

Takk, bare bra...

av advokat **Elisabeth Berthelsen**, Forsikringsklagekontoret



Elisabeth Berthelsen

Forsikringsnæringen retter søkelyset mot den merpremie alle ærlige forsikringstakere betaler, fordi andre bedriver svik overfor forsikringsselskapet. I det siste er særlig livsforsikring trukket frem og den form for svindel som foregår ved at det gis uriktige opplysninger ved tegningen slik at man får en forsikringsdekning man ikke skulle ha. Ingen er uenig i at forsikringsnæringen bør arbeide for å unngå utbetaling av erstatning til den som svikaktig forsøker å lure til seg noe han ikke er berettiget til. Men forutsetningen for at arbeidet med å skille mellom den ærlige og den uærlige skal bli vellykket, er at man har rimelig greie kriterier å forholde seg til. Ingen skal henges ut som sviker uten å ha fortjent det - og selv en sviker har krav på en rettferdig behandling. Kartet over området ser greit nok ut i teorien, men for å vise selve terrenget trekker artikkelforfatteren frem noen praktiske eksempler hentet fra hverdagen i klagesaksbehandlingen.

Forsikringsnæringen retter søkelyset mot den merpremie alle ærlige forsikringstakere betaler, fordi andre bedriver svik overfor forsikringsselskapet. I det siste er særlig livsforsikring trukket frem og den form for svindel som foregår ved at det gis uriktige opplysninger ved tegningen slik at man får en forsikringsdekning man ikke skulle ha.

I livsforsikring har problemet flere sider. Ved tegningen er selskapet ofte representert ved en assurandør, som får provisjon for hver forsikringstegning. Ikke sjelden opplyser kunden at assurandøren kjente til helsesituasjonen, men mente det ikke var nødvendig med alle detaljer. Sist – men ikke minst – de

opplysninger man skal gi har form av svar på selskapets spørsmål i et spørreskjema. Spørsmålene overlater fortsatt i ikke ubetydelig grad til forsikringssøkeren å vurdere sin egen helsesituasjon.

Ingen er uenig i at forsikringsnæringen bør arbeide for å unngå utbetaling av erstatning til den som svikaktig forsøker å lure til seg noe han ikke er berettiget til. Men forutsetningen for at arbeidet med å skille mellom den ærlige og den uærlige skal bli vellykket, er at man har rimelig greie kriterier å forholde seg til. Ingen skal henges ut som sviker uten å ha fortjent det – og selv en sviker har krav på en rettferdig behandling.

Kartet over området ser greit nok ut i teorien, men for å vise selve terrenget, trekker vi frem noen praktiske eksempler – hentet fra hverdagen i klagesakbehandlingen.

1. Grete, Kari og Anne

er arbeidskolleger og går årlig til bedriftslegen. Etter å ha avlevert prøver og blitt undersøkt spør legen:

Og hvordan føler du deg da – egentlig?

Anne svarer: Takk bare bra, selv om hun enkelte dager våkner med litt vondt både her og der og til tider er plaget av stiv nakke og hodepine. Hvem slipper helt unna slikt i vår dager?

Grete svarer på legens spørsmål ved å nevne både ryggsmarter og andre plager, selv om disse ikke er så plagsomme at de hindrer henne i å utføre jobben. Men hun vil jo gjerne høre hva legen mener. Han mener ikke så mye der og da, men noterer ned det hun sier.

Kari har også problemer med ryggen og spør legen om han tror hun bør gå til fysioterapeut. Han mener det skader ikke å prøve, men heller ikke for Kari er det aktuelt med noen sykemelding.

Året går. Ved neste kontroll spør legen om det samme og spør særlig Grete om hvordan det går med ryggen og de andre plagene. Og noterer ned svarene på hennes journalkort. Kari forteller at hun syntes nok fysioterapien hjalp og at hun tar noen timer når hun føler seg stiv. Og legen noterer.

Tiden går. Våre venninner arbeider i et yrke som er kroppslig anstrengende. Deres ulike plager øker med stigende alder og en dag er plagene så alvorlige at de oppsøker legen utenfor den årlige rutinekontrollen. Legen finner at deres smerter og plager er så alvor-

lige at de blir sykemeldt. Plagene fører noe senere til at de får uførepensjon fra folketrygden.

Et sted på veien hadde deres arbeidsgiver skiftet forsikringsselskap for de ansattes gruppelevsforsegling med tilknyttet uførekapital. De har levert helseerklæringer, hvor de oppga at de var friske og ikke led av alvorlige sykdommer eller andre lidelser. Når de nå søker om uførekapital tar selskapet frem disse helseerklæringene og sammenligner opplysningene med det som fremkommer av legeerklæringene og legens journal. Man ser her at Grete før hun besvarte helseskjemaet hadde klaget over ryggsmarter mv. Dette hadde hun ikke nevnt i helseerklæringen.

Kari hadde opplyst at hun hadde vært hos fysioterapeut for ryggbehandling og fikk avslag på forsikringssøknaden.

