andre lignende forhold som er lett å konstatere/fastslå⁹⁴. Forsikringsselskapet har anledning til å stille tilleggsspørsmål på bakgrunn av de mottatte svarene. Disse kan stilles både muntlig og skriftlig til forsikringstaker. I tillegg vil de fleste helseerklæringsskjemaene inneholde en fullmakt, hvor forsikringstaker samtykker i at forsikringsselskapet kan innhente ytterligere informasjon fra bl.a. fastlege.⁹⁵

Det eksisterer ikke noe rent saklighetskrav i forhold til utformingen av forsikringsselskapenes spørsmål, ut over at det må redegjøres for deres betydning i forhold til risikovurderingen i henhold til FAL § 13-1 andre punktum. Men dersom det ikke skulle foreligge en saklig sammenheng mellom selskapets risiko og de helseopplysningene som det er spurt om, kan de heller ikke brukes som grunnlag for en høyere forsikringspremie eller en forsikringsnektelse, jf. FAL § 12-12.⁹⁶

3.3 Retningslinjer for helsevurdering

En rekke forsikringsselskaper har sammen opprettet Nemnda for helsevurdering, forkortet NHV. Nemndas formål er å utarbeide veiledende retningslinjer for helsevurdering, med mål om at alle forsikringssøkere skal bli behandlet så likt som mulig. Formålet er videre at kostnaden pga. nye forsikringstakere med høy risiko ikke skal belaste de øvrige

⁹³ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 442-443.

⁹⁴ NOU 2000:23 pkt. 9.2.1.

⁹⁵ Bull (2008) s. 271-272.

⁹⁶ Røsæg (2009) s. 228-229.

forsikringstakerne. Nemnda gir anbefalinger og uttalelser i forbindelse med forsikringsøknader fra forsikringssøkere som har en kompleks helsetilstand, og gir anbefalinger knyttet til bedømmelse av konkrete erstatningssaker dersom det skulle være behov. Retningslinjene fra nemnda blir fortløpende oppdatert i tråd med utviklingen av den medisinske kunnskapen om fremtidig uførhet, dødelighet og sykdomsrisiko innenfor forskjellige helseområdene.⁹⁷

Nemndas retningslinjer er kun veiledende for forsikringsselskapene i deres arbeid med de enkelte sakene. Selve risikovurderingen foretas av det enkelte forsikringsselskapet, men ved tvilstilfelle kan de rådføre seg med nemnda.⁹⁸

Når forsikringsselskapene vurderer risikoen i forbindelse med tegning av en forsikringsavtale, er det en to-delt prosess. Først blir det laget en såkalt premietariff som er basert på statikk knyttet til død, uførhet og lignende i det aktuelle markedet for forsikringen. Deretter blir det foretatt en vurdering knyttet til om den enkeltes risiko avviker i forhold til denne premietariffen. Denne vurderingen baserer seg på forsikringssøkers helsetilstand, de helseopplysninger som fremkommer i helseerklæringen og eventuelle opplysninger fra fastlege. Det kan være aktuelt å tilby forsikring med en tilleggspremie i de tilfeller hvor risikoen er større enn hos normalgruppen. Når selskapet vil ta tilleggspremie er opp til selskapene selv, og det kan variere.⁹⁹

Forsikringsselskapet kan ta forbehold på bakgrunn av opplysninger som fremkommer i forbindelse med søknaden om forsikring i medhold av FAL § 13-5 første ledd bokstav a, jf. FAL §12-12. Dersom forsikringsselskapet kommer frem til at risikoen er forhøyet, kan det være aktuelt å tilby forsikringen til en høyere premie enn normalt for den aktuelle forsikringen. Som nevnt i kap. 3 er det et krav om at det må saklig kunne begrunnes.¹⁰⁰

⁹⁷ Nemnda for helsevurdering: <https://www.finansnorge.no/tema/liv-og-pensjon/helseopplysninger-og-helsevurdering2/helseopplysninger-og-helsevurdering/nemnda-for-helsevurdering/> (sist besøkt 28.04.21)

⁹⁸ Nemnda for helsevurdering: <https://www.finansnorge.no/tema/liv-og-pensjon/helseopplysninger-og-helsevurdering2/helseopplysninger-og-helsevurdering/nemnda-for-helsevurdering/> (sist besøkt 28.04.21)

⁹⁹ NOU 2000:23 pkt. 4.1.2.

¹⁰⁰ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 434.

Et selskaps adgang til å nekte noen en avtale er begrenset, men i ytterste konsekvens kan det bli et spørsmål om å nekte forsikring med hjemmel i FAL § 12-12. Forsikringsselskapene har ikke kontraheringsplikt ved personforsikring, men det følger av bestemmelsens første ledd at en forsikringsnektelse ikke kan skje «uten saklig grunn» så lenge det er snakk om en forsikring på «vanlige vilkår» som tilbys allmenheten¹⁰¹. Med «vanlige vilkår» og «tilbyr allmennheten» menes det at det er snakk om generelle vilkår som blir tilbudt til den vanlige kretsen av kunder selskapet normalt tilbyr sine forsikringer til. Med andre ord kan det forklares med at et forsikringsselskap som kun tilbyr produkter til næringsdrivende, har næringsdrivende som sin «allmennhet».¹⁰²

Tidligere var det ikke noe generelt krav i loven om at en nektelse av forsikring måtte ha en saklig grunn. Selv om det i juridisk teori ble hevdet å gjelde et ulovfestet krav om at det måtte foreligge saklig grunn for å kunne nekte noen å tegne en forsikring.¹⁰³

4 Forbehold knyttet til forsikredes helsetilstand

4.1 Forsikringsavtaleloven § 13-5 første ledd

Hovedregelen om forsikringsselskapets ansvarsbegrensning knyttet til forsikredes helsetilstand er tatt inn i FAL § 13-5 første ledd første punktum. Bestemmelsen lyder:

«Omfatter forsikringen følgen av sykdom eller lyte, kan selskapet ikke ta forbehold om at det er uten ansvar for det tilfelle at sykdommen eller lytet forelå allerede da selskapets ansvar begynte å løpe.»

Denne hovedregelen inneholder med andre ord, et forbud mot objektive helseklausuler i individuelle syke- og livsforsikringer. Det er også et forbud mot klausuler som krever at

¹⁰¹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 432-433.

¹⁰² Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 434.

¹⁰³ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 432-433.

sykdommen må ha «oppstått i forsikringstiden». Uten et slikt forbud, ville det stride mot bestemmelsens hovedregel.¹⁰⁴

Bestemmelsen inneholder ingen nærmere forklaring omkring hva som ligger i begrepet «lyte». Dette er et begrep som ikke benyttes særlig mye i praksis. Begrepets innhold har blitt omtalt i en kjennelse fra trygderetten¹⁰⁵ samt i en lagmannsretts dom¹⁰⁶, hvor man kom til at begrepet favner om tilstander som ikke naturlig faller inn under begrepene sykdom eller, men som samtidig er å anse for å være medisinsk invalidiserende. Det ble også vist til at psykisk utviklingshemming omfattes av lyte-begrepet.

Begrepet «sykdom» er ikke nærmere definert i lovteksten. Ifølge Store medisinske leksikon har begrepet en tendens til å bli utvidet, og det kan sees på som en fellesbetegnelse på tilstander som på en skadelig måte forstyrrer kroppens normale funksjoner. Noen sykdommer påvirker hele kroppen, mens andre bare deler av kroppen. De kan være både fysiske og mentale.¹⁰⁷ Det finnes heller ingen klare holdepunkter for hvordan begrepet «sykdom» skal forstås i lys av FAL § 13-5 verken i forarbeidene eller lovteksten. Det vil derimot kunne foreligge opplysninger i fastlegejournaler, epikriser eller lignede som vil kunne stadfeste om det foreligger «sykdom» eller «lyte».

