

# **HELSEKLAUSULER I KOLLEKTIVE LIVSFORSIKRINGSAVTALER**

I hvilken utstrekning kan forsikringselskapene styrke sin stilling gjennom helseklausuler i kollektive livsforsikringsavtaler?

Kandidatnr: 230 og 232

Veileder: Hans Jacob Bull

Leveringsfrist: 25.04.2005

Til sammen 26 059 ord

22.04.2005



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b>1</b>
1.1	TEMA OG AVGRENSNINGER	1
1.2	RETTSKILDER	3
1.2.1	OVERSIKT OVER DET GENERELLE RETTSKILDEBILDET	3
1.2.2	PRAKSIS FRA FORSIKRINGSSKADENEMNDA	5
1.2.3	FORSIKRINGSPRAKSIS	6
1.3	FREMSTILLINGEN VIDERE	8
<b>2</b>	<b><u>EN OVERSIKT OVER FAL § 13-5 OG § 19-10</u></b>	<b>9</b>
2.1	INNLEDNING	9
2.2	VIRKEOMRÅDET TIL LOVENS DEL B OM PERSONFORSIKRING	10
2.2.1	LIVSFORSIKRING	11
2.2.2	UFØREDEKNING I LIVSFORSIKRING	12
2.2.3	ULYKKESFORSIKRING	13
2.2.4	SYKEFORSIKRING	13
2.3	INDIVIDUELL OG KOLLEKTIV PERSONFORSIKRING	14
2.4	FORSIKRINGSAVTALEN	15
2.5	FORHOLDET MELLOM FAL § 13-5 FØRSTE LEDD OG OPPLYSNINGSPLIKTEN	16
2.6	FAL § 13-5 ANNET LEDD OG § 19-10	18
2.7	ANSVARSBEGRENSNINGENES VARIGHET I FAL § 13-5 ANNET LEDD OG § 19-10	19
2.8	SKJÆRINGSTIDSPUNKTET I FAL § 13-5 ANNET LEDD OG § 19-1	24
2.9	KRAVET TIL ÅRSAKSSAMMENHENG I FAL § 13-5 OG § 19-10	27
<b>3</b>	<b><u>VIRKEOMRÅDET TIL FAL § 19-10</u></b>	<b>31</b>
3.1	INNLEDNING	31
3.2	UFØREDEKNINGENS Plass I LIVSFORSIKRING	32
3.3	ER FORSIKRING MOT KRITISK SYKDOM EN PERSONFORSIKRING?	34
3.4	ER LISENSFORSIKRING EN PERSONFORSIKRING?	36
3.5	FORSIKRING MOT KRITISK SYKDOM/LISENSFORSIKRING OG UFØREDEKNINGEN	37
3.6	KAN FAL § 19-10 GIS ANALOGISK ANVENDELSE PÅ LISENSFORSIKRING	39