De tre damenes situasjoner er for såvidt konstruert, men deres saker har alle elementer fra saker vi behandler ved FFK. Når vi ser nærmere på de enkeltes skjebne i forhold til forsikringsselskapet bygger vi på de erfaringer klagesakene og behandlingen i Forsikringsskadenemnda har gitt oss.

2. Karis tilfelle

Kari fikk avslag på forsikringssøknaden ”under henvisning til de opplysninger som fremkom i egenerklæringen”. Kari forsto ikke avslaget – hun mente selv hun var frisk og arbeidsfør – og kontaktet selskapet for å få en nærmere begrunnelse. Hun var en smule irritert over tre ting: for det første at hun fikk brevet via arbeidsgiver, for det andre at hun ikke fikk en bedre begrunnelse for avslaget i første omgang og for det tredje at tiden gikk før hun fikk brev nr. 2 med oppklaring:

Karis tilfelle

Helseerklæring:	Avslag via arbeidsgiver	Karis brev	Avslag med begrunnelse
1.11.93	1.2.94	15.2.94	15.5.94

Selskapet mener en behandlingstid på 3 måneder må kunne aksepteres, det er stort arbeidspress og man skal spare på omkostningene. For Kari er imidlertid situasjonen at det begrunnede avslaget kommer 14 dager for sent til at hun kan kreve å gjenoppta den tidligere forsikringen uten å levere nye helseopplysninger. Hun faller altså ut av forsikringsdekningen fordi arbeidsgiver skiftet forsikringsselskap og fordi hun uten videre regnet med å bli inkludert i den nye ordningen og trodde det første avslaget måtte bero på en ren misforståelse.

Kari føler seg lurert – av selskapet og av sin arbeidsgiver. Er det noe hun kan gjøre?

Klage på avslag på forsikringssøknaden

Det er selskapet som vurderer hvilke risiko man vil påta seg for den avtalte premie. I kollektive avtaler er det som regel uhåndterbart å ha med begrensninger mot bestemte lidelser eller beregne tilleggspremie for enkeltmedlemmer. Man forutsetter derfor at kollektivet (de ansatte) har alminnelig god helse. Spørsmålet er hvor grensen går mellom å være predestinert f.eks. for rygglidelser og å ha alminnelig god helse. Dette er et skjønnsspørsmål, men det vil alltid være opp til selskapet å sette normen for dette skjønnnet.

Skjønnnet må imidlertid bygge på korrekte fakta. Når opplysninger i egenerklæringen gir grunn til mistanke om at søkeren ikke har "alminnelig god helse" vil selskapet som hovedregel kontakte søkerens lege og få et bedre bilde av søkerens helse. Før avslaget vil altså selskapet ha to grunnlag å forholde seg til: egenerklæringen og en uttalelse fra behandlende lege. I begge disse kildene kan det imidlertid være uklarheter som kan føre til at avslaget bygger på feil faktagrunnlag.

I Kari's tilfelle ga det første avslaget henne ingen mulighet til å kontrollere om selskapet bygget på korrekt fakta – avslaget var helt generelt formet. Selskapets forklaring på dette

var at også arbeidsgiver skal ha kopi av avslaget, det er arbeidsgiver som skal betale premie for de ansatte som er med i ordningen. Kari reagerte på at arbeidsgiver på denne måten får beskjed om at hun ikke har akseptabel helse, noe hun fø. selv ikke er enig i. Hun stempler selskapets opptreden som uetisk og lite tillitsvekkende.

Har Kari noen mulighet for å få omgjort avslaget? I praksis viser det seg at også avslag på forsikringssøknader kan være fattet på uriktig grunnlag. I Kari's tilfelle vil det avhenge av om fysioterapi-timene var en enkelt episode eller om behovet for behandling hadde en mer tydelig sammenheng med en uttalt rygglidelse e.l. At Kari ikke har vært sykmeldt er vel også et poeng i denne vurderingen.

Jeg avstår fra å antyde noen løsning på en evt. klage på avslaget, men erfaringene ved FFK indikerer at også på dette området kan det begås feil av selskapet, som kan rettes opp ved en klagebehandling. Det er imidlertid svært få slike klager som kommer til kontoret, kanskje fordi man her ikke tror man har noen mulighet for å nå frem.

Når inntraff forsikringstilfellet – dvs. når startet den lidelse som førte til uførhet

Vi forutsetter her at Kari ikke fikk omgjort avslaget og hun forsøkte da å tegne en annen forsikring. Først gikk hun tilbake til det gamle selskapet og ba om å få forlenget den kollektive avtalen på individuell basis. Dette hadde hennes arbeidsgiver nevnt hun hadde rett til da det første avslaget kom. Men nå så selskapet på at det var mer enn 6 måneder siden ordningen opphørte og da måtte Kari fylle ut en ny helseerklæring.

Men så Kari – hvis disse timene hos fysioterapeuten indikerer at jeg har en rygglidelse som en gang i fremtiden vil gjøre meg ufør – er ikke det da deres ansvar uansett, siden jeg da var forsikret hos dere? Vel – spørsmålet er når uførheten oppstår – og

Annes tilfelle

Første sykemelding:	Melding til selskapet	Uførepensjon fra	Vedtacomuførepensjon
1.10.94	1.10.95	1.10.96	1.10.98
Ålder: 40 år	Ålder: 41 år	Ålder: 42 år	Ålder: 44 år

ingen kan vel si Kari er ufør idag så lenge hun er i full jobb.