Det følger av forarbeidene at FAL § 13-5 «må ses i sammenheng med reglene om opplysningsplikt i § 13-1 jf. §§ 13-2 og 13-3, og det vern disse bestemmelsene gir den forsikringstakeren som i aktsom god tro gir uriktige eller ufullstendige opplysninger om helsetilstanden».¹⁰⁸ Det avgjørende er ikke hva som objektivt sett viser seg å være riktig, men hvilken kunnskap forsikringstaker eller forsikrede hadde om helseforholdene.

Forsikringselskapet innhenter relevant helseinformasjon for å kunne foreta en individuell helsebedømmelse, for å kunne avgrense sitt ansvar mot sykdom som allerede foreligger ved tegningen.¹⁰⁹

¹⁰⁴ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 477.

¹⁰⁵ TRR-1998-494.

¹⁰⁶ LA-2008-73804.

¹⁰⁷ Store medisinske leksikon, <https://sml.snl.no/sykdom> (sist besøkt 10.03.21)

¹⁰⁸ Ot.prp.nr. 49 (1988-1989) s. 122

¹⁰⁹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 477-478.

FAL 1989 innførte som redegjort for foran, bestemmelser om opplysningsplikt¹¹⁰ for den forsikrede. Samtidig fikk vi bestemmelser som avskar eller begrenset selskapenes mulighet til å nekte ansvar for sykdom som var til stede på tegningstidspunktet såfremt opplysningsplikten var etterlevd. Til tross for at forsikringsselskapene i utgangspunktet selv kan fastsette sine forsikrings dekningsfelt så følger det av FAL § 10-3 at «når ikke annet er sagt, kan bestemmelsene i del B ikke fravikes til skade for den som utleder rett mot selskapet av forsikringsavtalen». Forsikringsselskapene kan i lys av dette, ikke fraskrive seg ansvar for sykdom som er oppstått før deres ansvar begynte, hvis de først har overtatt risikoen for sykdom.¹¹¹

Det er imidlertid gjort enkelte unntak for forbudet mot objektive helseklausuler i paragrafens første ledd bokstav a og b.

4.1.1 Bokstav a, forbehold knyttet til opplysninger

Etter FAL § 13-5 første ledd bokstav a kan forsikringsselskapet ta forbehold knyttet til «opplysninger som selskapet har fått om den forsikrede».

Hensikten med selskapenes adgang til å innhente helseopplysninger forut for tegningen av en forsikring er å kartlegge om det foreligger økt sykdom- eller dødsrisiko slik at man enten vil avslå å inngå avtale om den søkte forsikringen eller vil tilby dekning, men med forbehold knyttet til akkurat denne økte risikoen. Et eventuelt forbehold tas inn i forsikringsavtalen med hjemmel i FAL § 12-12.¹¹²

Det følger av ordlyden at forbeholdet må være basert på «opplysninger» mottatt om forsikrede i forbindelse med helsevurderingen. Skulle helsevurderingen avdekke at forsikrede har hatt plager av en slik art at de kan ta forbehold, må forbeholdet tas før forsikringsselskapet

¹¹⁰ Se. Pkt. 3.1 om opplysningsplikt.

¹¹¹ NOU 1983:56 s. 78-79.

¹¹² NOU 1983:56 s. 54. Også omtalt i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 478.

aksepterer å inngå forsikringsavtalen, jf. FAL § 13-1. Forbeholdet må fremgå av forsikringsbeviset, jf. FAL § 11-2 andre ledd bokstav b.¹¹³

Dersom selskapet ikke har tatt inn et slikt forbehold i forsikringsbeviset, vil selskapets adgang til å kunne påberope seg det senere være begrenset, jf. FAL § 11-2 fjerde ledd.

4.1.2 Bokstav b, forbehold knyttet til særlige grunner

Det andre unntaket fra hovedregelen er tatt inn i første ledd bokstav b.

Bestemmelsen åpner for at forsikringsselskapet kan ta forbehold om at de er uten ansvar for sykdommer som foreligger når forsikringen blir tegnet når selskapet av

«særlige grunner er avskåret fra å innhente opplysninger fra den forsikrede.»

Men etter andre punktum i bestemmelsen vil selskapet likevel være ansvarlig

«for sykdom eller lyte som den forsikrede ikke hadde kjennskap til da selskapets ansvar begynte å løpe.»

Bestemmelsen sier ikke noe nærmere om de situasjoner hvor den kan få anvendelse, men det følger av ordlyden «særlige grunner» at det er en høy terskel for at denne skal kunne anvendes, dvs. at det faktisk er tilnærmet umulig å skaffe opplysninger tilknyttet risikoen.¹¹⁴

Forarbeidene sier at denne bestemmelsen i all hovedsak vil komme til anvendelse når det inngås forsikring på tredjemanns liv, og selskapet i den forbindelse er avskåret fra å hente inn opplysninger. Noe som kan skyldes at vedkommende ikke ønsker å medvirke til å oppgi opplysninger eller at det finnes andre grunner som hindrer innhenting av opplysninger.¹¹⁵

Eksempler på situasjoner hvor dette kan være aktuelt er at forsikringstaker ikke ønsker at forsikrede skal vite om forsikringen, eller at en forsikring tegnes på en tidligere ektefelle som ikke ønsker å bidra med opplysninger. I slike tilfeller vil et forsikringsselskap ha behov for å

¹¹³ NOU 1983:56 s.54. Også omtalt i Brynildsen, Lid og Nygård (2014), s. 478.

¹¹⁴ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 479.

¹¹⁵ NOU 1983:56 s. 90-91. Også omtalt i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 479.

forbeholde seg ansvarsfrihet dersom et forsikringstilfelle skulle skyldes tidligere sykdom eller lyte som forelå hos forsikrede på tegningstidspunktet.¹¹⁶

Forsikringsselskapet vil allikevel være ansvarlig i tilfeller hvor de var avskåret fra å «innhente opplysninger fra den forsikrede», om den forsikrede hadde en sykdom som «den forsikrede ikke hadde kjennskap til da selskapets ansvar begynt å løpe». Bestemmelsen i bokstav b andre punktum er med å begrense første punktum. Det følger av ordlyden i andre punktum at det kreves at den forsikrede må ha hatt «kjennskap» til sykdommen for at forsikringsselskapet skal kunne påberope seg ansvarsfrihet.¹¹⁷ Dette har en naturlig sammenheng med at dersom forsikrede selv ikke kjente til at han var syk, så kunne han heller ikke ha opplyst om det, og da kunne heller ikke forsikringsselskapet ha tatt forbehold om dette selv om de hadde hentet inn opplysninger fra forsikrede før tegning.¹¹⁸ Ifølge forarbeidene må dette sees på som et utslag av prinsippet om at det er selskapet som har risikoen for sykdom eller lyte som forelå ved tidspunktet for avtaleinngåelsen – og ikke forsikringstaker.¹¹⁹ Forsikringstakers kunnskap på dette tidspunktet er uten betydning i dette tilfelle, men feilaktige opplysninger vil kunne bli rammet av reglene om forsømmelse av opplysningsplikten, jf. § 13-2, jf. § 13-1 a.¹²⁰

Anvendelsesområdet til FAL § 13-5 første ledd bokstav b kan tenkes å være noe begrenset i dag. I dagens samfunn er det vanskelig å tenke seg at man særlig ofte kan være «avskåret fra å innhente opplysninger» pga. at noen befinner seg i utlandet eller andre steder uten å kunne nås. Den teknologiske utviklingen og tilgjengeligheten av hjelpemidler har gjort informasjonsutvekslingen mellom menneske lettere. I dag vil de aller fleste også fylle ut helseerklæringskjema via forsikringsselskapenes nettløsning, og ikke være avhengig av å ha en papirversjon i hendene for å fylle ut egenerklæring. Kommunikasjon med fastlege og andre aktører, foregår også i stadig økende grad kunne kommunikasjon via teknologiske hjelpemidler i tilfeller hvor man ikke er avhengig av å foreta kliniske undersøkelser eller møtes personlig.

