

Opplysningsplikt og forsikringstilfelle ved forsikring mot uførhet

av professor dr. juris Knut S. Selmer

Norske myndigheter reviderte i slutten av åttiårene lovverket i forbindelse med forsikring. I 1988 fikk vi ny forsikringslov (FL) og i 1989 fikk vi en ny forsikringsavtalelov (FAL).

Forsikring mot uførhet — eller om man vil mot ettervirkninger av sykdom eller ulykke — reiser en del spesielle problemer. ”Forsikringsgjenstanden” er jo den forsikredes persons helsetilstand, og dekningen

blir aktuell når denne tilstanden forverrer seg som følge av en årsak som selskapet har overtatt risikoen for.

I denne artikkelen sees det spesielt på hvilke regler lovverket gir vedrørende opplysningsplikt og forsikringstilfelle for disse forsikringene.

1. Oversikt over forsikringsformene

Forsikring mot uførhet — eller om man vil mot ettervirkningene av sykdom eller ulykke — reiser endel spesielle problemer. ”Forsikringsgjenstanden” er den forsikrede persons helsetilstand, og dekningen blir aktuell når denne tilstanden forverrer seg som følge av en årsak som selskapet har overtatt risikoen for.

Uføreforsikringene har vært markedsført dels som *skadeforsikring* (ulykkesforsikring og sykeforsikring), og dels som *livsforsikring* (uførerente/uførepensjon, premiefritak ved uførhet, og — i de senere år — uførekapital). Vi skal se ganske kort på hvordan disse forskjellige forsikringsformene fungerer.

Ulykkesforsikringen er som nevnt en tradisjonell bransje i skadeforsikringen. Farefeltet er ”ulykkeskade som rammer den forsikrede person”, og begrepet ”ulykke” er nærmere definert. Forsikringen kommer til utbetaling dels ved den forsikredes død — da har den stor likhet med en vanlig livsforsikring — og dels når den forsikrede blir ufør som følge av et ulykkestilfelle. Det er den *medisinske uførhet* som teller; vilkårene har detaljerte tabeller som angir uføregraden ved forskjellige typer legemsskader. Erstatningen *utgjør* den avtalte forsikringssum ved uførhet multiplisert med uføregraden. Etter en svær ulykkeskade kan det ofte være tvilsomt om den forsikrede vil dø av skaden, eller overleve som invalid. For å forenkle oppgjøret er det derfor bestemt at

dersom den forsikrede dør av skaden i løpet av det første år etter ulykken, skal selskapet betale dødsfallserstatning. Ellers fastsettes uføregraden på årsdagen, men oppgjøret kan utskytes i ytterligere to år dersom den medisinske tilstand ennå ikke har stabilisert seg.

Også *sykeforsikringen* representerer en tradisjonell skadeforsikringsbransje. Den tar sikte på å gi erstatning ved inntektsbortfall som følge av midlertidig arbeidsuførhet på grunn av ulykke eller sykdom. Det økonomiske behov for slik dekning blir i stor utstrekning ivare tatt av sykelønn og sykepenger fra Folketrygden; sykeforsikring blir derfor i hovedsak tegnet av selvstendig næringsdrivende og folk i liberale yrker. Erstatningsbeløpet pr. sykedag er avtalt på forhånd (taksert). For å minske faren for svik mot selskapet er det gjerne bestemt at dekningen først blir fullt effektiv en viss tid (f.eks. 30 dager) etter tegningen. Sykdom som viser symptomer i løpet av denne "karenstiden", gir ikke grunnlag for krav mot selskapet.

FAL (1989) § 10-1 annet ledd sier at ulykkes- og sykeforsikring skal anses som *personforsikring* og reguleres av lovens Del B (personforsikringsdelen). Dette er ikke til hinder for at disse forsikringene fortsatt blir solgt av skadeforsikringselskaper.

De problemene som kan oppstå i forbindelse med opplysningsplikt og forsikringstilfelle i ulykkes- og sykeforsikring vil ikke bli behandlet i det følgende. Men lovreglene om disse forsikringene vil bli trukket inn i den utstrekning de kaster lys over de øvrige uføreforsikringer.

Innenfor livsforsikringen har det tradisjonelt vært avtalt at plikten til å betale premie blir suspendert i perioder hvor forsikringstakeren er arbeidsufør, hva enten det skyldes et ulykkestilfelle eller sykdom (*premiefritak*). Dette gjelder uansett om det er

tale om en kapitalforsikring (med eller uten oppsparing) eller en rente-/pensjonsforsikring. Ved kollektiv forsikring blir premieplikten suspendert for et medlem som går sykmeldt. For selskapet innebærer bortfallet av premieinntekten at det må gi dekning mot den forsikredes uførhet.

Hovedformen av uføredekning i livsforsikring har vært *uførerente/uførepensjon*. Som navnet sier, betaler selskapet periodiske ytelser til personer som er blitt varig uføre. Uføredekningen er ikke obligatorisk; både individuell og kollektiv pensjonsforsikring kan tegnes med eller uten tilknyttet uførerente.

Endelig har det i de senere år vokst frem en ny forsikringsform, dekning av *uførekapital*, hvor selskapet utbetaler et omforenet beløp når det foreligger en varig uførhet på minst 50 prosent. En slik forsikring kan være knyttet til en individuell eller kollektiv livsforsikring, og den kan også tegnes som ledd i en såkalt "gjeldsforsikring" til fordel for en långiver.

Felles for uføredekningene i livsforsikring er at de bygger på et *ervervsmessig* uførhetsbegrep. Den medisinske uføregrad er i prinsippet uten interesse, selv om den nok kan gi en indikasjon på i hvilken grad arbeidsevnen er gått tapt. Det avgjørende er i hvilken grad den forsikrede må antas å kunne stå i et yrke som høver for ham i fremtiden. Vilkårene kan stille krav om at det skal være forsøkt attføring, og ofte knytter forsikringen seg direkte til uføredekningen i Folketrygden: Den uføregrad som er lagt til grunn i uføretrygden, skal gjelde også i forsikringen.

2. Oversikt over problemene

Når den forsikrede krever dekning, blir hovedspørsmålet om det virkelig *foreligger en helseforverring*, og i så fall: en forverring i forhold til hva? Helsetilstanden må måles i forhold til noe som antas å være normalt. Man kan som nevnt bruke to målestokker: om det

foreligger et *medisinsk* avvik fra det normale (amputerte ben og fingre, lammelse og annen nedsatt førlighet), eller om det er oppstått en *erhvervsmessig* hemning som helt eller delvis vil utelukke den forsikrede fra å utøve et yrke. Det er det siste uførebegrepet som brukes i de forsikringene vi skal se på. *Leger* vil spille en sentral rolle ved avgjørelsen.

En helseforverring kan være forbigående, som en influensa eller et benbrudd, eller den kan være varig. Den forbigående helseforverring manifesterer seg gjennom en *sykmelding*, og risikoen dekkes (i livsforsikringen) gjennom et premiefritak. Ganske anderledes inngripende er konstateringen av at det er skjedd en *varig* helseforverring. Her må det gis en ”sykmelding på livstid”, med vidtrekkende økonomiske konsekvenser for selskapet. Det skal betale en uførerente frem til pensjonsalder, eller et stort kapitalbeløp som kompensasjon for den tapte ervervsevne. Som vi skal se, omgjørder forsikringsvilkårene disse avgjørelsene med spesielle prosedyrer og betingelser.

Selv om det foreligger en forbigående eller varig helseforverring, er det ikke gitt at selskapet er ansvarlig. Tilstanden må *skyldes en fare som selskapet svarer for*. Dette kravet mister mye av sin interesse når forsikringen er tegnet på ”all risk”-basis, når den m.a.o dekker enhver årsak som kan medføre uførhet, sykdom så vel som ulykke. Da er det tilstrekkelig å konstatere at det er oppstått en relevant uførhet. Men spørsmålet *kan* melde seg dersom spesielle sykdommer er udekket, enten fordi selskapet vil holde dem utenfor forsikringen (gjørne etter en konkret vurdering av den forsikredes helse, på bakgrunn av risikoopplysningene), eller fordi sykdommen allerede var der da forsikringen ble tegnet, og den forsikrede har forsømt å si fra om den. Teoretisk kan det også tenkes at bestemte sykdommer og tilstander er generelt

unntatt fra dekningen, men slike begrensninger forekommer knapt i praksis. — Også når det gjelder årsaken til en helseforverring, er det legene som må gi premissene for avgjørelsen.

Hovedproblemet i uføreforsikringen knytter seg til *den moralske risiko*. Helse er et diffust begrep, særlig når helsen er definert som evnen til å fungere i et yrke. Fristelse til å utnytte forsikringen på en uakseptabel måte kan melde seg i to sammenhenger: Dels kan man ile til selskapet og tegne en forsikring mot uførhet når man kjenner symptomer på noe man frykter vil bli en alvorlig lidelse. Og dels vil man ikke nettopp overdrive sin styrke og livskraft når legene skal ta stilling til om man har fått en varig helseforverring. ”Erstatningsnevrosene”, som alltid har vært ansett som et alvorlig problem i erstatningsretten, er neppe mindre utbredt i forsikringen mot uførhet. Det er jo slett ikke sikkert at noen i ettertid vil oppdage at den forsikrede har klart å skjule sin gjenværende arbeidsevne; i andre sammenhenger vet vi at ”svart arbeid” kan gi et godt utkomme.