Karis situasjon er altså at hun ikke får komme med i den nye ordningen og hun er heller ikke dekket under den gamle. Man kan si det slik at hun sitter mellom to stoler og her sitter hun nok fremdeles når hun etter noen år blir uføretrygdet pga. ryggproblemer. Eller?

3. Annes tilfelle

Anne leverte en "ren" helseerklæring og det var intet i hennes journaler fra bedriftslegen som skapte problem, da hun søkte om utbetaling av uførekapitalen. Det problemet hun fikk var når denne egentlig kom til utbetaling.

La oss si at Anne var 40 år da hun første gang ble sykmeldt for ryggplagene. Hun gikk sykmeldt i ett år og deretter ble hun overført til attføring og forsøk på omskolering til et mindre krevende arbeid. Ved overgang til attføring gikk inntekten hennes ned og det var da naturlig for henne å ta kontakt med forsikringsselskapet. Her heter det i vilkårene at det er først når uførheten anses som varig, at uførekapitalen forfaller til utbetaling. Og for at varighetskriteriet skal være oppfylt må uførheten ha vart i hvert fall i 2 år. Anne venter i ytterligere 1 år, deretter blir det søkt om uførepensjon fra Folketrygden. Hun kontakter selskapet igjen som sier at man vil avvente trygdesaken. To år senere er trygdesaken avgjort ved at Anne innvilges uførepensjon med tilbakevirkende kraft fra 1.10.96. Anne sender kopi av dette vedtaket til forsikringsselskapet i oktober 1998 og får utbetalt uførekapitalen i desember samme år.

Uførekapitalens størrelse synker med sti-

gende alder. Forsikringsselskapet har lagt til grunn at Anne er 44 år, hvilket er korrekt i 1998. Men Anne mener at hun ble jo ufør – viste det seg – i 1994, og da var hun 40 år, hvilket ville gi en høyere utbetaling. Og skal hun ikke ha renter i tillegg?

Nei, sier selskapet og viser til vilkårene og avgjørelser i Forsikringsskadenemnda – det er tidspunktet for når kapitalen forfaller til betaling som er avgjørende for kapitalens størrelse og renter løper ikke heller før etter dette tidspunktet. Det var først når selskapet fikk vedtaket fra folketrygden at det var dokumentert varig uførhet, som er betingelsen for utbetalingen.

Anne synes det er rart at behandlingstiden i det offentlige trygdesystemet er avgjørende for hennes rett under forsikringsordningen. Det var ikke slik denne ble presentert for de ansatte på jobben. Der het det at forsikringsytelsene ville komme i tillegg til og i forkant av de offentlige ytelsene – for at man ikke skulle få økonomiske problem mens man ventet på det offentlige. Men liv og lære er to forskjellige ting, sier Anne.

Spesielt om gjeldsforsikring

Et annet spørsmål som bør nevnes er konsekvensene av ovennevnte praksis i forhold til gjeldsforsikring. La oss si at Anne også hadde tegnet en gjeldsforsikring med uførekapital fordi hun ville være sikker på at hun maktet å betale sine lån dersom helsen sviktet. Også her gjelder kravet til varig uførhet som hovedregel for at forsikringstilfellet skal anses inntrått. Anne går ned i lønn med ca. 30 % etter at ett års sykemeldingsperiode er over. Hun får problemer med å betale avdrag og renter til

banken og kontakter selskapet. Men selskapet sletter først gjelden etter at uførheten er konstatert varig – dvs. etter at Folketrygden har fattet vedtak om uførepensjon. I mellomtiden går Annes bolig på tvangsauksjon. Når Anne sender kopi av vedtaket om varig uførepensjon til banken/selskapet er svaret at forsikringen er opphørt fordi gjelden er slettet i forbindelse med tvangsauksjonen.

Forsikringskadenemnda har sålangt løst denne problemstilling via selskapets informasjonsplikt, som f.eks. i ut. 2163¹:

2163* GJELD ALFA 5.12.1994

Forfallstid for uføredekning.

Forsikrede hadde tegnet gjeldsforsikring 8.12.89 på sparebanklån knyttet til leilighet. Etter trafikkulykker i 91 og 93 ble hans ervervsevne redusert. Hans økonomiske problem medførte at Husbanken fant å innfri banklånet og «fryse» gjelden 3.8.93. Samtidig ble selskapet varslet, men avslo utbetaling, idet forsikrede ikke hadde vært varig ufør i 2 år. 12.4.94 ble han innvilget uførepensjon fra folketrygden med virkning fra 1.8.92. Selskapet viste til at forsikringstilfellet inntraff 12.4.94 og at det da ikke var noen gjeld å innfri i sparebanken.