¹¹⁶ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 479-480.

¹¹⁷ NOU 1983:56 s. 90-91.

¹¹⁸ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 480-481.

¹¹⁹ NOU 1983:56 s. 91.

¹²⁰ Omtalt i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 480

Det vil allikevel fortsatt kunne tenkes å være enkelte tilfeller hvor man vil ha behov for å ta slike forbehold også i dag. I noen tilfeller ønsker man ikke at forsikrede skal være involvert, og i slike tilfeller er denne bestemmelsen viktig for at det skal kunne være mulig å tegne en slik forsikring. Dersom det ikke hadde vært adgang til å innta objektive risikoforutsetninger i forbindelse med forsikringer på tredjemanns liv hadde det lite trolig vært en forsikringsdekning som selskapene ville ha tilbudt til sine kunder, siden det ville ha innebært at forsikringsselskapet måtte ha tatt en slik risiko.¹²¹

4.2 Forsikringsavtaleloven § 13-5 andre ledd

Som gjort rede for tidligere i oppgaven er hovedregelen at forsikringsselskapet er ansvarlig for sykdom eller lyte som allerede foreligger på tidspunktet for når forsikringen tegnes, så fremt det ikke finnes unntak som tillater en ansvarsbegrensning. Et viktig unntak fra denne hovedregelen er tatt inn i paragrafens andre ledd som lyder:

«Ved sykeforsikring kan selskapet i vilkårene forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt. Tilsvarende gjelder ved uføredekning i tilknytning til livsforsikring.»

Bestemmelsen kalles ofte symptomklausul. Bestemmelsen er generelt utformet¹²², og reiser spørsmål knyttet til dens virkeområde, hva som ligger i vilkårene «bestemt tidspunkt», og «symptom»-begrepet. Et annet viktig spørsmål i forbindelse med denne bestemmelsen er for hvor lang tid et forsikringsselskap kan fraskrive seg ansvar uten å komme i konflikt med FAL sine preseptoriske prinsipper og hovedregelen i første ledd som forbyr objektive helseklausuler. For å kunne belyse dette, må vi se hen til rettspraksis. En viktig avgjørelse her er Rt. 2015 s. 695. Jeg vil komme grundig tilbake til denne avgjørelsen i pkt. 4.2.3.

Som tidligere omtalt i pkt. 2.2.1 gir sykeforsikring forsikrede et visst beløp per sykedag, og er en ren risikoforsikring. En sykeforsikring kan også være en uføredekning. I bestemmelsens andre ledd annet punktum understrekes det at uføredekninger i livsforsikring også åpner for en symptomklausul.

¹²¹ NOU 1983:56 s. 90.

¹²² Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 481.

Bestemmelsen forutsetter at forsikringsselskapet i vilkårene angir et tidsrom etter avtaleinngåelsen (så kalt karenstid) hvor det ikke vil være ansvarlig for sykdom som har vist symptomer før tegningen. Får symptomklausulen anvendelse innebærer det at forsikringsselskapet ikke hefter for sykdom eller uførhet som oppstår i den angitte tidsperiode etter at forsikringsavtalen ble inngått.¹²³

Hensikten bak å tillate symptomklausuler er å hindre spekulasjoner mot forsikringsselskapet ved at personer tegner forsikring i det man begynner å kjenne symptomer på sykdom. Symptomer som det objektivt sett vil være vanskelig for selskapet å bevise¹²⁴. Med bestemmelsen om symptomklausul har man hatt til hensikt å begrense forsikringsselskapets ansvar i de tilfeller hvor symptomene har vært så svake at de ikke har blitt fanget opp gjennom helseerklæringsskjemaene. Man har ment å forhindre at forsikringsselskapene skal bli ansvarlige i de tilfeller hvor forsikrede har «kjent på noe» forut for at sykdommen har oppstått.¹²⁵

Det følger av ordlyden at et forbehold må tas inn i forsikringsvilkårene, og som nevnt tidligere må det fremheves i forsikringsbeviset, jf. FAL § 11-2 annet ledd bokstav b.

Det følger av FAL § 13-5 andre ledd at «tilsvarende gjelder ved uføredekning i tilknytning til livsforsikring». Det vil si at i livsforsikring er det kun tillatt med symptomklausul for så vidt gjelder den uføredekningen som i noen tilfeller er en del av en livsforsikring. Etter FAL § 19-10 som gjelder kollektive forsikringer, kan et forsikringsselskap ved kollektiv livsforsikring avtale at det skal være ansvarsfri for «arbeidsuførhet» som inntreer innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe og som skyldes sykdom eller lyte som hadde på dette tidspunktet – og som det må antas medlemmet kjente til. Det vil si at ved enkelte kollektive dekninger kan selskapet forbeholde seg å være ansvarsfri i en karenperiode på to år mens FAL § 13-5 andre ledd, som gjelder individuelle dekninger, ikke inneholder noen tilsvarende ytre grense, men bare sier at selskapets ansvar først begynner å løpe etter et bestemt tidspunkt. Jeg kommer tilbake til dette nedenfor i kapittel 4.2.2.1.

¹²³ Bull (2008) s. 300-301.

¹²⁴ Bull (2008) s. 301.

¹²⁵ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s.481-482.

4.2.1 Symptomer og symptomklausul

Hverken lovteksten eller forarbeidene gir noen klar definisjon eller klare holdepunkter for å fastsette «symptom»-begrepets innhold. Rettspraksis ser heller ikke ut til å ha problematisert begrepets innhold i tilknytning til FAL § 13-5 andre ledd.

I henhold til Store medisinske leksikon¹²⁶ er symptom «en subjektiv opplevelse av at noe er unormalt med en selv». Symptomer på sykdom kan utvilsom oppfattes ulikt og det som er et symptom på sykdom hos noen, kan være tegn som andre ikke nødvendigvis legger så godt merke til eller reflekterer videre om. Det at symptomer ofte kan være en subjektiv opplevelse taler for at det kan være vanskelig å avgjøre hva som er et symptom. Det må bero på en konkret helhetsvurdering.¹²⁷

Det kreves imidlertid ikke at sykdommen er blitt diagnostisert i karenperioden, men det må foreligge symptomer som har vist seg i denne perioden. I FSN 6426 uttalte nemnda at «det er tilstrekkelig at man i ettertid forstår at forhold som viste seg i karenstiden, i virkeligheten var symptomer på den lidelsen som senere diagnostiseres»¹²⁸. Dersom forsikringsselskapet mener at det foreligger et «symptom» i karenstiden er det forsikringsselskapet som må sannsynliggjøre/bevise at så er tilfellet, og det må bero på en konkret helhetsvurdering.¹²⁹

Det følger av ordlyden, «sykdom som har vist symptomer», at det stilles krav om at det må foreligge årsakssammenheng mellom symptom og sykdommen som har ført til forsikringstilfellet. Når selve forsikringstilfellet inntreffer, er ikke avgjørende. I sykeavbruddsforsikringer vil forsikringstilfellet normalt være knyttet til midlertidig uførhet i form av en sykmelding. I en uføredekning vil derimot forsikringstilfellet være knyttet opp til varig uførhet hvor forsikrede vanligvis må ha vært minst 50 % ufør i to år først som i tillegg er ansett for å være varig. Når et forsikringstilfelle skjer, må man da gå tilbake for å undersøke om symptomene til sykdommen viste seg i karenstiden. For selskapet vil det være aktuelt å undersøke om fastlegens journaler har opplysninger om eventuelle symptomer og om vedkommende har vært henvist til andre leger for undersøkelse. Det er allikevel ikke et

¹²⁶ Store medisinske leksikon, symptom: <https://sml.snø.no/symptom> (besøkt sist: 25.04.21)

¹²⁷ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 486.