<b>4</b>	<b>HELSEKLAUSULER I HENHOLD TIL FAL § 19-10</b>	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>41</b>
<b>4.2</b>	<b>SYKDOMS- OG LYTEBEGREPENE OG DET SUBJEKTIVE ELEMENT</b>	<b>42</b>
4.2.1	INNLEDNING	42
4.2.2	SYKDOMSBEGREPET	43
4.2.3	DET SUBJEKTIVE ELEMENT	48
<b>4.3</b>	<b>KOMBINASJONEN HELSEKLAUSULER OG HELSEOPPLYSNINGER</b>	<b>53</b>
4.3.1	INNLEDNING	53
4.3.1.1	Definisjoner	54
4.3.2	KAN HELSEKLAUSULER KOMBINERES MED HELSEOPPLYSNINGER?	56
4.3.2.1	Loven	56
4.3.2.2	Forarbeider	57
4.3.2.3	Sammenhengen i lovverket	58
4.3.2.4	Rettspraksis	59
4.3.2.5	Praksis fra Forsikringsskadenemnda	60
4.3.2.6	Juridisk teori	62
4.3.2.7	Etterarbeider	63
4.3.2.8	Vurdering	64
<b>4.4</b>	<b>HVILKE HELSEOPPLYSNINGER FORSIKRINGSSELSKAPET KAN INNHENTE?</b>	<b>65</b>
4.4.1	INNLEDNING	65
4.4.2	LOVEN	66
4.4.3	SAMMENHENGEN I LOVVERKET	66
4.4.4	FORARBEIDER	67
4.4.5	RETTSPRAKSIS	68
4.4.6	PRAKSIS FRA FORSIKRINGSSKADENEMNDA	69
4.4.7	FORSIKRINGSSELSKAPENES OPPFATNINGER	70
4.4.8	JURIDISK TEORI	71
4.4.9	ETTERARBEIDER	71
4.4.10	VURDERING	72
<b>4.5</b>	<b>KAN FAL § 19-10 SUPPLERES MED FAL § 13-5?</b>	<b>73</b>
<b>4.6</b>	<b>FORSIKRINGSBEVISET</b>	<b>76</b>
4.6.1	INNLEDNING	76
4.6.2	LOVEN	76
4.6.3	FORARBEIDER	78
4.6.4	RETTSPRAKSIS	79
4.6.5	PRAKSIS FRA FORSIKRINGSSKADENEMNDA	79

4.6.6	JURIDISK TEORI	80
4.6.7	FORSIKRINGSELSESKAPENES OPPFATNINGER	81
4.6.8	VURDERING	82
<b>5</b>	<b><u>FORSLAG TIL LOVENDRINGER</u></b>	<b>84</b>
<b>5.1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>84</b>
<b>5.2</b>	<b>FORSLAG TIL ENDRINGER I FAL § 13-5 ANNET LEDD</b>	<b>84</b>
<b>5.3</b>	<b>FORSLAG TIL ENDRINGER I FAL § 10-1</b>	<b>85</b>
<b>5.4</b>	<b>FORSLAG TIL ENDRINGER I FAL § 19-10</b>	<b>87</b>
<b>5.5</b>	<b>FORSLAG TIL ENDRINGER I FAL § 19-4</b>	<b>88</b>
<b>6</b>	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b>89</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Tema og avgrensninger

Temaet for oppgaven er i hvilken utstrekning forsikringsselskapet kan styrke sin stilling gjennom helseklausuler i kollektiv livsforsikring. Med helseklausuler forstår vi ”objektive forbehold” forsikringsselskapet kan innta i forsikringsvilkårene der det ikke er innhentet opplysninger om den forsikredes helse.

Utgangspunktet er at det ikke kan tas forbehold knyttet til den forsikredes helse når en forsikringsavtale blir inngått. Forsikredes helse er et tema for opplysningsplikten, og dermed de preseptoriske reglene i Forsikringsavtaleloven (FAL) av 16. juni 1989 nr. 69 kapittel 13.

Dette utgangspunktet er modifisert i FAL § 13-5 og § 19-10. Disse bestemmelsene tillater i en viss grad ansvarsbegrensende klausuler, som er forbehold relatert til den forsikredes helse i henholdsvis individuell personforsikring og kollektiv livsforsikring.

I individuell personforsikring innhenter forsikringsselskapet oftest fullstendige helseopplysninger. Reglene om opplysningsplikt utelukker derfor at det tas generelle ansvarsbegrensninger, se § 13-5 første ledd første punktum. Gjennom opplysningspliktreglene vil selskapet få den informasjonen det trenger for å vurdere om det knytter seg spesielle risikofaktorer til vedkommende person det er snakk om å tegne forsikring på.

Kollektiv livsforsikring kjennetegnes ved at det oftest ikke innhentes så omfattende helseopplysninger som det man gjør i individuell personforsikring.