Lovgivningens svar på det første problemet er reglene om *forsikringstakerens opplysningsplikt*. Disse reglene kan imidlertid — som hovedregel — bare brukes når det er noe å klandre forsikringstakeren; han må minimum ha utvist uaktsomhet ved beskrivelsen av sin helsetilstand. Selskapene vil derfor gjerne prøve å styrke sin stilling gjennom mer objektivt utformede klausuler, og den nye forsikringsavtaleloven har enkelte regler om adgangen til å bruke dem. Et hovedemne i det følgende blir derfor hvor langt disse lovreglene rekker, og hvor langt selskapene kan styrke sin stilling gjennom klausuler rettet mot den forsikredes helsetilstand ved avtaleslutningen.

Det annet hovedproblem er når det kan sies å være oppstått en uførhet som utløser et krav på erstatning. Dette problemet har to sider:

Hvordan kan man i vilkårene beskrive denne uførheten, m.a.o definere *forsikringstilfellet*, på en måte som er tilstrekkelig restriktiv, men samtidig er forenlig med lovens tvingende regler? Det andre aspektet går på *bevisskravene*. Hvis man intet sier, gjelder de alminnelige prosessuelle regler om bevisføring og bevisbyrde. Spørsmålet blir om selskapene har frihet til å bestemme hvilke bevis som må foreligge for at det skal være forpliktet.

Før man kan ta fatt på disse spørsmålene, må man imidlertid rydde et formelt problem av veien. FAL har flere bestemmelser som gir særregler om "livsforsikring". Vi må bringe på det rene om disse reglene gjelder for uføredekningen, enten slik at vi uten videre anser den som en form for "livsforsikring", eller fordi den i hvert fall er knyttet til en utvilsom livsforsikring på en slik måte at særbestemmelsene må gjelde for hele pakken.

3. Hva betyr "livsforsikring" i FAL 1989?

FAL 1930 opererte med en sontring mellom på den ene siden "livsforsikring" (§§ 97 til 118), og på den annen side "ulykkesforsikring og sykeforsikring" (§§ 119 til 124). Endel av reglene i livsforsikringsavsnittet var uttrykkelig gjort anvendelige i ulykkes- og sykeforsikringen; de andre gjaldt følgelig ikke. At ulykkesforsikring var noe annet enn livsforsikring, var i og for seg greit. Når man skal avgjøre hva "sykeforsikring" betød i 1930-loven, må man se på forholdene da loven ble gitt. Dekning av "uførekapital" var ukjent. Uførepensjon forekom nok, men lovens bestemmelse om "livrenteforsikring" (§ 118) synes nokså klart å ta sikte på de tradisjonelle former, alders-, etterlatte- og barnpensjoner. "Sykeforsikring" var en innarbeidet betegnelse på dagpenge-dekning ved midlertidig sykmelding. Premiefritak ved

invaliditet var da som nå et vanlig tillegg til livsforsikringen, men ingen av bestemmelsene hverken i livsforsikringskapitlet eller i kapitlet om ulykkes- og sykeforsikring kunne med rimelighet få anvendelse på denne dekningen; her gjaldt altså bare lovens alminnelige regler om opplysningsplikt o.l.

Det er følgelig grunnlag for å hevde at lovgiveren i 1930 med "livsforsikring" mente forsikring hvor det inngikk et element av (negativ eller positiv) *dødsrisiko*, og at det ikke var noen spesialbestemmelser i loven som direkte tok sikte på forsikring mot varig uførhet.

En tilsvarende sontring var trukket i tilsynslovgivningen. Sontringen kom særlig klart til uttrykk i selskapsloven av 1911 § 2 annet ledd, slik det lød etter en serie tilføyelser i 1963 til 1985:

"Et selskap som overtar livsforsikring, maa ikke drive anden forsikringsvirksomhet. Dog kan selskapet i den utstrekning, som Kredittilsynet tillater, overta invaliditetsforsikring i arbeidsforhold og invaliditetsforsikring som er knyttet til livsforsikring ..."

Her var det altså klart sagt at forsikring mot varig uførhet var noe annet enn "livsforsikring". Linjen er ført videre i den nye loven om forsikringsvirksomhet (lov 10. juni 1988 nr 39) hvor det heter i § 1-2 første ledd:

"Livsforsikringsselskaper kan bare overta livsforsikringer. Kredittilsynet kan tillate at livsforsikringsselskaper overtar andre personforsikringer."

FAL 1989 består av to hoveddeler, en del A om skadeforsikring og en del B om personforsikring. "Personforsikring" er definert slik i § 10-1 annet ledd:

"Med personforsikring menes livsforsikring, ulykkesforsikring og sykeforsikring. Forsikringen kan tegnes på

forsikringstakerens eller en eller flere andre personers liv eller helse.”

De ordene som brukes i definisjonen av ”personforsikring” er derimot ikke definert i lovteksten. *Lovkomitéen* kommenterer dette slik (NOU 1983: 56 s. 44):

”Utvalget har ikke gitt noen definisjon av disse forsikringsformene. Erfaringsmessig har det vist seg svært vanskelig å gi en klar og uttømmende definisjon av begrepene, og det er neppe heller nødvendig av hensyn til praktiseringen av loven. Gjennom teori og praksis har det utkrystallisert seg visse trekk som karakteriserer ”livsforsikring”, ”ulykkesforsikring” og ”sykeforsikring”, og disse vil i alminnelighet gi tilstrekkelig veiledning.”

Imidlertid fortsetter utvalget med å gi en beskrivelse av det typiske innhold i begrepene. Ulykkesforsikring og sykeforsikring beskrives med de tradisjonelle kriterier, sykeforsikringen ”gir rett til dagpenger under sykdom og dekning av utgifter til medisinsk hjelp og pleie.” Om livsforsikringen sies det:

”Det som særlig karakteriserer en *livsforsikring* er at den gir dekning mot dødsrisiko i en avtalt forsikringstid. I tilknytning til dødsrisikodekningen gis det ofte også en invaliditetsdekning, f.eks. ved at det gis rett til premiefritak ved invaliditet og invaliditetserstatning.”

Her er altså retten til premiefritak — som vel alltid har vært ansett som en integrerende del av en livsforsikring — sidestilt med ”invaliditetserstatning”. *Komitéen* synes å mene at der hvor en dekning av midlertidig eller varig uførhet er kombinert med en tradisjonell livsforsikring, må lovens spesialbestemmelser om ”livsforsikring” få anvendelse på hele pakken.

Den videre behandlingen av lovutkastet støtter en slik tolkning. I proposisjonen (Ot. prp. nr. 49 (1988—89) s. 108 uttaler departementet:

””Livsforsikring” omfatter også ”pensjonsforsikring”, jf utkastet §10-2 bokstav f.”

Den definisjonen av pensjonsforsikring som departementet viser til her, retter seg mot forsikringer ”som går inn under de særregler som er gitt om pensjonsforsikring i lovgivningen for øvrig”, og disse reglene omfatter også avtaler hvor det inngår en uførepensjon.

Enda klarere kommer departementets syn til uttrykk i dets kommentar til et innspill fra forsikringsbransjen i høringsrunden. Norges Forsikringsforbund/De Norske Livsforsikringsselskapers forening hadde uttalt:

”Uførepensjon (og uførekapital), eventuelt under fellesbetegnelsen uføreforsikring, bør nevnes ved definisjon av personforsikring i 2. avsnitt. Slik forslaget nå lyder, kan det reises tvil om ytelser som her er nevnt i det hele tatt dekkes av definisjonen.”

Til dette sa departementet at

”uføreforsikring gir rett til erstatning ved invaliditet. I motsetning til ulykkesforsikring — som bare dekker ulykkesrisikoen — dekker en uføreforsikring invaliditet som følge av både sykdom og ulykke. Uføreforsikring tegnes av livsforsikringsselskapene i tilknytning til en ren dødsrisikoforsikring eller en sammensatt livsforsikring. I teori og praksis har det vært vanlig å la betegnelsen ”livsforsikring” også omfatte ”uføreforsikring”. Dette synes forutsatt i forsikringsvirksomhetsloven 1-2 om skille mellom forsikringsbransjene. Departementet antar at denne begrepsbruken må kunne legges til grunn også i loven her.”

Departementet legger åpenbart mer i virksomhetslovens § 1-2 første ledd enn det er grunnlag for: At et livsforsikringsselskap får tillatelse til å overta forsikringer mot uførhet, betyr jo ikke at denne dekningen også må være undergitt avtalerettslige spesialbestemmelser om livsforsikring.

Bortsett fra dette, er departementets holdning helt klar: Når en uføredekning er tegnet i tilknytning til en tradisjonell livsforsikring, skal lovens spesialbestemmelser om livsforsikring brukes på alle sider av avtalen.