¹²⁸ I FSN 2947 bekreftes det også at det er symptomene som må ha vist seg i karenstiden.

¹²⁹ FSN 6587.

krav om at vedkommende skal ha oppsøkt lege, eller at det har vært grunnlag for sykmelding i karensperioden¹³⁰. Men det vil naturlig nok være slik at det vil være lettere for forsikringsselskapet å oppfylle sin bevisføringsplikt om symptomer har vært til stede dersom slikt kan dokumenteres med legebesøk eller lignende.

En symptomklausul vil kunne ramme symptomer som var så lite fremtredende at de ikke har blitt fanget opp ved besvarelsen av spørsmålene i en helseerklæring, men som har utviklet seg til å bli sykdom kort tid etter inngåelsen av forsikringsavtalen. Selve bestemmelsen kan sies å inneholde en presumsjon for at dersom den forsikrede blir syk kort tid etter at forsikringen ble tegnet, så må vedkommende har hatt en anelse om dette forut for at forsikringsavtalen ble inngått. Det presumeres med andre ord at vedkommende har hatt mistanke.¹³¹

Siden det er symptomene som må ha oppstått i karensperioden, og ikke selve sykdommen, kan man tenke seg at dette kan fremstå som urimelig ovenfor forsikringstaker dersom vage og ikke spesielt alvorlige symptomer skulle vise seg å materialisere seg til sykdom først lang tid i senere. Jeg kan allikevel ikke se at dette har vært en aktuell problemstilling som har vært behandlet verken i nemndspraksis eller av domstolene, slik at et slikt tenkt scenario har muligens ikke blitt satt på spissen.

4.2.2 «Bestemt tidspunkt»

Forsikringsselskapet kan «forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt», jf. FAL § 13-5 andre ledd.

Ordlyden inneholder ingen klare holdepunkter eller begrensinger med hensyn til ansvarsbegrensningens skjæringspunkt, annet enn at det er tale om at selskapet vil være ansvarlig etter «et bestemt tidspunkt». Ordlyden reiser dermed spørsmål om når disse symptomene må ha startet, og hvor langvarig et slikt ansvarsunntak kan være, dvs. fra hvilket tidspunkt selskapet vil være ansvarlig.

¹³⁰ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 486. Uttalt også delvis i FSN 6587.

¹³¹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 486-487.

Før år 2000 tolket forsikringsselskapene og FSN (tidligere forsikringsskadenemnda) FAL §13-5 andre ledd slik at den omfattet alle symptomer som forelå før/ved forsikringstegningen. Dette til tross for at mange symptomer kunne ha vært fanget opp gjennom helseerklæringen¹³². I FSN 2293 hadde forsikrede blitt sykmeldt pga. akutte nakkesmerter. Forsikrede hadde tidligere også hatt nakkeplager, og i forsikringsavtalen hadde forsikringsselskapet inntatt reservasjon for sykdom som hadde vist symptomer «de første 30 dager [...] eller tidligere». Nemnda mente at det ikke var i strid med § 13-5 andre ledd å innta et slikt forbehold.

Nemnda endret imidlertid standpunkt i avgjørelsen FSN 3518 som kom i 2000. Her hadde forsikrede tegnet en sykeavbruddsforsikring som inneholdt en bestemmelse om en karenperiode på tredive dager. I sin begrunnelse sier nemnda uttrykkelig at den ikke lengre kunne opprettholde sitt tidligere standpunkt.

«Etter en rent språklig tolkning av ordlyden settes det ingen begrensning fra hvilket tidspunkt symptomer kan påberopes, og nemnda har tidligere akseptert at det i vilkårene kan tas forbehold for symptomer som har foreligget forut for tegningen. Denne forståelse kan imidlertid nemnda ikke holde fast ved.»

I saken var det ikke hentet inn helseopplysninger gjennom helseerklæring. Videre i begrunnelsen uttales det:

«Symptomklausulen forutsettes å supplere helseerklæringen i en overgangsperiode ved og etter tegningen av forsikringen. Den er ikke ment å kunne hjemle ansvarsfritak for sykdommer som allerede hadde manifestert seg med symptomer på slik måte og så tidlig at de kunne ha vært oppfanget gjennom vanlig helseerklæring. Bestemmelsen i annet ledd må på denne bakgrunn tolkes i samsvar med intensjonen, ikke etter sin ordlyd.»¹³³

Den samme forståelsen av § 13-5 andre ledd første punktum er lagt til grunn av Høyesterett i Rt. 2015 s. 695, som jeg vil komme tilbake til.

¹³² Dette ble bl.a. lagt til grunn i FSN 2293.

¹³³ FSN 3518.

Samme standpunkt er uttalt av Brynildsen, Lid og Nygård (2014):

«Det er på det rene at ordlyden må undergis en innskrenkende fortolkning. Skulle livselskapet gjennom objektive klausuler kunne forbeholdt seg ansvarsfrihet for sykdommer som allerede hadde manifestert seg gjennom uttalte symptomer lang tid forut for tegning, ville hovedregelen i første punktum om forbud mot objektive helseklausuler bli helt uthult.»¹³⁴

Bull (2008)¹³⁵ uttaler på sin side:

«Hensikten med symptomklausul-unntaket er å hjelpe selskapet med spekulasjonsfaren. Kan selskapet gjennom ordinær bruk av opplysningspliktreglene skaffe seg nødvendig informasjon, er det ikke grunn til å la seg støtte seg på en objektivisert symptomklausul.»

Dersom forsikringsselskapene skulle kunne påberope seg ansvarsfrihet i alle tilfeller hvor det har vært en eller annen form for symptom på en sykdom, ville det bety at innhenting av helseopplysninger ikke ville være nødvendig. Forsikringsselskapene ville da kun være ansvarlig for sykdommer som viste symptomer etter at forsikringsavtalen hadde blitt tegnet.¹³⁶

I FSN 3528 hadde forsikringsselskapet i vilkårene tatt forbehold om at de «bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter at forsikringen trådte i kraft». Selskapet hadde ikke bedt om helseopplysninger ved avtaleinngåelsen. Nemnda kom til at en så vid symptomklausul ikke hadde hjemmel i lov, og viste bl.a. til sin uttalelse i FSN 3518. Nemnda mente at når selskapet hadde unnlatt å hente inn helseopplysninger, kunne de ikke påberope seg en slik objektiv symptomklausul. I begrunnelsen fremhevet nemnda at FAL § 13-5 andre ledd må forstås slik at den kun kommer til anvendelse i de tilfeller hvor symptomene har vist seg så sent at de ikke kunne ha blitt fanget opp av helseerklæringen. Hadde forsikringsselskapet spurt om helseopplysninger, hadde de fått kunnskap om forsikredes HIV diagnose.

¹³⁴ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 481.

¹³⁵ Bull (2008) s. 301.

¹³⁶ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 483.

I FSN 6283 hadde forsikrede levert en «ren» helseerklæring, og forsikringsselskapet mente at forsikrede hadde gitt uriktige opplysninger selv om det ikke forelå svik og ikke kunne påberopes etter FAL § 13-4 andre ledd. Nemnda viste i sin avgjørelse til FSN 3518, og at symptomklausulen ikke kom til anvendelse ved sykdom «som har manifestert seg med symptomer så tidlig at sykdommen kunne ha vært fanget opp ved en vanlig helseerklæring.»