FSN finner den behandling forsikrede har fått for å være lite rimelig. Nemnda vil bl.a. peke på at før Sparebanken Nor den 26.10.93 mottok innfrielse av kausjonsoppgjør fra Husbanken, hadde forsikredes advokat i brev 10.9.93 til banken innsendt opplysning om at forsikrede ifølge spesialistklæring fra en nevrolog, for tiden var invalidisert 100 % og varig med omtrent 50 %. Han anmodet banken om å fremsette krav overfor selskapet om regulering av gjeldsforsikringen. Med denne kunnskap skulle ikke banken ha mottatt kausjonsoppgjøret fra Husbanken. Nemnda finner at forsikrede må gis medhold.

4. Gretes tilfelle

Selskapet hevder Grete svarte uriktig når hun krysset av ja for spørsmål 1 og nei for spørsmål 2 med f.eks. slik formulering:

1. Føler De Dem fullt frisk og arbeidsdyktig?
2. Har De vært behandling hos lege, fysioterapeut e.l. siste 3 år? Hvis ja angi sykdom/lidelse og legens navn.
3. Har De vært sykmeldt sammenhengende mer enn 3 uker siste 10 år?

Sett fra Gretes side opplever hun det som sterkt urettferdig å bli beskyldt for å ha gitt uriktige opplysninger, dvs. å ha løyet om sin helsetilstand. Hun har ikke vært sykmeldt en dag og hun har heller ikke oppsøkt lege, men kun vært til årlige rutinekontroller. Alle hennes kolleger har ulike plager – ja, det har vel noen hver av oss – men så lenge man klarer jobben må man vel kunne si at man er frisk og arbeidsdyktig.

Det er altså uenighet mellom Grete og selskapet om hun har svart riktig eller om hun har gitt uriktige opplysninger. Denne uenigheten lar jeg ligge uløst, fordi jeg antar at det her vil være delte meninger om hvem som har rett. Isteden går jeg videre for å se på hva som kan skje med Gretes sak videre.

Første variant

Selskapets reaksjon vil være avhengig av hvor lang tid som er gått mellom noen avgjørende tidspunkter. La oss si at disse er som følger.

Ifølge FAL § 13-4, 2 ledd “kan selskapet påberope seg at opplysningsplikten er forsvunnet bare dersom forsikringstilfellet er inntruffet eller selskapet har gitt varsel etter § 13-

Gretes tilfelle, første variant

Helseerklæring:	Første sykemelding:	Melding til selskapet	Uførepensjon fra
1.11.93	1.10.94	1.10.95	1.10.96

13 innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Denne begrensning gjelder ikke dersom det har vært utvist svik.“

Ved vurderingen av “alder i forhold til ytelse” og selskapets renteplikt leses vilkårene dithen at forsikringstilfellet først inntreffer når Gretes ervervsuførhet er å anse som varig, hvilket i praksis vil si minst 2 år. Men i relasjon til denne bestemmelsen ser man på første sykemeldingsdag av en langvarig sykemeldingsperiode som “forsikringstilfellet” og her påberoper selskapet seg at Grete har gitt uriktige opplysninger ved ikke å fortelle om sine ryggplager. Hadde hun gjort det ville selskapet ha innhentet journalen fra bedriftslegen og notatene her ville ha medført at man ikke hadde godtatt Grete som medlem i den kollektive forsikringsordningen. I denne er premien basert på en enhetspris, som forutsette alminnelig god helse i hele kollektivet. Ved å svare uriktig eller ufullstendig har Grete altså kommet med i en gunstig forsikringsordning hun ikke var berettiget til.

Konsekvensene selskapet trekker av sitt standpunkt er at selskapets ansvar kan settes ned eller falle helt bort, idet man mener Grete er mer enn bare lite å legge til last, jfr. FAL § 13-2, 2 ledd. Siden Grete ikke kunne fått noen annen dekning innenfor denne ordningen mot tilleggspremie hevder selskapet at hele ansvaret bortfalle og man avslår derfor Gretes søknad om uførekapital.

I 9 av 10 tilfeller vil Grete antakelig la dette vedtaket bli stående, idet hun går ut fra at det selskapet sier må være “slik det er“.

Andre variant

Vi forutsetter samme bakgrunn som i første variant, men denne gangen går Grete tilbake i jobb etter en tid og det går noe lenger tid før hun blir ufør

Gretes tilfelle, andre variant

Helseerklæring:	Første sykemelding:	Andre sykemelding	Uførepensjon fra
1.11.93	1.10.94 - 1.11.94	10.2.96 -	1.4.97

I denne situasjonen kan selskapet ikke reagere innenfor 2-årsfristen – denne løp ut 1.11.95 og her skjer forsikringstilfellet først i februar 1996.

Selskapet mener fortsatt at Grete ga uriktige opplysninger ved utfylling av helseerklæringen og at hun derfor ikke bør få utbetalt uførekapital for en sykdom selskapet mener forelå på tegningstidspunktet. For å kunne reagere i samsvar med det syn må selskapet nå hevde at Grete har utvist svik. dvs. at hun har fylt ut helseerklæringen slik hun gjorde det for å oppnå en forsikringsdekning hun burde vite at hun ikke hadde rett til.

Selskapet finner det riktig å avslå Gretes søknad under henvisning til FAL § 13-2, 1 ledd, idet man mener hun svikaktig har for sømt sin opplysningsplikt.

Her vil kanskje Grete reagere i 5 av 10 tilfeller, å bli beskyldt for svik kan man ikke uten videre akseptere.