Dette er et konsekvensrikt standpunkt. FAL 1989, også de bestemmelser som uttrykkelig retter seg mot "livsforsikring", er tvingende. Dersom man følger komitéens og departementets anvisning, vil selskapene ikke kunne ta inn avvikende klausuler om uføredelen av forsikringen. Følger man den ikke, blir uføreforsikringen formelt sett liggende i et rettslig vakum; den nevnes ikke i definisjonen av "personforsikring" i § 10-1 annet ledd. Reelt må man i så fall bruke de reglene som *ikke* handler om livsforsikring, altså alle fellesregler og — der hvor ingen fellesregler finnes — reglene om ulykkes- og sykeforsikring.

Det er derfor grunn til å se på hvilke spesialregler om livsforsikring som det er tale om å underkaste uføreforsikringen. Kommer man til at det er sterke materielle grunner til å holde uføredekningen utenfor disse reglene, må man vel lande på at den er en egen form for personforsikring på linje med ulykkes- og sykeforsikringen, til tross for at den ikke er kommet med i definisjonen i § 10-1 annet ledd.

FAL § 12-3 knesetter forskjellige regimer for livsforsikring og andre former for personforsikring når det gjelder forsikringstakerens rett til å si opp avtalen. En løpende avtale om livsforsikring kan når som helst avbrytes. For ulykkes- og sykeforsikring gjelder derimot de samme regler som i skadeforsikringen, altså rett til oppsigelse i forbindelse med den årlige fornyelse, og ellers "dersom forsikringsbehovet faller bort eller det foreligger andre særlige grunner". Forskjellen bunner i at ulykkes- og sykeforsikring tradisjonelt har vært tegnet av skadeforsikringsselskaper med ett års forsikringstid; livsforsikringskontrakter er

derimot som oftest langsiktige avtaler. — Avtaler om uførepensjon og uførekapital følger i denne henseende samme mønster som livsforsikringen, noe behov for å introdusere årskontrakter her kan det ikke være.

§12-4 regulerer selskapets rett til å si opp avtalen. Ved livsforsikring er det bare oppsigelsesrett når det kommer for dagen at forsikringstakeren har forsømt sin opplysningsplikt ved avtaleslutningen. Ved ulykkes- og sykeforsikring kan selskapet også, på samme måte som i skadeforsikringen, kvitte seg med en kunde som har utvist svik under et erstatningsoppgjør. En slik oppsigelsesrett kunne nok også være velgrunnet i uføreforsikringen. Ved den rene livsforsikring er erstatningsoppgjøret svært ukomplisert; den forsikrede skal være død eller ha oppnådd en avtalt alder. Noe rom for svik blir det ikke. Ved uføreforsikring er derimot svikmulighetene større enn i ulykkesforsikringen for så vidt gjelder omfanget av den erstatningsmessige uførhet, og en tilsvarende oppsigelsesrett for selskapet kunne gi mening. På den annen side ville nok et livsforsikringsselskap vike tilbake for å "si opp enhver forsikringsavtale det har med vedkommende med en ukes varsel", dersom det hadde fått en bevisst uriktig opplysning om helseforhold og arbeidsmuligheter. Slikt har man leger til å kontrollere; at den forsikrede stort sett overdriper sine plager får man regne med. Den skarpe oppsigelsesadgangen i ulykkes- og sykeforsikringen får man reservere for de arrangerte "ulykkestilfeller" (skoleeksemplet er tommelen som går på huggestabben) og de falske sykmeldinger. Det kan også anføres at det for den forsikrede og hans pårørende vil være meget alvorlig å bli berøvet en viktig del av sikkerhetsnettet mot sykdom. — Konklusjonen blir altså at selskapet ikke trenger skarpere oppsigelsesadgang i

uføreforsikringen enn i forsikringen mot dødsrisiko.

§ 12-6 pålegger selskapet en plikt til å varsle forsikringstakeren om utløpet av livsforsikringsavtale som er inngått for tre år eller mer. Regelen passer bra på en langvarig avtale om uføreforsikring.

§ 12-7 siste ledd åpner (antitetisk) en adgang for livsforsikringsselskapene til å endre vilkårene i forsikringstiden. Det praktiske behov er å kunne tilpasse premie og ytelser under langvarige avtaler til endringer i Folketrygden. Tilsvarende behov kan lett oppstå i uføreforsikringen.

§ 12-8 gir forsikringstakeren rett til å gjenoppta en livsforsikring som han har "slaktet" ved å ta ut gjenkjøpsverdien. Såfremt han sier fra innen 6 måneder, kan han, uten hensyn til om helsen er forverret i mellomtiden, kreve at den gamle forsikringen løper videre "som ren risikoforsikring med fradrag av gjenkjøpsverdien". Det forekommer forsikringer som gir rett til utbetaling ved alternativt død og 100 % uførhet, og en sammensatt livsforsikring kan også være kombinert med en forsikring av uførekapital. Spørsmålet blir da om også uføredekningen blir gjenopplivet når forsikringstakeren gjenopptar forsikringen. For selskapet ville dette være meget risikabelt, da det som nevnt ikke kan påberope seg at den forsikredes helse er forverret etter at han tok ut pengene.

Motivene (NOU 1983: 56 s. 71) understreker at bestemmelsen "stadfester en opsjonsrett som forsikringstakeren ofte er tilsagt i livsforsikring". Selskapene har alltid praktisert prinsippet slik at det bare er dødsrisikodelen som kan gjenopptas. Beskrivelsen i lovteksten av den forsikring som skal løpe videre ("ren risikoforsikring med fradrag av gjenkjøpsverdien") viser helt klart at uføredekningen ikke kan gjenopptas på denne måten.

§ 12-9 om "midlertidig dekning ved livsforsikring" handler om forsikring mot dødsrisiko, og blir ikke aktuell ved uføreforsikring.

§ 13-4 annet ledd er en viktig bestemmelse i vår sammenheng. Den sier at selskapet ved livsforsikring bare har sviksinnsigelsen i behold når det er gått to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Det kan ikke lenger gjøre gjeldende at forsikringstakeren har forsømt opplysningsplikten uaktsomt, selv ikke grovt uaktsomt. Prinsippet har gammel hevd i livsforsikringen. Noen selskaper forbeholdt seg bare sviksinnsigelsen etter to år; andre beholdt også innsigelsen om grov uaktsomhet. Ved lovrevisjonen valgte man den mest forbrukervennlige løsning her. Det blir åpenbart viktig å få slått fast om denne avskjæringen av innsigelser bare gjelder i forbindelse med forsikringstakerens død, eller om den også gjelder hvor det er den forsikredes helse som har sviktet.

Innledningsvis er det grunn til å understreke at premiefritaket ved invaliditet *ikke* har fulgt samme regler som dødsfallserstatningen. Når den forsikrede søkte om premiefritak f.eks etter tre år, kunne selskapet påberope seg at han hadde utvist vanlig uaktsomhet i forbindelse med helseopplysningene, jfr. FAL (1930) § 7.

Heller ikke avtaler om individuell pensjonsforsikring med tilknyttet uførepensjon har inneholdt en uttrykkelig "benådningsregel" av denne art. Her har det derimot forekommet at selskapet helt generelt har fraskrevet seg adgangen til å påberope simpel uaktsomhet (se — til illustrasjon — Uttalelse nr. 222 fra nemnden for uriktige opplysninger.) Når en dekning av uførekapital har vært koblet til en individuell livsforsikring, kan løsningen ha vært mer tvilsom; bestemmelsene om uførekapital har knyttet seg til dødsrisikoforsikringen og ikke inneholdt egne regler om brudd på

opplysningsplikten. For disse uføredekningene har også bildet vært komplisert ved at de har inneholdt en to-års, semi-objektiv helseklausul.

Alt i alt må det sies å innebære en markert skjerpelse av selskapenes ansvar dersom benådningsregelen i FAL § 13-4 annet ledd gis full anvendelse på de uføredekninger som tegnes i "livsforsikring". Jeg kommer nærmere tilbake til problemet nedenfor under behandlingen av "helseklausulene".

§ 13-9 første ledd gir (antitetisk) den regel at selskapet ved livsforsikring ikke kan påberope seg at den forsikrede har fremkalt forsikringstilfellet ved grov uaktsomhet. Dette er en rimelig løsning også ved uføreforsikring. En regel om avkortning ved grov uaktsomhet bør — i den utstrekning den overhodet kan anvendes i personforsikringen — begrenses til ulykkesforsikringen.

Etter § 14-3 kan en livsforsikring som er suspendert på grunn av manglende premiebetaling "settes i kraft igjen uten nye helseopplysninger" dersom forfalte premier blir betalt innen 6 måneder. Om dette uttaler motivene (NOU 1983: 56 s. 101):

"Dette innebærer at selskapet bærer risikoen for helseforverring i den tiden forsikringen har vært ute av kraft. Blir den forsikrede invalid i denne perioden, vil forsikringen kunne gjenopptas med premiefritak dersom vilkårene gir rett til dette".

Her sier altså motivene ikke bare at gjenopptagelsen omfatter uføredekning (retten til premiefritak), men endog at et forsikringstilfelle som er inntruffet i suspensjonstiden får økonomiske konsekvenser når forsikringen igjen løper.