Den nærmere grensdragning mellom hva som faller inn under reglene om opplysningsplikt og bruken av symptomklausulen må fastsettes ut fra de konkrete omstendighetene i den enkelte sak. Dersom opplysningsplikten er tilstrekkelig for å sikre at forsikringsselskapet kan få den nødvendige informasjonen, kommer ikke symptomklausulen til anvendelse.¹³⁷ Dette har nemnda slått fast ved flere anledninger.¹³⁸

En slik tolkning har også støtte i utformingen av karensklausulen i FAL § 19-10 som gjelder for kollektive livsforsikringer. Ved slike forsikringer er det, som tidligere nevnt, ikke vanlig å innhente helseerklæringer. Det er derfor naturlig at lovgiver her har gitt forsikringsselskapene en videre adgang til å avtale ansvarsfrihet i de kollektive livsforsikringene uten fullstendige risikoopplysninger enn i de individuelle forsikringene hvor man har mulighet til å innhente slike risikoopplysninger.¹³⁹

4.2.2.1 Karenstidens lengde

Bestemmelsen er taus omkring hvor lang tid ansvarsbegrensningen skal kunne gjelde.

I vilkårene for sykeavbruddsforsikring er det normalt tatt inn en bestemmelse som etablerer en ansvarsbegrensning for så vidt gjelder sykdom som inntreffer innen 30 dager etter inngåelsen av forsikringen som skyldes symptomer som den forsikrede hadde da forsikringen ble tegnet. Dersom en slik forsikring hadde hatt en lengre karenperiode, ville det ha kunnet påvirke salgbarheten til forsikringen. I forsikringstypen «kritisk sykdom» som gir en

¹³⁷ Bull (2008) s. 301. Omtalt også i Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 484.

¹³⁸ Denne forståelsen er av nemnda opprettholdt bl.a. i FSN 4456, FinKN-2011-367, FinKN-2012-54. Fellesnevneren for disse sakene var at symptomklausulen ikke kom til anvendelse, men opplysningspliktens regler i FAL.

¹³⁹ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 481.

engangsutbetaling om forsikrede får en av nærmere angitte alvorlige sykdommer, er det vanlig med karenstid i seks måneder.¹⁴⁰

I kollektive livsforsikringer følger det av § 19-10 at forsikringsselskapene kan benytte en karenstid på to år. I disse dekningene er det ikke vanlig å innhente helseerklæringer på samme måte som i de individuelle dekningene. Dersom individuelle forsikringer som innebærer fullstendige risikoopplysninger skulle kunne ha en lengre karenperiode enn de kollektive dekningene som ikke har de samme risikoopplysningene, ville det være i strid med hensikten bak de ulike type dekningene. Siden FAL § 13-5 andre ledd er taus om hvor lenge forbeholdet gjelder, er det nærliggende å legge til grunn at lovgiver ønsket at selskapene selv skulle kunne avgjøre karenstidens lengde. Bull¹⁴¹ mener at karenstidens lengde ikke bør være over to år, men at den burde være kortere. Videre anføres det at selskapene i all hovedsak opererer med en karenstid på mellom tre til seks måneder. Med bakgrunn i symptomklausulens formål som er å hindre spekulasjon, vil det være naturlig å tolke det slik at karenstiden ikke bør kunne overstige den perioden man anser spekulasjonsfaren for å være til stede.¹⁴²

Brynildsen, Lid og Nygård (2014)¹⁴³ anser faren for spekulasjon til å kunne være større i en sykeavbruddsforsikring enn i en uføredekning i en livsforsikring. Dette begrunnes med at for en uføredekning i en livsforsikring vil det i vilkårene ofte være et krav om ervervsmessig uførhet minimum 50 % i en periode på to år. I en sykeforsikring vil det derimot være tale om en midlertidig arbeidsuførhet gjennom en sykemelding. Kjenner man tegn på influensa, skal man ikke kunne skyndte seg å tegne forsikring for å sikre seg mot inntektstap. I en slik situasjon anfører Brynildsen, Lid og Nygård (2014) at det ville vært umulig for forsikringsselskapet å kunne sannsynliggjøre at symptomene var til stede og at opplysningsplikten var forsømt.

¹⁴⁰ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 485-486.

¹⁴¹ Bull (2008) s. 302.

¹⁴² Bull (2008) s. 302.

¹⁴³ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 487.

4.2.3 Rt. 2015 s. 695 og senere rettspraksis

Som nevnt i kapittel 4.2.2 hadde Finansklagenemnda og nemndas rettsforjengere fra år 2000 inntatt det standpunkt at symptomklausuler etter § 13-5 andre ledd ikke fikk anvendelse når selskapet kunne ha innhentet helseopplysninger som ville ha satt selskapet i stand til å vurdere forsikredes helse. Dette standpunktet kom til prøving i Rt. 2015 s. 695.

Saken gjaldt rekkevidden av en karensklausul i en barneforsikring. Foreldrene hadde tegnet en forsikring som gav rett til erstatning ved medisinsk invaliditet.

I forsikringsvilkårene var det inntatt følgende karensklausul:

«Forsikringen gir ikke rett til utbetaling ved sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist tegn og /eller symptomer innen en viss tid (karenstid) etter at innsendt helseerklæring er mottatt av selskapet. [...] Karenstiden er for barn 4 år og eldre: 3 måneder.»

Etter utløpet av karenstiden fikk barnet diagnosen ME. Symptomer på sykdommen hadde vist seg allerede før forsikringen ble tegnet, men partene var enige om at opplysningsplikten ikke var brutt. Forsikringsselskapet gjorde gjeldende at symptomklausulen fikk anvendelse fordi de symptomene forsikrede hadde hatt var for vage til at de hadde kunnet blitt fanget opp av spørsmålene som var stilt i helseerklæringsskjemaet.

Finansklagenemnda¹⁴⁴ ga forsikrede medhold. Nemnda viste til at symptomene på ME forelå før forsikringen ble tegnet, og når det ikke forelå brudd på opplysningsplikten hadde forsikringsselskapet ikke hjemmel til å begrense sitt ansvar. Det ble vist til flertallet sin uttalelse i FinKN-2011-367, hvor det fremgår

«både av forarbeidene, nemndspraksis og juridisk teori at begrensingsregelen i fal. § 13-5 annet ledd må ses i sammenheng med reglene om forsikringstakers opplysningsplikt og selskapets adgang til å ta forbehold, eventuelt avslå forsikring, som følge av opplysninger som selskapet har fått om den forsikrede. Ordlyden i § 13-5 annet ledd må derfor tolkes i samsvar med de begrensninger som følger av paragrafens

¹⁴⁴ FinKN-2012-471.

første ledd. Etter ordlyden i første ledd kan selskapet ikke ubetinget ta reservasjon mot sykdommer hvor symptomer har vist seg før tegningen.

Symptomer på ME forelå som nevnt før forsikringen ble tegnet, men det er enighet om at det ikke foreligger brudd på opplysningsplikten. Når så er tilfelle kan i utgangspunktet ikke karenstidbestemmelsen benyttes, og selskapet har da ikke hjemmel til å begrense sitt ansvar.»¹⁴⁵

Selskapet opprettholdt sitt avslag, og forsikrede reiste søksmål. Tingretten¹⁴⁶ kom til samme resultat som Finansklagenemnda. Lagmannsretten¹⁴⁷ frifant imidlertid selskapet fordi retten mente at det var «anledning til å anvende symptomklausuler i tilfeller der symptomer på sykdommen også forelå før helseerklæring ble avgitt, men hvor disse symptomene var så vage og uklare at de ikke var omfattet av opplysningsplikten.»