5. Hva skjer videre med Gretes sak

Som nevnt må man regne med at i svært mange tilfeller vil Grete la avgjørelsen bli stående. Ikke nødvendigvis fordi hun er enig, men fordi hun føler at selskapet har overtaket og hun ikke riktig vet om hun har krefter til å gå videre. Innledningsvis må derfor konstatere at

Utfall 1

er at selskapets avslag avslutter saken, både for variant 1 og 2.

Utfall 2

er at Grete kontakter advokat eller FFK fordi hun ikke vil finne seg i dette avslaget eller hun vil ihvertfall ha en kontroll på om det er slik det er.

Jeg har tidligere sagt at vi her avstår fra å ta stilling til inngangsspørsmålet – om Grete besvarte skjemaet uriktig eller ikke. Isteden løser vi utfallet ved å se hen til statistikken ved FFK. Denne viser at i saker som gjelder avslag fordi selskapet mener forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegningen, løses nærmere 50 % ved at selskapet endrer denne avgjørelsen og utbetaler full erstatning (se nærmere under pkt. 6 nedenfor).

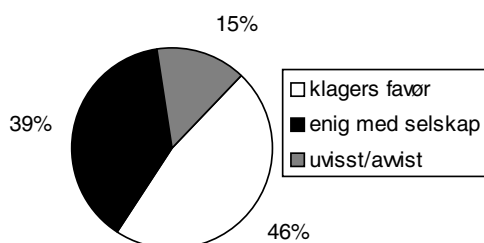
Sannsynligheten taler med andre ord for at omtrent annenhver Grete vil nå frem med sin klagesak. Ikke minst vil dette gjelde den beskrevne *variant 2*, fordi man selvsagt vil vurdere adgangen for selskapet til å påberope seg svik snevrere enn at Grete er mer enn bare lite å legge til last.

6. Tall fra Forsikringsklagekontoret

I perioden fra 1.1.1993 og frem til september 1997 har FFK mottatt 390 klager på avslag innen livs- og uføreerstatning med den begrunnelse at det var gitt uriktige opplysninger ved tegningen². Disse sakene omfatter alle type saker fra avslag på dødsfallerstatning til de etterlatte til avslag på uførekapital og fra mindre alvorlige feiltrinn til mer bastante tilfeller av tilbakeholdte opplysninger.

278 (71 %) av de 390 sakene er avsluttet pr. september 1997. Disse sakene har en tendens til å ta lang tid, fordi det kan bli aktuelt å innhente flere opplysninger fra lege e.l. når

Resultat av 278 avsluttede saker pr. sept. 1997

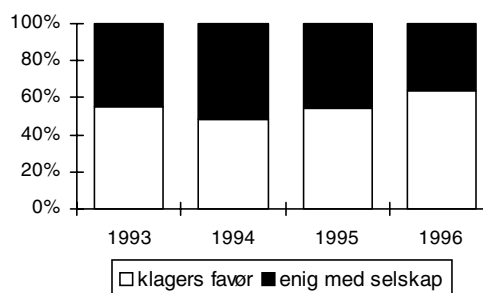


klagesaken tas opp med selskapet. Ser vi på resultatet av de avsluttede sakene er bildet:

I 15 % av sakene er resultatet uvisst (8,6 %) eller avvist (6,1 %). Resultat "uvisst" betyr at FFK har gitt klager et råd om hvordan han kan gå videre eller man har reetablert kontakten mellom selskapet og kunden. Når saken er avvist kan det bety at det medisinske grunnlaget ikke er tilstrekkelig utredet. Kontoret avviser også saker hvor klager har engasjert advokat, medmindre det er advokaten som bringer saken inn.

Holdes de avviste og de uvisse sakene utenfor er situasjonen for årene 1993-1996:

Medholdsandel for avgjorte saker

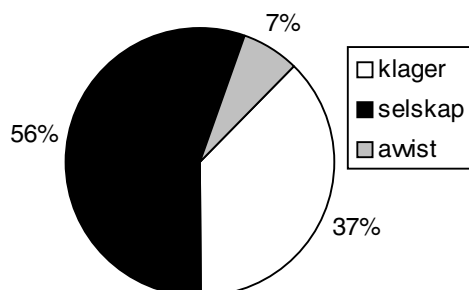


I 1997 er kun 6 av 76 saker avsluttet, derfor er dette året holdt utenfor. For de øvrige år ser vi at mer enn 50 % av sakene ender med et endret resultat, dvs. at avslaget endres til full utbetaling til klager, enten dette nå gjelder en dødsfallerstatning til de etterlatte eller utbetaling av uførekapital.

Oversikten omfatter skriftlige klagesaker ved FFK av denne kategori ved kontoret. Noen av sakene løses etter behandling i Forsikringsskadenemnda, andre løses ved kontorets klagesakbehandling. Når kontoret finner selskapets avslag korrekt registreres resultatet her som "enig med selskapet" – det samme skjer med saker hvor selskapets avslag opprettholdes av Forsikringsskadenemnda.