Løsningen blir altså her en annen enn når forsikringen har vært "slaktet" ved uttak av gjenkjøpsverdien, jfr. ovenfor om § 12-8. Dette skyldes dels at loven er formulert forskjellig, og dels at det bør være forskjell på å gi avkall på forsikringen ved en villet

disposisjon, og det å være på etterskudd med en premiebetaling.

§ 14-4, om varselplikt overfor ektefelle og rettighetshavere ved mislighold av premien for en livsforsikring, kan vanskelig tenkes å få betydning for tilknyttede uføredekninger.

Reglene i *kapittel 17*, om registrering av livsforsikring, tar sikte på å ordne forholdet til tredjemenn med rettigheter i forsikringen. Det kan vanskelig tenkes at det blir stiftet slike rettigheter i tilknyttede uføredekninger, men dersom det skulle skje, er det grunn til å bruke de samme rettsvernsregler som ved dødsfalls-dekningen.

§ 18-5 oppstiller en preklusiv meldefrist på ett år i ulykkes- og sykeforsikringen. Antitetisk må det slutes at livsforsikring bare er underlagt foreldelsesreglene i § 18-6. Her kan det nok oppstå endel vanskeligheter.

For det første gjelder det en foreldelsesfrist på 10 år ved "kapitalforsikring i livsforsikring", mens "andre krav på erstatning eller forsikringssum" foreldes etter 3 år. Det ville være helt umulig dersom retten til en uførekapital skulle bestå i 10 år fra "utløpet av det kalenderår da den berettigede fikk nødvendig kunnskap om det forhold som begrunner kravet", uten at selskapet hadde fått noe varsel i mellomtiden. Av motivene fremgår det imidlertid at 10-årsfristen ble satt på grunn av parallellen med forvaltning av sparepenger (NOU 1983: 56 s. 164). Man kan derfor trygt legge til grunn at denne lange foreldelsesfristen bare gjelder for livsforsikring i trang mening, hvor tidsforløpet ikke reduserer mulighetene for å føre bevis for at det er inntrådt et forsikringstilfelle.

Like fullt gjenstår det en frist på 3 år fra utløpet av det kalenderår hvor den forsikrede ble klar over at han var rammet av en relevant uførhet. Dette kan synes lenge. Etter paragrafens annet ledd blir imidlertid løsningen akkurat den samme for en uførepensjon, og her er reglene hentet direkte

fra foreldelsesloven. Alt i alt er det vel akseptabelt at det ikke kan avtales noen egentlig meldefrist, men at det gjelder en tre års foreldelsesfrist ved krav på uførepensjon og uførekapital. De tilstander det er tale om, kan i ettertid dokumenteres gjennom sykmeldinger, legejournaler o.l. Dessuten skal man være klar over at det er tale om permanente ("varige") helseforverrelser, som altså stadig vil være til stede når kravet omsider blir meldt. Ved uførepensjon blir det i realiteten bare et spørsmål om selskapet skal betale pensjonen med tilbakevirkende kraft. Ved uførekapital vil den forsikrede ha vel tre år på seg til å melde fra om sin (stadig permanente) uførhet, en løsning som vel ikke kan ansees for urimelig.

I *kollektivkapitlet* er det to bestemmelser som gir særregler om livsforsikring og kan være aktuelle i vår sammenheng. Det er § 19-7, som gir medlemmene rett til å fortsette forsikringsforholdet på individuell basis uten å gi nye helseopplysninger. Prinsippet må åpenbart gjelde også for dekning av uførepensjon og uførekapital. Og det er § 19-10 om adgangen til å avtale karenstid ved uføredekning "i kollektiv livsforsikring". Denne regelen kommer jeg tilbake til nedenfor. Men jeg understreker — og det er terminologisk sett interessant — at bestemmelsen åpenbart regner uføredekningen som en integrerende del av en livsforsikring.

Etter denne gjennomgangen er det klart at det stort sett ikke vil føre til uheldige materielle resultater dersom man følger lovkomitéens og departementets intensjoner, og bruker FAL's regler om "livsforsikring" også på de innslag av uføredekning som er knyttet til en tradisjonell livsforsikring. Dette gjelder altså retten til premiefritak, uførepensjon og uførekapital. Ett forbehold må man imidlertid ta: "Benådningsregelen" i § 13-4 annet ledd kan føre til en markert

ansvarsskjerpelse for selskapene dersom den også gis anvendelse på uføredekningene. Dette har nær sammenheng med reglene om helseklausuler, og jeg kommer tilbake til det nedenfor.

Det gjenstår imidlertid ett problem. Hittil har vi forutsatt at disse uføredekningene alltid er knyttet til en livsforsikring. Det har altså vært tale om å føre hele forsikringsforholdet inn under de reglene som gjelder for hoveddekningen. For en regulær uførepensjon vil vel denne forutsetningen alltid slå til. En forsikring av uførekapital må derimot kunne tenkes tegnet i forbindelse med en ulykkesforsikring, og det samme gjelder for en rett til premiefritak ved invaliditet. Og spørsmålet blir om de *også da* skal regnes som livsforsikringer ved anvendelsen av reglene i FAL. (Det må understrekes at en slik mulighet forutsetter en oppmyking av konsesjonspraksis. Hittil har forsikring av uførekapital og rett til premiefritak ligget eksklusivt i livsforsikringsbransjen.)

Det er vanskelig å finne momenter som taler for den ene eller den annen løsning. Dekning av *permanente* helseforverringer forekommer både i og utenfor livsforsikringen. Heller ikke er *all risk*-dekning et særkjenne for livsforsikring, også sykeforsikring hviler på dette prinsippet. Det avgjørende synes imidlertid å være at forsikringsformene uførepensjon, uførekapital og premiefritak ved invaliditet er utviklet og tilbudt av *livsforsikringsbransjen* og hittil har vært markedsført eksklusivt av denne bransje. Dette bør føre til at de tar med seg sin karakter av "livsforsikring" selv om skillet mellom bransjene skulle bli oppmyket, så meget desto mer som vår gjennomgang av FAL har vist at livsforsikringsreglene stort sett passer på disse forsikringsformene, eller i hvert fall kan anvendes uten store skadevirkninger.

4. Avgrensingen mot sykdom og lyte som forelå da forsikringen ble tegnet.

Som nevnt innledningsvis, kan en forsikring mot uførhet være tegnet på "all risk"-basis, eller, som ulykkesforsikringen, med positivt angitt farefelt. Når dekningen bare omfatter uførhet som skyldes et ulykkestilfelle, blir tidsavgrensingen enkel: Ulykken må ha skjedd etter at selskapets ansvar begynte å løpe. (En annen sak er at ulykkeskaden kan gå i samvirke med eldre sykdommer og lyter. De årsaksproblemene som melder seg i rene ulykkesdekninger, lar vi ligge.)

Uførepensjon, uførekapital og premiefritak ved invaliditet blir utløst uansett årsaken til uførheten. Også her må imidlertid selskapet sørge for at det skjer en avgrensning mot risiko som må sies å ha realisert seg før forsikringen begynte å løpe.

Ved forsikring av *uførekapital* er dette formulert som et krav om at uførheten er oppstått "som følge av ulykkeskade eller sykdom inntruffet i forsikringstiden". At sykdommen er "inntruffet" er vel ensbetydende med at den er "brutt ut", eller at den forsikrede "er rammet" av den. Man kan spørre om sykdommen kan være "inntruffet" før den er "konstatert". Hvis det i "inntruffet" ligger et krav om ytre synbarhet for omverdenen, ved typiske anfall eller ved at det er stilt en diagnose, ville den forsikrede være dekket såfremt dette skjer i forsikringstiden, selv om han selv har merket symptomene tidligere. Dette problemet er imidlertid, som vi skal se, løst gjennom andre bestemmelser.

Vilkårene for *uførepensjon* og *premiefritak ved invaliditet* sier ikke uttrykkelig at sykdommen skal være oppstått etter at forsikringen trådte i kraft. For begge ytelser er det imidlertid et krav at ervervsmessig uførhet av en viss tyngde skal ha bestått i et visst tidsrom før vedkommende ytelse begynner å løpe ("*karenstid*"). Kravet er som

utgangspunkt 25 % nedsatt ervervsevne i et sammenhengende tidsrom av 12 måneder, men for begge ytelser kan det avtales en kortere karenstid. Nå skulle man tro at det i hvert fall måtte være bestemt at uføreperioden hadde begynt etter at forsikringen ble effektiv, men dette følger av andre bestemmelser.

Først minner vi imidlertid om at reglene om *forsikringstakerens opplysningsplikt* ligger i bunnen. I en forsikring mot uførhet er den forsikredes helsetilstand når forsikringen blir tegnet et sentralt tema. Omfanget av opplysningsplikten bestemmes av de spørsmål selskapet stiller (§ 13-1). Det er vanskelig å tenke seg at det skulle foreligge slike "særlige forhold" vedrørende helsen at forsikringstakeren får opplysningsplikt uten hensyn til spørreskjemaet etter paragrafens siste punktum. Det måtte i tilfelle være dersom selskapet har unnlatt å stille spørsmål om forsikringstakeren "føler seg frisk og arbeidsfør", og forsikringstakeren allerede har merket alvorlige symptomer på noe han frykter vil bli en invalidiserende lidelse.