Lagmannsretten mente at tingrettens resultat ikke kunne være i tråd med lovgivers begrunnelse for bruk av symptomklausulen. Det ble påpekt at dersom en forsikringstaker som opplevde ny-oppståtte symptomer etter at forsikringsavtalen var inngått, ble stående uten dekning som følge av karenstiden, ble det helt feil at en annen forsikringstaker som hadde symptomer allerede før forsikringen ble tegnet, kunne få erstatning.

En enstemmig Høyesterett avgjorde saken i favør av forsikrede. Høyesterett uttaler i dommen¹⁴⁸

«Fra denne hovedregel må det for det første gjøres unntak for tilfeller hvor det foreligger brudd på forsikringstakerens eller den forsikredes opplysningsplikt, se § 13-2. For det andre må det gjøres unntak for tilfeller hvor det er tatt forbehold etter § 13-5 første ledd andre punktum bokstav a eller b eller etter § 13-5 andre ledd.»

Her slår Høyesterett fast at det må foretas en innskrenkende tolkning av § 13-5 andre ledd ved at denne bestemmelsen må harmoniseres med lovens øvrige preseptoriske bestemmelser.

¹⁴⁵ FinKN-2012-471.

¹⁴⁶ TOSLO-2013-83794

¹⁴⁷ LB-2013-209687.

¹⁴⁸ Sitat hentet fra Rt. 2015 s. 695 avsnitt nr. 26.

Høyesterett la videre til grunn at en karensklausul ikke må tolkes slik at symptomer som hadde vist seg allerede før forsikringen ble tegnet faller utenfor. I stedetfor måtte FAL § 13-5 andre ledd forstås slik at den omfatter sykdom som loven gir adgang til å ta forbehold for.¹⁴⁹

Høyesterett viser i sin begrunnelse til at «det finnes intet i ordlyden som tilsier at adgangen til å avtale karenstid er begrenset til sykdom som ikke har vist symptom før etter forsikringstegningen.»¹⁵⁰ Videre viser Høyesterett til at uttalelser fra forarbeidene¹⁵¹ heller ikke taler for at det er noe vilkår at symptomene først har vist seg etter at forsikringen ble tegnet.

Høyesterett fastslo med denne avgjørelse at sykdom som har vist symptomer før forsikringen ble tegnet og som kunne ha vært fanget opp ved spørsmål fra forsikringsselskapet, avskjærer selskapet fra å gjøre gjeldende en karensklausul etter FAL § 13-5 andre ledd¹⁵². Med denne avgjørelsen, fikk man stadfestet en langvarig og fast klagenemndspraksis helt siden 2000 som innebar at det ikke kan tas objektive forbehold for sykdomstilstander som kunne ha vært fanget opp gjennom opplysningsplikstens regler.¹⁵³

Etter avgjørelsen i Rt. 2015 s. 695 har rekkevidden av en symptomklausul med hjemmel i § 13-5 andre ledd i en sykeforsikring blitt behandlet av Agder lagmannsrett i 2018, LA-2018-65930 (i den videre fremstillingen omtalt som Agder-saken). Her kom retten til at forsikringsselskapet kunne anvende symptomklausulen.

Saken gjaldt en forsikring som ble tegnet i oktober 2015, tidligere samme år hadde forsikrede vært sykmeldt pga. infeksjon, fått fjernet livmor og i en periode vært plaget med bl.a. brystmerter. Før tegningen av forsikringen fikk hun utført CT undersøkelse av hjertet uten at det ble gjort noen funn. Forsikringsselskapet tok ved avtaleinngåelsen i forsikringsbeviset reservasjon for brystkreft. Etter at forsikringsavtalen var inngått opplevde forsikrede økende plager i form av brystmerter, svimmelhet og tung pust. Hun kontaktet en klinikk i Danmark for en ny vurdering av sin helsetilstand, fikk påvist misdannelser i hjertet, og fikk utført en

¹⁴⁹ Dommens avsnitt nr. 29.

¹⁵⁰ Dommens avsnitt nr. 31.

¹⁵¹ NOU 1983:56 s. 58. Omtalt i dommens avsnitt nr. 33.

¹⁵² Dommens avsnitt nr. 35.

¹⁵³ Se uttalelser FinKN-2011-367, FinKN-2012-54, FinKN-2012-381

by-pass operasjon i Danmark. I ettertid ble CT-bildene som ble tatt forut for forsikringstegningen vurdert på nytt, og man kom til at resultatene fra undersøkelsen ikke hadde blitt tolket korrekt.

Forsikringsselskapet påberopte seg ansvarsfrihet med henvisning til symptomklausulen som gikk ut på at selskapet ikke skulle være ansvarlig for forhold som skyldtes sykdom eller lidelse som viste seg innen tre måneder etter at forsikringsavtalens inngåelse.

Her var det uenighet mellom partene om symptomene på hjertesykdommen hadde vist seg før forsikringstegningen på en slik måte at den med rimelighet kunne ha vært fanget opp ved spørsmål fra forsikringsselskapet. I sin drøftelse foretok lagmannsretten en sammenligning av de faktiske omstendighetene i Rt. 2015 s. 695 og Agder-saken. I begge sakene var det enighet mellom partene om at opplysningsplikten ikke var brutt. Et annet likhetstrekk mellom saksforholdene var at forsikrede i begge tilfellene fikk påvist diagnosen etter inngåelsen av forsikringsavtalen. Noe som skilte sakene, var derimot at i Agder-saken var forsikredes symptomer i form av uspesifikke brystmerter blitt fanget opp forut for avtaleinngåelsen. Forsikringsselskapet var således kjent med de undersøkelser som var foretatt i den forbindelse. Det at de helseundersøkelsene som hadde blitt foretatt forut for tegningen ved en feiltakelse ikke hadde avdekket den medfødte hjertefeilen, ble ikke tillagt vekt.

I Rt. 2015 s. 695 kom Høyesterett til at selskapet ved andre spørsmål i helseerklærings skjemaet ville kunne ha avdekket symptomene på ME, og kunne ha tatt forbehold for ME. I Agder-saken mente retten derimot at forsikringsselskapet ikke med rimelighet kunne ha:

«fanget opp den aktuelle hjertesykdommen via helseerklæringen, eller ved ytterligere innhenting av medisinske vurderinger. Spørsmålsstillingene i helseerklærings skjemaet var dekkende og medisinsk godt begrunnede. Det er ikke grunn til å kreve at spørsmålene burde vært utvidet.»¹⁵⁴

Lagmannsretten fremhevet videre at symptombildet var forskjellig i de to sakene. I Agder-saken forelå det ikke noe relevant symptom bilde på samme måte som i

¹⁵⁴ LA-2018-65930, sitat hentet fra lagmannsrettens vurdering, avsnitt starter med «Samlet sett kunne ikke»

høyesterettsavgjørelsen fra 2015. Endringer i spørsmålsstillingene i helseerklærings skjemaet hadde ikke kunne fanget opp symptomene på en slik måte som i Høyesterettsavgjørelsen.

Dommen fra Agder lagmannsrett er rettskraftig og Høyesterett har ikke behandlet saker tilknyttet FAL § 13-5 etter dommen i Rt. 2015 s. 695. Det finnes derimot flere saker som har blitt behandlet i Finansklagenemnda i etterkant, deriblant FinKN-2015-398, FinKN-2020-403, og FinKN-2021-181. Jeg vil i det videre gi en kort gjennomgang av disse avgjørelsene.

I FinKN-2015-398 hadde forsikrede tegnet en «kritisk sykdom» forsikring hvor det i forsikringsvilkårene var inntatt en karensklausul på 3 måneder etter at forsikringsøknaden ble undertegnet. Få måneder forut for tegningen hadde forsikrede merket en kul på halsen, men hadde ikke oppfattet dette som noe alvorlig. Han oppsøkte fastlegen i løpet av karenperioden, og fikk påvist kreft. Det var enighet mellom partene om at opplysningsplikten ikke var brutt, og at det var et spørsmål om forsikringsselskapet kunne påberope seg karensklausulen.