Ser vi på tallene fra Forsikringsskadenemnda er resultatet for de 86 sakene på dette

Resultat i FSN



området at medholdsprosenten for klager noe lavere enn gjennomsnittet totalt for saker behandlet i Forsikringskadenemnda. Dette har ligget rundt 45 % de siste år, når avviste saker holdes utenfor. Holder vi de 6 avviste sakene utenfor her er medholdsandelen for klager på 40 %.

Grete har altså 40 % sjans for at saken skal avgjøres i hennes favør ved nemndbehandling. Denne andelen varierer noe med hvilket selskap det gjelder. Vi har sett på hvordan resultatet i nemnda for disse sakene varierer i de 6 "største" selskapene på dette feltet, som her er benevnt med bokstavene A-F:

Antallet saker varierer fra 6 saker til 23 saker for de ulike selskapene. Som vi ser er medholdsandelen for klager (Grete) klart høy-

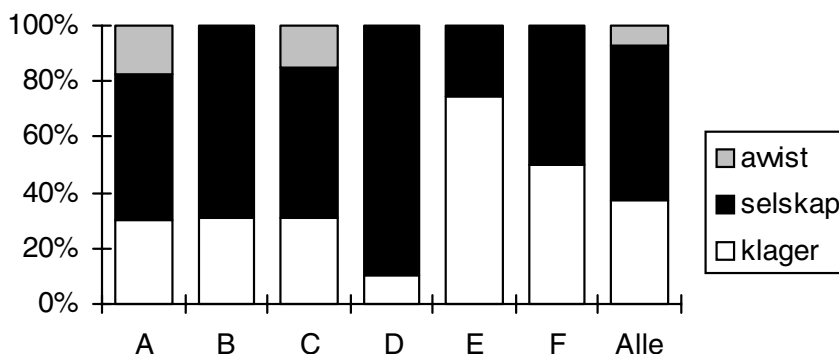
est i selskap E og laveste i selskap D. Dette innebærer at saksbehandlerne i selskap E i utgangspunktet må antas å benytte en strengere norm overfor sine forsikrede enn den norm selskap D benytter. Kundene i selskap D er altså i utgangspunktet bedre beskyttet mot det vi kan kalle for strenge avgjørelser i forhold til nemndas praksis enn kundene i selskap E.

Utvalget omfatter 86 nemndssaker over en 5-års periode, som igjen utgjør ca 31 % av de saker som er avsluttet ved FFK av et utvalg på 390 saker. Pr. år vil det si at ca. 78 av disse sakene bringes inn for FFK. Det vi ikke vet er hvor mange slike avslag som foretas i selskapene hvert år, hvor mange som påklages andre veier og hvor mange som blir stående fordi kunden går ut fra at selskapet følger sine regler og kjenner disse best.

7. Konklusjon

Hensikten med dette innlegget er å vise at det kan være relativt tilfeldig hvilken skjebne Grete og Anne og Kari møter i sitt forsikringsforhold. Et eller annet sted er det noe som er feil, fordi tilfeldigheter skal ikke avgjøre retten til forsikringsytelsen. Tilfeldigheter kan heller ikke avgjøre om Grete er en sviker på statis-

Resultat i FSN – i %



tikken. De feilkilder, som man bør gjøre noe med, vil jeg anta kan oppsummeres slik:

Helseerklæringen

Spørsmålene i spørreskjemaet må være uavhengige av forsikredes egen vurdering av sin helse. Grete, Anne og Kari kan medisinsk sett ha hatt identiske rygger og altså representert samme risiko for uførhet. Den ene neglisjerer plagene, den andre snakker om de og den tredje tar noen timer hos fysioterapeut. Så lenge alle tre er i fullt arbeid og ikke har vært sykmeldt bør de vel behandles likt. Ved å konsentrere spørsmålene – eller innsamlingen av opplysninger – til sykmeldinger, vil man redusere faren for at forsikredes ulike skjønn blir utslagsgivende. Når det kommer sykmeldinger inn i bildet har forsikredes arbeidsevne vært vurdert av en utenforstående, nemlig den behandlende lege.

Forsikringstilfellet

Da lovgiver formulerte FAL § 13-4 hadde man ikke i tankene at forsikringstilfellet i uførekapital kan defineres i vilkårene til å ligge flere år etter at uføreperioden starter. I realiteten skjer det ikke sjelden at selskapet hevder uførheten først er konstatert varig etter at folketrygdens vedtak om uførepensjon er meddelt selskapet. Tidslinjen kan da bli helt "absurd":

Går vi tilbake til Karis tilfelle var forutsetningen at Kari falt ut av arbeidslivet fra første sykemelding i oktober 1994. Etter ett års sykemelding blir hun overført på attføring 1.10.95. Når attføringen ikke åpner mulighet for omskolering til annet høvelig yrke blir det søkt om uførepensjon 1.10.96 og denne blir to år senere innvilget med tilbakevirkende kraft fra 1.10.96. Vedtaket kan først meddeles selskapet etter 1.10.98 og selskapet vil da hevde at varighetskriteriet først er dokumentert i oktober 1998, dvs. 4 år etter at Kari er "ute av sirkulasjon" og har fått den lønnsreduksjon som forsikringsdekningen er ment å kompensere.