For at selskapet skal kunne kreve ansvarsfrihet eller avkortning etter reglene om opplysningsplikt når det senere inntreffer en uførhet, må forsikringstakeren ha "forsømt" opplysningsplikten, dvs. utvist uaktsomhet, og det må være mer enn "bare lite å legge [ham] til last" (§ 13-2). Reglene om opplysningsplikt utelukker i prinsippet at det tas objektive forbehold knyttet til den forsikredes helsetilstand når avtalen blir inngått. Slike forbehold må leses på bakgrunn av reglene i kapittel 13. Riktignok har loven et par bestemmelser som i en viss grad tillater slike klausuler, men hvis ingen av disse kan anvendes, er den forsikredes helsetilstand ved forsikringens tegning et tema for opplysningsplikten, og de tvingende bestemmelsene må brukes.

Det er to bestemmelser i FAL 1989 som ved uføreforsikring tillater spesielle reservasjoner knyttet til den forsikredes helsetilstand ved

tegningen: § 13-5 og § 19-10. Den siste bestemmelsen er den enkleste, og vi skal se på den først. Bestemmelsen lyder slik:

”§ 19-10 (tegning av livsforsikring uten opplysninger om risikoen)

I kollektiv livsforsikring kan det uten hinder av § 13-5 avtales at selskapet ikke svarer for arbeidsuførhet som inntreer 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 ikke har avgitt helseerklæring.”

Motivene (NOU 1983: 56 s. 169) innleder med å peke på at det i kollektiv personforsikring bare i liten grad blir innhentet helseopplysninger fra medlemmene selv. Ofte er det tilstrekkelig for opptak i ordningen at arbeidsgiveren gir erklæring om ”full arbeidsdyktighet” e.l. Også ved ”tilmeldingsforsikringene”, hvor medlemmet trer i direkte kontakt med selskapet, er opplysningsplikten vesentlig mindre omfattende. En slik forenklet opplysningsplikt er et vilkår for at kollektivforsikringen kan fungere, praktisk og økonomisk.

For å begrense sin uførerisiko har selskapene tradisjonelt forbeholdt seg ansvarsfrihet ved uførhet som skyldtes lyter eller sykdommer som den forsikrede hadde da han trådte inn i ordningen. Som regel er klausulene helt objektivt utformet. Ved obligatoriske ordninger gjelder forbeholdet bare ved uførhet som inntreer i løpet av de første to år, mens det ved ”tilmeldingsforsikringer” gjelder uten tidsbegrensning.

Det lovgivningspolitiske spørsmål blir da om slike klausuler skal godtas. Utvalget antok at ”gjeldende avtalepraksis i store trekk bør kunne fortsette. Ansvarsfriheten bør imidlertid ikke kunne gjøres gjeldende mot et medlem som var i god tro da han trådte inn i

forsikringen” (NOU 1983: 56 s. 169). Resultatet ble en bestemmelse tilsvarende lov om Statens Pensjonskasse av 28. juli 1949 § 27 tredje ledd første punktum. Selskapet kan ta forbehold mot uførhet som inntreer i de første to år av forsikringstiden såfremt uførheten skyldes sykdom eller lyte som medlemmet hadde ved sin inntreden ”og som det må antas at medlemmet kjente til”.

Bestemmelsen sonderer ikke uttrykkelig mellom obligatoriske og frivillige ordninger. Hovedforskjellen mellom disse to typene er at det ved obligatoriske ordninger ikke blir innhentet egentlige risikoopplysninger: Selskapet nøyer seg med en erklæring fra arbeidsgiveren om at de som skal tas opp i ordningen for øyeblikket er arbeidsføre. Ved frivillige ordninger, hvor den forsikrede er henvist til selv å ta kontakt med selskapet for å melde seg inn, blir han avkrevet en kortfattet helseerklæring. Og spørsmålet blir om det er adgang til å ta semi-objektive helseforbehold også i den sistnevnte forsikringsform.

Det må være klart at rekkevidden av bestemmelsen er begrenset til de obligatoriske ordninger. Paragrafens overskrift sier at den skal gjelde ved ”tegning av livsforsikring uten opplysninger om risikoen”. Og tilføyelsen i annet punktum taler uttrykkelig om ”en medforsikret person som ikke har avgitt helseerklæring”. Tilføyelsen er kommentert slik i motivene (NOU 1983 s. 184):

”Etter paragrafens *annet punktum* er det adgang til å ta tilsvarende forbehold for risiko knyttet til en medforsikret person som selskapet ikke har krevet helseopplysninger om. Dette svarer i hovedtrekk til praksis i dag ved ektefelleforsikring (dødsrisikoforsikring) tilknyttet gruppelevsforsikring. Ved slike ordninger der tilslutningen er obligatorisk kreves i alminnelighet ingen opplysninger om ektefellen, og adgangen til å ta forbehold vil derfor kunne brukes. *Hvis det er individuell tilmelding til forsikringen, blir det i regelen*

også krevet kortfattede helseopplysninger for medforsikret ektefelle, og forbehold etter annet punktum kan ikke komme til anvendelse.” (Uthevelsen er gjort her).

Nå skal man riktignok være noe forsiktig med å la en paragrafoverskrift bestemme innholdet i paragrafen. Det uthevede avsnitt fra motivene, særlig ordet ”også”, viser imidlertid klart at det ikke var lovgiverens mening å tillate semi-objektive helseklausuler ved frivillige ordninger hvor medlemmene avgir kortfattet helse-erklæring.

I forhold til gjeldende avtalepraksis ble det altså en skjerpelse i tre retninger: Virkningen av klausulene kunne aldri være i mer enn to år fra tegningen, de helt objektive klausuler ble forbudt, og det skulle ikke lenger være adgang til å ta helseforbehold når det ved innmelding i frivillige ordninger ble krevd helse-erklæring.

At medlemmet måtte antas å kjenne til forholdet, er ikke det samme som at man (ved en forsikring med risiko-opplysninger) kunne ha brukt reglene om opplysningsplikt. For det første krever disse reglene at det skal være mer enn bare en liten uaktsomhet. For det annet vil aktsomheten måtte vurderes i sammenheng med hvordan selskapet har formet sine spørsmål. Ved bruk av § 19-10 i kollektiv forsikring blir det en selvstendig, konkret vurdering av hva medlemmet måtte antas å kjenne til. Motivene antyder at det som hovedregel må kreves at sykdommen er *konstatert* på det tidspunkt da forsikringen trådte i kraft. ”Hvorvidt det må antas at den forsikrede kjente til sykdommen, vil bero på forholdene. Her må man se på den informasjon han fikk fra lege eller sykehus.” (NOU 1983: 56 s. 169.) Klausulen vil nok kunne brukes i flere situasjoner enn dem hvor selskapet kunne ha påberopt brudd på opplysningsplikten.

Bestemmelsen omfatter alle typer av uføredekning i livsforsikringen: uførepensjon, uførekapital og premiefritak. (Dekning av medisinsk uførhet forekommer

bare i ulykkesforsikring som ikke er ”livsforsikring”. Også sykeforsikring faller utenfor bestemmelsen dersom den unntaksvis skulle være tegnet på kollektiv basis.)

Et spesielt tolkingsproblem ble avklart i proposisjonen (s. 152): Selskapene hadde under høringen fremholdt problemet med avvekslende syk- og friskmeldinger i den første to-årsperioden; det burde etter deres mening sies uttrykkelig at virkningen av klausulen først opphørte ved utløpet av en sammenhengende friskmeldingsperiode på to år. Departementet antok at dette var et bevissspørsmål som man fikk løse konkret. Når en friskmelding viste seg å ha vært gitt på sviktende grunnlag, måtte man si at medlemmet i virkeligheten hadde vært sammenhengende ufør, og en kortvarig arbeidsperiode kunne ikke bringe medlemmet i ly av to-årsfristen.

Bestemmelsen i FAL 1989 § 19-10 tar opp i seg velkjent avtaleteknikk i kollektivforsikringen. Ved obligatoriske ordninger, hvor det ikke gis helseopplysninger, vil bestemmelsen neppe skape vanskeligheter i praksis. Bestemmelsen opprettholder stort sett tidligere avtaleformer. Når et medlem blir ufør innen to år etter innmeldingen (og selskapet har tatt det tillatte forbehold), vil selskapet ha mulighet for å sannsynliggjøre at han eller hun kjente til sin sykdom. Er det gått mer enn to år, blir bevisene vanskeligere, og sannsynligheten er større for at uførheten skyldes sykdom som er støtt til senere.

Man kan imidlertid spørre om det nå er blitt en fare for spekulasjon mot selskapet ved frivillige ordninger (”tilmeldingsforsikringer”). Her ble det tidligere tatt objektive helseforbehold uten tidsbegrensning. Før vi tar opp dette problemet i full bredde, er det nødvendig å se på den andre bestemmelsen i FAL som regulerer helseklausulene.

Den andre bestemmelsen om objektive helseklausuler står blant reglene om opplysningsplikt, og lyder slik:

”§ 13-5 (ansvarsbegrensning på grunn av den forsikredes helsetilstand)

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. Et slikt forbehold er likevel gyldig dersom

(a) forbeholdet grunner seg på opplysninger som selskapet har fått om den forsikrede, eller

(b) selskapet av særlige grunner er avskåret fra å innhente opplysninger fra den forsikrede. I slike tilfeller svarer selskapet likevel for sykdom eller lyte som den forsikrede ikke hadde kjennskap til da selskapets ansvar begynte å løpe.