Nemnda viste i sin drøftelse til Høyesterett sin dom fra 2015 om at:

«det ikke kan tas objektive forbehold for sykdomstilstander som kan fanges opp ved pålegg om opplysningsplikt. Avtal om karenstid etter § 13-5 andre ledd første punktum kan etter dette ikke omfatte sykdom som før tegningen har vist slike symptomer at sykdommen med rimelighet kunne ha vært fanget opp ved spørsmål fra selskapet.»¹⁵⁵

Helseerklæringen hadde ikke inneholdt spørsmål angående kuler, og en enstemmig nemnd kom til at det ville ha vært mulig å utforme spørsmålene i helseerklæringen på en slik måte at man hadde kunne fanget opp den aktuelle kulen som skulle vise seg å være kreft. Forsikrede fikk medhold.

I FinKN-2020-403 gjaldt det et krav om dekning under en kritisk sykdomsforsikring. Forsikrede hadde fått påvist kreft. Saken reiste spørsmål om selskapet kunne avslå erstatning med begrunnelse i karensklausulen på 3 måneder. Forsikringen ble tegnet i november 2018 med 3 måneders symptomklausul. I mars 2019 fremmet forsikringstaker et krav til forsikringsselskapet etter å ha fått påvist hudkreft i en føflekk. Selskapet mente at

¹⁵⁵ Rt. 2015 s. 695 avsnitt 35.

symptomene på hudkreften hadde vist seg i karenperioden, og nemnda uttalte i sin begrunnelse at selskapet hadde sannsynliggjort at symptomene også hadde foreligget før karenperioden. Nemnda kom til at forsikringsselskapet ikke kunne påberope seg karensklausulen, med den begrunnelse at med en mer hensiktsmessig utforming av helseerklæringen ville de ha fanget opp symptomene.

I den nylig avsatte avgjørelsen fra mars 2021, FinKN-2021-181 hadde forsikrede tegnet forsikringen «Godt voksen», hvor forsikringsavtalen ble inngått pr. telefon. Forsikringen skulle gi en engangsutbetaling ved visse diagnoser. Forsikringsselskapet viste til at det ikke var vanlig å benytte helseerklæringsskjema, men at forsikringstaker istedenfor ble stilt fire enkle spørsmål i forbindelse med tegningen. Av forsikringsbeviset fremgikk det at det var tatt forbehold om en måneds karenstid etter at forsikringsavtalen var inngått. Forsikringsselskapet la ikke frem hvilke spørsmål som var stilt, og heller ikke forsikredes svar på disse spørsmålene. Etter kort tid fikk forsikrede konstatert hårcelleleukemi, og det viste seg at han hadde vært til undersøkelse og utredning på sykehuset i denne forbindelse allerede forut for at forsikringen ble tegnet. Nemnda kom frem til at dersom forsikringsselskapet hadde benyttet helseerklæring ville symptomene på sykdom ha blitt fanget opp. Når da forsikringsselskapet ikke hadde benyttet denne muligheten, mente nemnda at de hadde fraskrevet seg muligheten til å påberope seg ansvarsfrihet for symptomer som hadde vist seg før forsikringen ble tegnet, og forsikringstaker fikk medhold.

4.3 Forsikringsavtaleloven § 13-5 tredje ledd

Bestemmelsens tredje ledd lyder:

«Har en tidsbegrenset forsikring vært fornyet, kan forbeholdet bare gjelde sykdom eller lyte som den forsikrede hadde da forsikringen ble tegnet første gang.»

Det vil si at dersom en forsikring som har vært tidsbestemt blir fornyet, kan forsikringsselskapet ikke ta noe nytt forbehold i tillegg til det som forelå da forsikringsavtalen

ble inngått den første gangen. For eksempel om en sykeforsikring som ble inngått for ett år inneholder en symptomklausul blir fornyet, kan det ikke ved fornyelse tas nytt forbehold.¹⁵⁶

5 Samspillet mellom helseerklæringer og forsikringsselskapets adgang til å begrense sitt ansvar etter FAL § 13-5

Som jeg har gjort rede for tidligere i oppgaven, har forsikringsselskapene anledning til å innhente relevante helseopplysninger for å foreta en risikovurdering før de inngår en forsikringsavtale. Slike opplysninger som innhentes i hjemmel av FAL § 13-1 a har betydning i en rekke forskjellige sammenhenger. Denne oppgaven er konsentrert om betydningen i tilknytning til FAL § 13-5. Bestemmelsens første ledd gir hovedregelen om at forsikringsselskapet ikke kan påberope seg ansvarsfrihet for sykdom som foreligger på tidspunktet for avtaleinngåelsen. Fra dette finnes det visse unntak som følger av paragrafens første ledd bokstav a og b. Dessuten åpner andre ledd for at selskapene i en begrenset grad kan benytte en symptomklausul, dvs. at selskapet kan være fri for ansvar fordi den sykdom/lyte som er grunnlaget for forsikredes erstatningskrav, hadde vist symptomer allerede før avtaleinngåelsen. Hvorvidt selskapet kan gjøre gjeldende et slikt forbehold er avhengig av hvordan selskapet har utformet helseerklæringen og hvordan den er besvart.

Helseerklæringen er grunnlaget for en rekke av de innsigelser et selskap kan gjøre. Forsikringstaker har en opplysningsplikt knyttet til å svare på de spørsmål som blir stilt før forsikringsselskapet har påtatt seg ansvaret for forsikringen. Forsikringstaker skal svare riktig og fullstendig på spørsmålene som stilles. Som nevnt tidligere under pkt. 3.1, følger det av FAL § 13-1 a andre ledd at forsikringstaker ikke har noen plikt til å gi informasjon helt uoppfordret, det vil si at de spørsmål som stilles av forsikringsselskapet, er det som selskapet har krav på å få vite svar på. Med andre ord, kan man si at det er selskapets ansvar å fastlegge rammene for opplysningspliktens omfang ved de spørsmålene de stiller.

¹⁵⁶ Brynildsen, Lid og Nygård (2014) s. 489.

Forsikringsselskapet har en informasjonsplikt ovenfor sine forsikringskunder. De skal informere om hvorfor de aktuelle spørsmålene stilles, og hvilken betydning svarene vil kunne ha¹⁵⁷. Forsikringsselskapet er ansvarlig for å hente inn den informasjonen de trenger¹⁵⁸, og det blir derfor også selskapets ansvar å stille de «riktige» spørsmålene for å kunne kartlegge risikoen som foreligger. Noe som er med på å understreke viktigheten av hvilken type spørsmål forsikringsselskapet velger å stille.

Begrunnelsen for å tillate unntaksbestemmelsen i FAL § 13-5 andre ledd er som tidligere nevnt¹⁵⁹ å hindre spekulasjonsfaren. Av hensyn til både forsikringsselskapet og alle forsikringstakerne er det ikke ønskelig at enkelt person skal kunne spekulere i og tegne forsikring i det man «kjenner på noe». Akkurat hvor grensen går mellom hva som faller inn under opplysningsplikten og ikke, kan være vanskelig å fastslå. Men samtidig så er dette en veldig viktig grensdragning, siden det som faller inn under opplysningsplikten samtidig utelukker bruk av symptomklausulen.¹⁶⁰ I Rt. 2015 s. 695 kom en enstemmig Høyesterett til at forsikringsselskapet ikke kunne påberope seg symptomklausulen. Retten uttrykt imidlertid at de «under tvil» hadde kommet frem til at symptomene kunne ha vært avdekket ved spørsmål i helseerklæringen.¹⁶¹ Det er vanskelig å ilegge dette uttrykket for tvil særlig vekt uten at retten selv har gitt uttrykk for bakgrunnen for tvilen.