Med denne forståelse blir altså det avgjørende tidspunktet (forsikringstilfellet?) avhengig av en rekke tilfeldige faktorer:

- om attføringstiltak blir igangsatt
- Folketrygdens behandlingstid
- evt. behandlingstid i Trygderetten
- hvor raskt vedtaket meddeles selskapet

For å unngå de verste utslagene kan man konstruere en tidslinje rundt den 2 års frist vilkårene har som "normal" krav til varig uførhet: (nederst på siden)

I forhold til FAL § 13-4 "spises" 2 årsfristen opp av 2 års kriteriet for varighet og man legger derfor et annet tidspunkt til grunn ved forståelsen av denne bestemmelsen – jfr. FSN ut. 2798

Første sykemelding	Melding til selskapet	Uførepensjon fra	Vedtacomuførepensjon
1.10.94	1.10.95	1.10.96	1.10.98
Ålder: 40 år	Ålder: 41 år	Ålder: 42 år	Ålder: 44 år

Helseerklæring	1 sykemelding	Uførepensjon	2-år=varig	Uførevedtak
1.11.93	1-10-94	1-10-96	1.10.96	1.10.98

2798* GRUPPELIV GJENSIDIGE 2.6.1997
Ikke opplyst om psykiatrisk behandling – FAL § 13-4 jf. §13-2, annet ledd.

Da forsikrede leverte helseerklæring i forbindelse med medlemskap i to gruppelevsfor sikringer, henholdsvis 4.8.91 og 12.11.92, opplyste hun ikke at hun fra mai 91 hadde gått til samtaler hos psykiater. Forsikrede ble sykemeldt i juni 93 og satte frem krav om uføredekning under forsikringene henholdsvis 30.5. og 13.6.95. Spørsmålet i saken er om forsikrede ga uriktige opplysninger ved tegningen og hvilke konsekvenser dette eventuelt skal få i form av helt eller delvis avslag på forsikringsdekningen. Det er også uenighet om hvilket tidspunkt som skal legges til grunn i forhold til to-års fristen i FAL § 13-4 siste ledd. *Selskapet hevder her at forsikringstilfellet inntraff da forsikrede ble sykemeldt sommeren 93, mens forsikredes advokat mener forsikringstilfellet inntraff først da tilstanden hadde vist seg å være varig.* Advokaten ber subsidiært nemnda vurdere om forsikrede har krav på en forholdsmessig andel av forsikringssummene, med tillegg av rente fra skaden ble meldt.

FNS FLERTALL (3) bemerker at forsikrede i sine helseerklæringer svarte ja på spørsmål om hun var helt frisk og arbeidsdyktig, og nei på spørsmål om hun hadde vært behandlet eller gått til jevnlig kontroll hos lege, på sykehus, kursted e.l. de siste ti år. I betraktning av at hun gikk til samtaler med psykiater i 91 og 92 på grunn av psykiske problemer, var det ikke riktig av henne å svare som hun gjorde, uten nærmere forklaring. Flertallet finner at hun er mer enn lite å legge til last. *Sykmelding som gikk over på varig uførhet inntrådte innen to år fra tegningen, og nemnda antar at det må være avgjørende i forhold til fristen i FAL § 13-4, 2. ledd.* Hvis forsikrede hadde gitt fullstendige opplysninger, hadde hun måttet akseptere en fullstendig reservasjon for nervøse lidelser. Flertallet har vanskelig for å se at det i betraktning av skyldgraden og forholdene ellers her er grunnlag for delvis ansvar for selskapet. Selskapet gis medhold.

MINDRETALLET (2) finner ikke holdepunkter for at de aktuelle samtaler forsikrede hadde med psykiater faller inn under det man ut fra en vanlig forståelse av spørsmålstillingen i helseerklærings-skjemaene, bør oppfatte som behandling eller jevnlig kontroll. Psykiateren uttaler således at samtalen med ham var vesentlig støttepreget. Selv om det

kan stilles spørsmål ved hennes psykiske helsetilstand på tegningstidspunktene, legger mindretallet til grunn at hun ikke var sykemeldt, at hun høsten 92 startet som sykepleierstudent og at psykiateren uttaler at hun bare tidvis har hatt innsikt for det overdrevne i sine forestillinger. Ut fra en samlet vurdering finner mindretallet ikke at det er tilstrekkelig grunnlag for å hevde at spørsmålene i helseerklærings-skjemaene er direkte galt besvart, og at hun bare er lite å legge til last for at det ikke ble gitt mer utfyllende opplysninger.

Bestemmelsen i FAL § 13-4, 2 ledd viser at lovgiver tenker seg at forsikringstilfellet inntreffer når uførheten rammer ved første varige sykemelding, slik nemnda også kommer frem til i denne (og andre) saker. At uførheten ikke er varig samme dag den starter må vel være et spørsmål om når ytelsen forfaller til betaling – eller når alle forutsetninger for erstatningsutbetaling er oppfylt. Men kan man da si at forsikringstilfellet i relasjon til aldersbestemmelser og renteplikt skjer på et annet og senere tidspunkt?