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.

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

Paragrafens første ledd formulerer en grunnleggende side av reglene om opplysningsplikten ved uføreforsikring: Den forsikrede persons helsetilstand når selskapet overtar risikoen for den er et *tema for opplysningsplikt*. Selskapet må *spørre* om hans helse, og kan bare avslå ansvar når det har fått subjektivt tilregnelige, uriktige eller ufullstendige, svar. Den eneste situasjon hvor dette prinsippet — som hovedregel — må vike, er hvor det faktisk er umulig for selskapet å få stilt slike spørsmål. Slik kan forholdene ligge an når forsikringstakeren og den forsikrede er forskjellige personer (”forsikring på fremmed liv”). Det kan være umulig å få tak i den forsikrede, han vil ikke svare på spørsmål om sin helse, eller

forsikringstakeren vil ikke at han skal spørres. Motivene antyder også (NOU 1983 s. 91) at det kan være praktisk umulig å spørre den forsikrede som selv tegner forsikringen om hans helsetilstand, f.eks. ved salg av reiseforsikring over disk. Når ikke selskapet *kan* få opplysninger, må det kunne ta forbehold mot følgene av det som det ikke har fått vite. Men selv da skal den forsikrede være beskyttet mot følgene av det som heller ikke han selv kunne vite noe om, og som han følgelig ikke hadde kunnet opplyse, dersom han var blitt spurt (første ledd (b) annet punktum).

Nå kunne *ulykkesforsikringen* tenkes å reise et problem. Her fralegger selskapene seg alt ansvar for følgene av *sykdom*, hva enten sykdommen besto fra før eller den forsikrede er blitt rammet av den i forsikringstiden. Motivene understreker imidlertid at det her er tale om et *generelt fareunntak*. Når selskapet ikke svarer for følgene av sykdom, er den forsikredes helsetilstand overhodet ikke noe tema for opplysningsplikt ved tegningen. Det forutsettes derfor at de vanlige sykdomsforbehold i ulykkesforsikringen fortsatt skal være gyldige (NOU 1983 s. 91).

(Man kan spørre hvilken virkning det vil ha dersom selskapet likevel stiller spørsmål om den forsikredes helse ved tegningen av en ulykkesforsikring. Slike spørsmål vil nærmest ha karakter av en *forhåndsinnhenting av bevis*, til bruk dersom det i forsikringstiden skulle bli aktuelt å bruke et sykdomsforbehold i forbindelse med en skade. Situasjonen fanges ikke opp av reglene i FAL om opplysningsplikt, hverken i forbindelse med tegning eller skadeoppgjør. Man må vel bruke alminnelige avtalerettslige prinsipper, farget av de forsikringsrettslige særregler om forbrukervern.)

Så langt vi hittil har sett på § 13-5 er bestemmelsen uproblematisk, og fastslår bare det man ellers ville ha kommet til ved en fortolkning av §§ 13-1 til 13-3.

Paragrafens *annet ledd* gir så en særregel om forsikringer hvor ”den moralske risiko” er særlig stor, og hvor selskapene derfor har et særlig behov for å kunne beskytte seg ved mer eller mindre objektive helseklausuler. Det gjelder for det første *sykeforsikringen*, altså dekningen av dagpenger ved midlertidig sykdom. Her har selskapene tradisjonelt brukt en ”symptomklausul” som innebærer at den forsikrede ikke kan kreve dagpenger ved sykdom som viser de første symptomer mindre enn 30 dager etter at forsikringen ble tegnet. Et slikt forbehold er åpenbart påkrevd for å hindre at den som kjenner de første symptomer på influensa, løper til et selskap for å sikre seg mot inntektstap. Annet ledd første punktum sier uttrykkelig at slike forbehold fortsatt skal være gyldige. Bestemmelsen setter ingen grenser for hvor lang den avtalte karenstid kan være, men dette vil regulere seg selv gjennom konkurransen. En sykeforsikring som ikke gir dekning før det er gått et halvår eller mer, vil åpenbart være lite salgbar.

Til denne bestemmelsen føyer så annet ledd annet punktum: ”Tilsvarende gjelder ved uføredekning i tilknytning til livsforsikring.” Spørsmålet blir hva denne tilføyelsen egentlig betyr.

Motivene til § 13-5 annet ledd lyder slik (NOU 1983 s.91):

”Paragrafens *annet ledd* åpner adgang til å ta forbehold som har stor likhet med ”objektive helseklausuler” i forsikring som gir krav på utbetalinger ved arbeidsuførhet. I vilkårene for sykeforsikring er det inntatt en ”symptomklausul” som innebærer at selskapet ikke svarer for sykdom som har vist symptomer tidligere enn 30 dager etter at forsikringen ble tegnet. Tilsvarende er bestemt om retten til ”invalidkapital” som undertiden er knyttet til en livsforsikring. Ved slike forsikringer er det stor fare for spekulasjon mot selskapet, og utvalget antar at selskapene bør kunne beskytte seg mot

denne faren gjennom objektive klausuler. Hvor lang tid det skal gå etter tegningen før sykdomsdekningen blir fullt effektiv, vil selskapet kunne regulere i vilkårene.”

Først av alt er det grunn til å slå fast at bestemmelsen står blant lovens alminnelige regler om personforsikring. Den får altså anvendelse såvel i individuell som i kollektiv forsikring. Men i den utstrekning bestemmelsen omhandler forhold som også er regulert i kollektiv-kapitlet, må disse siste reglene gå foran, som spesialbestemmelser, jfr. § 19-1.

§ 13-5 annet ledd annet punktum skaper tvil i flere retninger. Etter ordlyden gjelder bestemmelsen for all ”uføredekning i tilknytning til livsforsikring”, altså såvel uførekapital, uførepensjon som premiefritak, mens motivene uttrykkelig vil begrense rekkevidden til uførekapitalen. For det annet tillater den helt objektive forbehold, mens en helseklausul i en kollektiv forsikring etter spesialregelen i § 19-10 bare kan gjelde sykdom eller lyte ”som det må antas at medlemmet kjente til”. Videre står selskapet etter § 13-5 ved individuell forsikring fritt til å bestemme lengden av karenstiden, mens den i kollektiv forsikring ikke kan være lengre enn to år. Og endelig er det grunn til å understreke forskjellen i uttryksmåte: § 13-5 annet ledd taler om ”sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt”, mens § 19-10 taler om ”arbeidsuførhet som inntre innen to år”.

To tolkningsmuligheter fremhever seg: *Enten* gir tilføyelsen en regel om forsikring av uførekapital skåret over samme lest som regelen om sykeforsikring, altså en regel om at det for uførekapitalen skal være tillatt med ”symptomklausuler” av relativt kort varighet. De kan, som i sykeforsikringen, være helt objektive, og innebærer at dekningen overhodet ikke blir effektiv før karenstiden er utløpt. Enhver sykdom er unntatt fra dekning, såfremt den viser symptomer før karenstiden er ute. Og det er nok at sykdommen har brutt

ut; det kreves ikke at den forsikrede er blitt helt eller delvis sykmeldt. *Alternativet* er at tilføyselsen, i en litt annen form, gir en regel av samme type som den som er gitt for obligatorisk kollektiv forsikring i § 19-10. I så fall gir bestemmelsen altså en hjemmel for å avtale at selskapet ved individuell livsforsikring med tilknyttet uføredekning ikke svarer for uførhet som skyldes lyte eller sykdom som den forsikrede hadde da forsikringen ble tegnet. Men i motsetning til § 19-10 setter § 13-5 ingen grenser for lengden av karenstiden — den kan i og for seg være evigvarende — og det er heller ikke noe krav om at den forsikrede kjente til sykdommen da han tegnet forsikringen.

Hvis den siste fortolkningen er den riktige, blir det en eiendommelig forskjell mellom kollektiv forsikring og individuell forsikring: Ved kollektiv forsikring med individuell tilmelding, hvor det tradisjonelt har vært krevd nokså summariske helseopplysninger, er det som vi så ikke tillatt med noen form for helseklausuler. Ved individuell forsikring derimot, hvor selskapet både kan innhente omfattende helseerklæringer og sende forsikringstakeren til legeundersøkelse, vil det dessuten være lov å ta et objektive og gjerne evigvarende forbehold mot sykdom som forsikringstakeren led av ved tegningen. Her er det åpenbart noe som ikke rimer.

Departementet har åpenbart gått ut fra at den første fortolkningen var den riktige. I proposisjonen (s. 122) sies det i kommentaren til § 13-5:

”Paragrafen regulerer selskapets adgang til å forbeholde seg ansvarsfrihet for følgen av sykdom eller lyte den forsikrede hadde da selskapets ansvar begynte å løpe. Paragrafen må ses i sammenheng med reglene om opplysningsplikt i § 13-1 jfr §§ 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. *I kollektiv forsikring gjør særlige forhold seg gjeldende. Her er derfor selskapet gjennom særbestemmelsen i § 19-10 gitt en mer omfattende adgang til å begrense ansvaret for sykdom eller lyte et medlem hadde på det tidspunkt selskapets ansvar begynte å løpe.*” (Uthevet her.)