Med lovendringen i 2008 fikk man en understreking av at ansvaret for innhenting av risikoopplysninger ligger hos forsikringsselskapet¹⁶². Avgjørelsen i Rt. 2015 s. 695 sammen med avgjørelsen fra Agder lagmannsrett fra 2018¹⁶³, illustrerer hvor viktig utformingen av helseerklæringsskjema er for selskapenes adgang til å avvise å dekke sykdom hvor symptomene har oppstått.

Som gjort rede for i kap. 4.2.2 endret nemndspraksis seg med avgjørelsen FSN-3518 i år 2000. Nemnda brøt her uttrykkelig med sin tidligere praksis. Bakgrunnen for at man her brøt

¹⁵⁷ Jf. FAL § 13-1.

¹⁵⁸ Jf. FAL § 13-1 a.

¹⁵⁹ Omtalt i kap. 4.2.

¹⁶⁰ Omtalt i kap. 4.2.2.

¹⁶¹ Omtalt i kap. 4.2.3. Rt. 2015 s. 695 dommens avsnitt nr. 42.

¹⁶² Omtalt i kap. 3.1.

¹⁶³ LA-2018-65930

med sin tidligere praksis, var at man leste forarbeidene på en annen måte. Nemnda uttalte her at FAL § 13-5 andre ledd måtte tolkes i tråd med intensjonen, ikke etter sin ordlyd. Symptomklausulen var ment for å supplere helseerklæringen i en overgangsperiode i forbindelse med forsikringstegningen, og hjemler ikke et ansvarsfritak for forsikringsselskapet for symptomer som allerede har vist seg på en slik måte at de kunne ha vært fanget opp via forsikringsselskapenes spørsmål i en helseerklæring. Rt. 2015 s. 695 og Agder-saken¹⁶⁴, viser at dersom forsikringsselskapet kunne ha stilt spørsmålene i helseerklæringen på en slik måte at de kunne ha avdekket symptomer på sykdom, så kan de ikke i ettertid påberope seg symptomklausulen i FAL 13-5 andre ledd. Hadde det derimot ikke vært mulig å stille spørsmålene på en slik måte at symptomene kunne ha vært fanget opp, så kan symptomklausulen FAL § 13-5 andre ledd komme til anvendelse.¹⁶⁵

Drøftelsen ovenfor viser klart at hvilke spørsmål et forsikringsselskap velger å stille i helseerklæringskjemaet blir avgjørende for hva selskapet kan ta forbehold om og hvilket ansvar de vil ha. Slik jeg ser det, er forsikringsselskapenes adgang til å benytte en symptomklausul snever, selv om den er inntatt i forsikringsbeviset – og vilkårene. Selskapene må klarlegge den forsikredes helsetilstand gjennom sin anledning til å innhente helseopplysninger før avtaleinngåelsen. Har selskapet ikke benyttet denne anledningen, taper det sin rett til å påberope en symptomklausul.

¹⁶⁴ LA-2018-65930

¹⁶⁵ Viser her til redegjørelsen foretatt i kap. 4.2.3.

Referanseliste

Lovgivning

Forsikringsavtaleloven (FAL 1930)	Lov 6. juni 1930 nr. 20 om forsikringsavtaler (forsikringsavtaleloven) (opphevet)
Bilansvarsloven (bal.)	Lov 3.februar 1961 om ansvar for skade som motorvogner gjer (bilansvarslova)
Forsikringsavtaleloven (FAL)	Lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler (forsikringsavtaleloven)
Lovendring nr. 65/2008	
Yrkesskedeforsikringsloven (yfl.)	Lov 16.juni 1989 nr. 65 om yrkesskedeforsikring

Forarbeider

NOU 1983: 56	Lov om avtaler om personforsikring (Personforsikringsloven)
Ot.prp. nr. 49 (1988-1989)	Om lov om forsikringsavtaler m.m
NOU 2000:23	Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger.
Ot.prp. nr. 41 (2007-2008)	Om lov om endringer i lov 16. juni 1989 nr. 69 om forsikringsavtaler m.m

Norsk rettspraksis

Høyesterettspraksis

Rt. 1952 s. 177

Rt. 1978 s. 170

Rt. 1987 s. 744

Rt. 1987 s. 1358

Rt. 1992 s. 1607

Rt. 1993 s. 1482

Rt. 2000 s. 59

Rt. 2000 s. 70

Rt. 2015 s. 695

HR-2020-1262-A

Underrettspraksis

LA-2008-73804

LB-2013-209687

LA-2018-65930

TOSLO-2013-83794

TRR-1998-494

Nemndspraksis

FSN 2036

FSN 2293

FSN 2947

FSN 3518

FSN 3528

FSN 4456

FSN 5770

FSN 6283

FSN 6426

FNS 6587

FinKN-2011-367

FinKN-2012-54

FinKN-2012-381

FinKN-2012-471

FinKN-2015-398

FinKN-2020-403

FinKN-2021-181

Litteratur

- Anderssen (2018) Anderssen, Harald Benestad, *Forsikringsrett i et nøtteskall*, Gyldendal Oslo (2018).
- Brynildsen, Lid og Nygård (2014) Brynildsen, Claus, Børre Lid og Truls Nygård, *Forsikringsavtaleloven med kommentarer*, 3. utgave, Gyldendal juridisk, Oslo 2014.
- Bull (2008) Bull, Hans Jacob, *Forsikringsrett*, Universitetsforlaget, Oslo 2008.
- Røsæg (2009) Røsæg, Erik, «De nye reglene om helserisiko i forsikring. Reglene om opplysningsplikt» Tidsskrift for Erstatningsrett (2009) s. 225-249 (TFE-2009-225)
- Tuseth og Winge (2018) Tuseth, Bård Sverre, og Nikolai K. Winge, *Masteroppgaven i juss*, 2. utgave, Universitetsforlaget Oslo 2018.

Nettsted

- Finansklagenemnda Person (finKN.no) Finansklagenemnda Person. FinKN Person: <https://www.finkn.no/Nemndene/FinKN-Person> (sist besøkt 20.04.21)
- Finansklagenemnda Person. Nemndene: <https://www.finkn.no/Nemndene> (sist besøkt 28.04.21)

Finansklagenemndas Årsberetning 2020, s. 18:

<https://www.finkn.no/index.php/Aktuelt/Artikler/Finansklagenemndas-aarsberetning-2020> (sist besøkt 28.04.21)

Saksbehandlingsregler for Finansklagenemnda av 21.06.17, punkt 15:

<https://www.finkn.no/Om-oss/Regelverk/Saksbehandlingsregler-for-Finansklagenemnda> (sist besøkt 20.04.21)

Finans Norge/
Nemnda for
helsevurdering
(NHV)

Finans Norge: <https://www.finansnorge.no/tema/liv-og-pensjon/helseopplysninger-og-helsevurdering2/helseopplysninger-og-helsevurdering/nemnda-for-helsevurdering/> (sist besøkt 28.04.21)

Store norske
leksikon

Karens: <https://snl.no/karens> (sist besøkt: 28.04.21)

Sykdom: <https://sml.snl.no/sykdom> (sist besøkt 10.03.21)

Symptom: <https://sml.snl.no/symptom> (besøkt sist: 25.04.21)

Lovdata.no

Søkt på forsikringsavtaleloven, avgjørelser fra Høyesterett, sivile saker, tidsperiode (henholdsvis 2020-2019, 2018):

https://lovdata.no/pro/#result&id=3605&q=forsikringsavtalelov*
(besøkt sist: 01.05.21)