Forsikringsselskapet nøyer seg ofte med en forenklet helseerklæring, gjerne i form av en arbeidsdyktighetserklæring fra forsikredes arbeidsgiver eller fra forsikrede selv. En slik

forenklet opplysningsplikt er en forutsetning for at kollektivordningen skal kunne opprettholdes fullt ut, praktisk og økonomisk.

Selskapet er gitt en videre rett til å styrke sin stilling gjennom helseklausuler i kollektiv livsforsikring under forutsetning av at det ikke innhentes fullstendige helseopplysninger, se § 19-10 første punktum. Denne bestemmelsen utgjør den vesentligste delen av oppgaven. For å vurdere hvor langt den rekker, må vi ta stilling til en rekke vanskelige, og dels uavklarte problemstillinger.

Et første spørsmål relaterer seg til at § 19-10 er ment å være en erstatning for fullstendige helseopplysninger. Det kan derfor reises spørsmål om, og i tilfelle hvor langt, selskapet kan kombinere helseklausuler med helseopplysninger. Dette spørsmålet utgjør hovedproblemstillingen i oppgaven. Herunder vil vi vurdere om § 19-10 uttømmende regulerer bruk av helseklausuler i kollektiv livsforsikring, eller om den kan suppleres med ansvarsbegrensninger i henhold til § 13-5. En drøftelse av de alminnelige regler om hvilke helseopplysninger selskapet kan be om i individuell personforsikring, og forsikringstakerens og forsikredes plikt til å svare riktig og fullstendig på disse, faller utenfor oppgaven. De vil kun bli nevnt i den grad de har betydning for hvilke ansvarsbegrensende klausuler relatert til forsikredes helse forsikringsselskapet kan innta i forsikringsvilkårene.

Et annet spørsmål knytter seg til at § 19-10 første punktum er begrenset til å gjelde ”arbeidsuførhet” i tilknytning til ”livsforsikring”. Vi vil gi en oversikt over begrepene arbeidsuførhet og livsforsikring, herunder vil vi vurdere hvorfor uføredekningen har en plass i tradisjonell livsforsikring. Dette gjør vi fordi det er forholdsvis omtvistet hvorvidt lisensforsikring og forsikring mot kritisk sykdom faller inn under lovens del B om personforsikring, og eventuelt livsforsikringsbegrepet.

Et tredje spørsmål relaterer seg til at arbeidsuførheten må skyldes ”sykdom eller lyte som medlemmet hadde” da selskapets ansvar begynte å løpe, og som ”det må antas at medlemmet kjente til”, se § 19-10 første punktum. Det første problemet knytter seg til innholdet i sykdoms- og lytebegrepene, og kravet til årsakssammenheng mellom sykdom eller lyte medlemmet hadde ved avtaleinngåelsen og arbeidsuførheten. Det andre problemet relaterer seg til kunnskapskravet, det såkalte ”subjektive element”. Det

subjektive element var en prinsipielt viktig nyskapning for selskapene ved innføringen av FAL 1989, og reiser en del vanskelige problemstillinger i forhold til de prosessuelle reglene om beviskrav.

Et fjerde spørsmål knytter seg til forholdet mellom § 19-10 og § 13-5. Bestemmelsen i § 19-10 er etter sin egen ordlyd, ”uten hinder av § 13-5”, ment å være en tilpasning og unntak fra § 13-5. Unntakene i § 13-5 første ledd skaper ikke store problemer i praksis. Situasjonen er annerledes for symptomklausul-unntaket i § 13-5 annet ledd. Vi vil derfor hovedsakelig begrense fremstillingen til å gjelde forholdet mellom § 19-10 og § 13-5 annet ledd. Unntakene i § 13-5 første ledd vil kun bli nevnt i den grad de har betydning for forståelsen av sammenhengen i regelverket.