Her er det åpenbart forutsatt at reglene i § 19-10 går lengre i å tillate helseklausuler enn de tilsvarende bestemmelser i § 13-5. De ”tilsvarende” symptomklausuler ved uføredekning i tilknytning til individuell livsforsikring må altså gå ut på noe mindre enn det som § 19-10 tillater, og ikke noe vesentlig mer, slik som resultatet ville bli dersom den annen fortolkning ble lagt til grunn.

Det samme synes å fremgå av komitéens motiver til § 13-5 annet ledd (siteret foran). Først sies det at bestemmelsen ikke gjelder egentlige ”objektive helseklausuler”, men noe som har ”stor likhet” med dem. Dette ”noe” beskrives deretter som 30 dagers symptomklausuler i sykeforsikring. Så sies det at ”tilsvarende er bestemt om retten til ”invalidkapital” som undertiden er knyttet til en livsforsikring”. Det pekes på at det ved ”slike forsikringer” — altså sykeforsikring og ”invalidkapital” — er stor fare for spekulasjon mot selskapet, og at selskapet derfor bør ha adgang til å beskytte seg gjennom objektive klausuler. Og endelig pekes det på at bestemmelsen ikke setter grenser for karenstidens lengde; her skal det være avtalefrihet. — Alt i alt nokså klare antydninger om at de klausuler som skal være tillatt ved dekningen av uførekapital, skal likne mer på symptomklausulene i sykeforsikringen enn på helseklausulene ved kollektiv uføreforsikring. Derfor må karenstiden være kort — så meget desto mer som klausulene kan virke helt objektive, i motsetning til helseklausulene som bare er semi-objektive.

Både ordlyden og motivene trekker derfor i retning av at § 13-5 annet ledd annet punktum ikke tillater tradisjonelle helseklausuler ved individuell livsforsikring med tilknyttet uføredekning. Det lovgiveren har villet, er å gi selskapene et vern mot de opplagte forsøk på svindel, som kan være umulige å bevise. Den som kjenner at en sykdom er på gang, skal ikke kunne gå til et forsikringselskap og få dekning mot de økonomiske følger av sykdommen. Sykdommer som er så pass mye på gang at man merker dem, har en tendens til å slå ut relativt snart. Hvor lang en karenstid av denne art bør være for å gi selskapene et adekvat vern, får legene uttale seg om. Lovgiveren har sagt at selskapene står fritt til å fastsette en passende karenstid i denne sammenhengen. Den kan være 30 dager, som i sykeforsikringen, eller den kan kanskje være et halvår. Men den kan ikke være to år eller evigvarende.

For selskapene har en slik karenstid den store fordel at den virker helt objektivt. Hvis sykdommen har vist symptomer i løpet av den fastsatte periode etter tegningen, faller den utenfor uføredekningen, uten at man behøver vurdere hvorvidt det må antas at den forsikrede hadde kjennskap til den. Og det er nok at sykdommen bevislig har *vist symptomer*. Det kreves ikke at den forsikrede er blitt sykmeldt, det er ikke en gang nødvendig at han har oppsøkt lege, dersom man på annen måte kan føre bevis for symptomene. — Når § 13-5 annet ledd tolkes på denne måten, blir det sammenheng i lovens system.

På ett punkt bør nok selskapene gis et mer utstrakt vern enn motivene antyder. Som vi så, var det den moralske risiko ved forsikring av *uførekapital* som begrunnet symptom-regelen. Det kan imidlertid være noe tilfeldig om forsikringstakeren kjøper et produkt med innebygget rett til *uførerente*, som økonomisk sett kan bety like meget som en kapitalerstatning. Og dersom det skulle

være aktuelt å bruke prinsippet også på en avtalt rett til *premiefritak*, kan det heller ikke være noe i veien for det. Begge de siste ytelser faller inn under ordlyden i bestemmelsen, og uttalelsen i motivene gir ikke tilstrekkelig grunn til å tolke bestemmelsen innskrenkende.

Nå er det på tide å vende tilbake til det problemet vi antydte under behandlingen av § 19-10: Når § 13-5 bare legaliserer kortvarige ”symptomklausuler”, vil gale helseopplysninger ved uføredekningen bli regulert av lovens alminnelige regler om opplysningsplikt i §§ 13-1 til 13-4, såvel ved kollektiv forsikring med individuell tilmelding, som ved individuell forsikring. I begge bransjer gjelder altså § 13-4 annet ledd, som sier at dersom det er gått mer enn to år etter tegningen, kan selskapet bare påberope seg svik. Innebærer ikke dette en uforholdsmessig og utilsiktet fare for spekulasjon mot selskapet? Vil ikke en person som har mistanke om at han lider av en alvorlig sykdom sørge for å ta ut en uføreforsikring og stole på at han kan holde det gående i to år uten å oppsøke helsevesenet? Å bevise *svik* i en slik situasjon vil være nærmest ugjørlig. Selskapene kan hevde at en slik rettsstilstand vil gjøre det nesten umulig å markedsføre uføredekninger som masseprodukt.

Det er nok mulig at selskapene, i tillit til sine objektive helseklausuler, har tatt for lett på opplysningsplikten ved tegning av uførekapitalforsikringer, særlig når de markedsføres kollektivt. Men det er grunn til å spørre om de vil kunne holde risikoen på et akseptabelt nivå når bruken av slike klausuler er blitt helt stengt gjennom den nye FAL. Et meget viktig moment i denne sammenheng er at de etter to år bare kan anfekte forsikringen dersom de kan bevise svik. Selv ikke grov uaktsomhet fra forsikringstakerens side kan de påberope seg når det er gått to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe.

Konsekvensen kan bli at de enten helt må slutte å markedsføre uføredekninger av noen størrelse, eller at de må belaste tegningen av slike forsikringer med uforholdsmessige helseundersøkelser.

Som vi tidligere har vært inne på, representerer regelen i § 13-4 annet ledd en markert innstramning i disfavør av selskapene. Regelen om at en ugyldighetsinnsigelse basert på uaktsomhet ble avskåret etter to år, var utviklet med sikte på *dødsfallsdekningen*. Det var helt på det rene at ”benådningssklausulene” ikke gjaldt for premiefritaket, og de ble heller aldri uttrykkelig gjort gjeldende for dekningen av uførekapital og uførepensjon. Men når uttrykket ”livsforsikring” i § 13-4 annet ledd nå må antas å omfatte også disse dekningene, er selskapenes muligheter for å håndheve reglene om opplysningsplikt blitt drastisk redusert. Det er intet i motivene som indikerer at lovgiveren virkelig *mente* å gjennomføre en slik endring av rettstilstanden. Tvert imot var man opptatt av å lovfeste gjeldende avtalepraksis, med små modifikasjoner i favør av de forsikrede. Konklusjonen må bli at § 13-4 annet ledd slår for vidt, og at bestemmelsen bør justeres ved den gjennomgang av forsikringsavtaleloven som det er naturlig å gjøre på grunnlag av erfaringene med ikraftsettelsen.

5. Beskrivelsen av forsikringstilfellet ved uføredekningen

Som vi tidligere har vært inne på, kan en uførhet beskrives på to måter: som en fysiologisk/medisinsk tilstand, eller som en manglende evne til å utføre inntektsbringende arbeid.

Den første metoden brukes i ulykkesforsikringen. Her oppstiller vilkårene utførlige tabeller over forskjellige typer av lyter og skader, og foreskriver at man skal

bruke tabellen analogisk når man står overfor en skade som ikke er uttrykkelig nevnt.

Ved uførepensjon, uførekapital og rett til premiefritak er det den andre metoden som brukes. Men ettersom ervervsuførhet som regel ikke er noe som umiddelbart kan iakttas, må det fastsettes prosedyrer for hvordan man kan få konstatert at den forsikrede virkelig er blitt ervervsufør.

Hva enten det er tale om medisinsk eller ervervsmessig uførhet, avhenger erstatningsplikten av *graden* av uførhet. Det kan være full proporsjonalitet over hele skalaen, som i ulykkesforsikringen, eller det kan være fastsatt en terskelverdi som gir rett til hele forsikringssummen. Det siste er ordningen ved uførekapital, hvor hele beløpet kommer til utbetaling når den forsikrede er blitt 50 % eller mer ufør. Endelig kan det være proporsjonal erstatning for uførhet over en viss minstegrense, som ved uførepensjon og rett til premiefritak. — Graden av uførhet kan selvsagt ikke iakttas direkte, den må *fastsettes*, hva enten det er tale om en medisinsk eller ervervsmessig vurdering.

Nå har konstateringen av at det er inntruffet et ”forsikringstilfelle” betydning i flere retninger. Viktigst er at selskapet får erstatningsplikt, men også *renteplikten* er knyttet til begrepet. Her gjelder § 18-4 første ledd:

”Selskapet skal svare rente av erstatning eller forsikringssum når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til selskapet.”