I forhold til ulykkesforsikring

Innen ulykkesforsikring har man aldri hatt disse problemene. Forsikringstilfellet inntreffer når ulykken skjer, selv om det kan gå flere år innen invaliditetsgraden kan fastsettes. Ifølge vilkårene kan begge parter kreve denne fastsatt etter en viss tid på bakgrunn av forsikredes aktuelle tilstand. For såvidt kan man godt tenke seg at samme person har dekning under både en ulykkesforsikring og en uførekapitalforsikring og at samme forsikringstilfelle da inntreffer i relasjon til ulykkesdekningen ved selve skadehendelsen og i relasjon til uførekapitalforsikringen flere år senere.

Innen ulykkesforsikring har det aldri vært tvil om at selskapets renteplikt løper fra forsikringstilfellet inntreffer og skaden er meldt selskapet. Her gjelder svært mange klagesaker en “motsatt” problemstilling – nemlig om den forsikrede har meldt skaden for sent til selskapet. Fristen er “innen 1 år etter at den berettigede fikk kunnskap om de forhold som

begrunner kravet“, hvilket vil si fra forsikrede måtte forstå at skaden kunne føre til varig invaliditet. Det er ikke alltid like greit for den forsikrede å overholde denne fristen:

2773* KOLL. ULYKKE GJENSIDIGE
28.4.1997

For sent meldt – ukjent med forsikringsdekningen – FAL § 18-5.

Forsikrede ble utsatt for ulykkesskade 4.11.90. Grunnet usikkerhet mht. skadens omfang ble ulykken først meldt ulykkesforsikringsselskap A 14.10.92, som senere har utbetalt erstatning basert på spesialisterklæring datert 24.6.93. Det er omvistet om forsikrede samtidig varslet Gjensidige om ulykken pr. telefon. Skriftlig skademelding ble sendt 19.4.94 og Gjensidige har avslått erstatningskrav med den begrunnelse at skaden er for sent meldt. Spørsmål om selskapets anvendelse av FAL § 18-5, herunder spørsmål om hvilken betydning det har at forsikrede var ukjent med forsikringspolisen/rett forsikringsselskap.

FSN antar at fristen for å melde ulykken iallfall begynte å løpe fra det tidspunkt forsikrede meldte kravet til det andre forsikringsselskapet. Fristen etter FAL § 18-5, 1. ledd var da i utgangspunktet utløpt da skademelding ble sendt Gjensidige 19.4.94. Forsikrede har anført at hun kontaktet Gjensidige pr. telefon i okt. 92, og at det da ble opplyst at det ikke forelå gyldig forsikring på grunn av manglende betaling av forsikringspremie (av arbeidsgiveren). Dette var ikke riktig idet forsikringen var i kraft da skaden skjedde. Hvis det anførte legges til grunn, vil ikke kravet være for sent framsatt, idet forsikrede av selskapet ble bragt i villfarelse med hensyn til forhold som begrunnet kravet. Selskapet bestriker imidlertid å ha mottatt noen telefonhenvendelse. Saken reiser på dette punkt bevisspørsmål som nemnda ikke kan ta standpunkt til.

Vilkårsdefinisjonen

Den definisjon som er inntatt i vilkårene har gammel tradisjon og er formulert den gang det offentlige godkjente livsforsikringsvilkår. Beregningsgrunnlaget for premier m.v. er basert på at forsikringstilfellet, både når det gjelder aldersavhengige ytelser og renter, i tid

ligger senere enn startfasen for uførheten. Med andre ord er premien basert på en “forsikret” utbetaling og en snuoperasjon her vil være uakseptabel i forhold til risikoavsetningene.

Men er dette en god nok begrunnelse til at denne dekningen skal ha en særbehandling i forhold til alle andre forsikringsprodukter? Også innenfor skadeforsikring har man situasjoner hvor forsikringstilfellet inntreffer mange år før erstatningen kommer til utbetaling. Selskapet har full anledning til å foreta nødvendige undersøkelser og ved gjenoppbygging av hus utsettes såvel oppgjør som renteplikt til gjenoppbyggingen starter.

Spørsmålet er vel egentlig om forsikringsproduktet skal tilpasses loven eller om loven skal tilpasse seg forsikringsproduktene?

8. Avslutningsvis

Etter mitt syn er det nok grunnlag for å spørre hvorledes Grete, Kari og Anne reagerer på selskapenes utspill om at det foregår en ustrakt svik også innen livsforsikring – ikke minst i forbindelse med forsikringssøkers opplysningsplikt ved tegningen.

Kanskje de heller mener man bør spørre hvem som lurar hvem. Egentlig.

Noter

¹ Tilsvarende problemstilling og løsning i FSN ut. 2077. Spørsmålet om forfallstidspunkt i forhold til påløpne renter m.v. er behandlet i ut. 2314, 2799 og 2803, hvor nemnda er enig med selskapet i at varighetskriteriet må være oppfylt.

² Det totale tall er noe høyere, fordi klager på samme problemstilling innen Gjeldsforsikring og i forbindelse med avslag på søknad om premiefritak m.v. ikke konsekvent er tatt inn under samme kode. Etter kontroll-søking antar jeg dette dreier seg om minst 19 saker i perioden.