Det kan åpenbart ikke bli tale om renteplikt før det er inntruffet et ”forsikringstilfelle” som den berettigede kan sende melding om. Og det kan bli spørsmål om hvor lenge selskapet, gjennom sin beskrivelse av ”forsikringstilfellet”, kan utsette renteplikten.

I det følgende skal vi se på noen av de problemene som kan oppstå i forbindelse med definisjonen av forsikringstilfellet ved

uføredekning. Oversikten gjør ikke krav på å være uttømmende.

Utgangspunktet for FAL 1989 er at det skal være full avtalefrihet for så vidt gjelder utformingen av *forsikringsproduktet*. En sentral del av produktutformingen er beskrivelsen av hva som skal til for å utløse selskapets erstatningsplikt. Prinsippet om avtalefrihet må gjelde så sant det ikke finnes tvingende bestemmelser som i spesielle relasjoner legger føringer på beskrivelsen.

Uføredekning handler om den forsikredes helsetilstand, bedømt medisinsk eller i relasjon til yrkeslivet. Erstatningsplikten blir utløst når *helsetilstanden forverres* i en nærmere bestemt grad. En grunnleggende problemstilling kan være om forsikringstilfellet må anses inntrådt så snart det *foreligger* en slik grad av helseforverring, eller om det også må ha *skjedde en konstatering* i de foreskrevne former. Problemstillingen får betydning i situasjoner hvor det er viktig å fastslå nøyaktig når forsikringstilfellet inntrådte, f.eks. i relasjon til renteplikten.

Til å begynne med kan en slå fast at det i hvert fall er én form for prosedyre som *ikke* kan gjøres til en del av beskrivelsen: godkjennelser som skjer innenfor selskapet selv, f.eks. ved dets hovedlege. Det sies f.eks. i vilkårene for forsikring av uførekapital at erstatningen forfaller til utbetaling når en bestemt uføregrad er inntrådt "og ervervsudyktigheten av selskapet bedømmes å være varig". Det er greit at selskapet ikke betaler noe før det selv erkjenner eller av en domstol blir pålagt erstatningsplikt. Men selve "forsikringstilfellet" inntreer uavhengig av selskapets erkjennelse. I motsatt fall ville selskapet ha forbeholdt seg selvdømme med hensyn til sin egen erstatningsplikt, en løsning som selvsagt er helt uakseptabel.

Godkjennelsesprosedyren kan imidlertid være lagt til instanser utenfor selskapet. Undertiden er uføredekningen gjort avhengig av at den forsikrede er tilkjent uførepensjon

fra Folketrygden. Dette må være en akseptabel beskrivelse av forsikringstilfellet. En avgjørelse gjennom Rikstrygdeverkets apparat er, i forhold til forsikringen, noe som skjer "i den ytre verden". Er det derimot forsikringsvilkårene som fastlegger prosedyren — f.eks. en obligatorisk nemnd hvor den forsikrede og selskapet oppnevner sine representanter — har ordningen størst likhet med de skjønn og besiktelser som ofte avtales i skadeforsikringen. Forsikringstilfellet er inntruffet, men partene er blitt enige om en prosedyre for å fastslå at dette er tilfellet, og samtidig vurdere omfanget av selskapets erstatningsplikt. Er f.eks. utbetalingen av forsikringssummen, som uførekapitalen, gjort avhengig av at den forsikrede er blitt minst 50 % varig ervervsufør, vil en slik nemnd konstatere at den forsikrede på et visst tidspunkt ble så ufør, og at det idag ikke er håp om forbedring.

Meget ofte er det imidlertid lagt inn en *karenstid* i beskrivelsen av forsikringstilfellet. En typisk klausul fra forsikringen av uførekapital sier f.eks. at selskapets betalingsplikt inntreer

"når forsikrede som følge av ulykkesskade eller sykdom inntruffet i forsikringstiden har vært minst 50 % ervervsmessig ufør i et sammenhengende tidsrom av 2 år."

Liknende bestemmelser finnes i vilkårene for uførepensjon og rett til premiefritak.

Her oppstår spørsmålet om utløpet av karenstiden er en integrerende del av "forsikringstilfellet", eller om kravet om to års sammenhengende sykmelding bare er et krav om bevis og prosedyre. Og her får svaret meget stor økonomisk betydning. Som vi så foran, løper selskapets renteplikt fra to måneder etter at det har fått "melding om forsikringstilfellet". Er det tilstrekkelig til å utløse et løpende rentekrav at den forsikrede melder fra om at han er blitt syk og som følge av det er sykmeldt? Eller kan han først sende slik "melding" ved utløpet av karenstiden? To

års morarente utgjør for tiden 36 % av det avtalte kapitalbeløp.

La oss starte med å se på ulykkesforsikringen, hvor løsningen er sikker. Her brukte selskapene lenge en klausul som lot renten begynne å løpe etter at invaliditetsgraden var fastslått på årsdagen etter ulykken. Det ble reist spørsmål om dette var forenlig med de tvingende renteregler i FAL 1930 § 24. Selskapene aksepterte at en naturlig forståelse av uttrykket ”forsikringstilfellet” måtte peke mot det ulykkestilfellet som var årsak til invaliditeten; det var altså tilstrekkelig at den forsikrede meldte fra om ulykken. Bestemmelsen om at uføregraden skulle bestemmes på grunnlag av tilstanden på ett-årsdagen etter ulykken, ble sett som en regel om prosedyre og bevisbedømmelse, og vilkårene ble endret.

I ulykkesforsikringen er det imidlertid ikke satt noe krav til *omfanget* av den uførhet som gir rett til erstatning. Ethvert lyte er tilstrekkelig, bare man kan få det plassert innenfor tabellverket og satt et prosenttall på det. Dette er anderledes i den uføreforsikring som er knyttet til livsforsikringen. Om man ser ”ulykkestilfelle” og ”sykdom” som de bakenforliggende farer som må ha rammet den forsikrede i forsikringstiden og utløst en uførhet, så er det ikke nok at de har rammet; de må ha rammet så hardt at de har resultert i en 50 %’s (eller 25 %’s) varig uførhet. Det er naturlig å se dette som ledd i beskrivelsen av den utløsende fare. Den må være av en viss styrke, ellers faller den ikke inn under dekningen. Dette er en del av produktbeskrivelsen, hvor det er avtalefrihet. ”Forsikringstilfellet” er i hvert fall ikke inntruffet før det er oppstått en ervervsuførhet av det nødvendige omfang.

Når man først erkjenner dette, tror jeg at det også må være riktig å inkludere utløpet av den avtalte karenstid i beskrivelsen av forsikringstilfellet. Man kan si at det er stilt ytterligere ett krav til styrken av den sykdom

eller den ulykkeskade som omfattes av dekningen: Ikke bare må den føre til sykmelding, men tilstanden må vise seg å være så alvorlig at den fører til en sammenhengende sykmelding gjennom hele det avtalte tidsrom.

Hvis dette er holdbart, må også en annen teknikk være akseptabel: Forsikringstilfellet defineres som en minst 50 %, varig, uførhet som kan konstateres en viss tid — f.eks. tre år — etter den ulykke eller det sykdomsutbrudd som er årsak til tilstanden. Forskjellen fra den foregående modell er at det ikke kreves en sammenhengende sykmelding i dette tidsrommet. En slik ordning er på mange måter mer hensiktsmessig, først og fremst fordi den ikke avskjærer den forsikrede fra å prøve seg i full jobb i den perioden hvor skaden eller sykdommen er under utvikling.

Deretter setter ytterligere ett krav inn: Ved utløpet av karenstiden må ”man” (selskapet, ev. en domstol) finne det godtgjort at tilstanden er blitt *varig*. Dette er en medisinsk/sosial, skjønnsmessig avgjørelse, og den kan ta atskillig tid, dersom det er uenighet om utsiktene til forbedring. Men *når* avgjørelsen til slutt blir truffet, skjer det med tilbakevirkende kraft, det blir konstatert at det ikke ved utløpet av karenstiden var grunn til å tro at den forsikrede igjen ville komme i arbeid. At det på et eller annet senere tidspunkt blir truffet en slik avgjørelse, er derfor ikke en integrerende del av ”forsikringstilfellet”.

”Forsikringstilfellet” ved uføredekning i tilknytning til livsforsikring er etter dette *at* den forsikrede i forsikringstiden er blitt rammet av sykdom eller ulykke, *at* han som følge av dette er blitt ervervsmessig ufør i en nærmere bestemt grad, og *at* denne uførheten har vart sammenhengende i et nærmere bestemt tidsrom, enten i form av full sykmelding, eller i hvert fall som en kontinuerlig sykdomsutvikling. Det må imidlertid understrekes at dette må være

materielle, ufravikelige krav oppstilt i forsikringsvilkårene. Hvis det f.eks. er bestemt at kravene ”normalt” må være oppfylt, men at den forsikrede likevel kan få erstatning på et tidligere tidspunkt dersom han sannsynliggjør at kravene *vil bli* oppfylt, vil man lett komme til at kravene bare oppstiller en form for normalbevis. I så fall vil

”forsikringstilfellet” være inntrådt når den forsikrede er rammet av sykdom eller ulykke og tilbyr et sannsynlighetsbevis for at han er blitt varig, ervervsmessig ufør i det avtalte omfang.