Et femte spørsmål relaterer seg til om helseklausuler i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset i medhold av § 11-2 annet ledd litra b. I henhold til § 19-4, jfr. § 11-2, plikter forsikringsselskapet å sørge for at ethvert medlem i kollektive forsikringsavtaler, der det føres fortegnelse over medlemmene, får et forsikringsbevis. Innholdet i forsikringsbeviset fremgår av § 19-4, jfr. § 11-2. Problemet knytter seg til at § 11-2 litra b ikke henviser direkte til § 19-10 når det gjelder hvilke forbehold som skal inn i forsikringsbeviset. Dette er et forholdsvis omstridt og uavklart tema, og vil derfor bli drøftet i oppgaven. Det vil falle utenfor oppgaven å gi en generell fremstilling om reglene om forsikringsbevisets innhold og omfang.

## 1.2 Rettskilder

### 1.2.1 Oversikt over det generelle rettskildebildet

Den mest sentrale rettskilden, i forhold til våre problemstillinger, er FAL 1989. Loven er svært forbrukervennlig sett forhold til praksis før FAL 1930, FAL 1930 og lignende lover i Europa. Den er i utgangspunktet preseptorisk i favør av ”den som utleder rett mot selskapet av forsikringsavtalen”, se FAL § 1-3 første ledd og § 10-3. Denne løsningen står i motsetning til FAL 1930, der utgangspunktet var at loven var deklarasjonsrett.



Forarbeidene<sup>1</sup> vil ha sentral plass i drøftelsene. Vi tillegger forarbeidene stor vekt i flere av drøftelsene, fordi det ikke foreligger andre autoritative rettskilder som belyser de tolkningsspørsmål vi står overfor.

Høyesterett har behandlet svært få saker knyttet til FAL 1989, og av disse har ingen vært direkte knyttet til § 19-10. Enkelte av problemstillingene vi skal ta stilling til har vært behandlet i Gulating lagmannsrett og tingrettene<sup>2</sup>. Disse dommene vil naturligvis ha en viss vekt i mangel av høyesterettsdommer. Utfordringen er at faktum i en del av disse dommene er spesielt. De fleste tingrettsdommene vi benytter er også upubliserte. Dette er faktorer som kan svekke deres vekt som rettskilde.

Det foreligger begrenset teori om temaet. Hovedfremstillingen<sup>3</sup> er skrevet av tre advokater med selskapstilknytning. Det må nødvendigvis tas i betraktning der fremstillingen trekker i motsatt retning av de øvrige rettskildene. Enkelte spørsmål er ikke omtalt i teorien, og er fortsatt uavklarte.

Det foreligger en uttalelse fra Justisdepartementets Lovavdeling<sup>4</sup> angående hvilke helseopplysninger forsikringsselskapene kan innhente hvis de inntar helseklausuler i henhold til § 19-10 i forsikringsvilkårene. Etterarbeider<sup>5</sup> kan få betydning for tolkningen av FAL. Generelt kan det sies at hvis lovgiver vil klargjøre eller endre rettstilstanden, har lovgiver sin lovgivningskompetanse til disposisjon. FAL gir også utstrakt mulighet til å bruke forskrifter. Dette er faktorer som trolig må svekke vekten av uttalelsen.

Behovet for sikkerhet og forutberegnelighet gjør seg klart gjeldende på forsikringsrettens område, spesielt der det dreier om betydelige interesser, som for eksempel i uføredekningen tilknyttet livsforsikring. Uføredekningen skal beskytte

---

<sup>1</sup> NOU 1983: 56, Ot.prp. nr. 49 (1988-89), Inst. O. nr. 98 (1988-89), debatt i Stortinget 6.juni 1989 sak nr. 6

<sup>2</sup> Bergen tingrett og Sandefjord tingrett

<sup>3</sup> Brynildsen, Claus. *Forsikringsavtaleloven med kommentarer*. Claus Brynildsen, Børre Lid og Truls Nygård. 1. utg. Oslo, 2001

<sup>4</sup> Uttalelse fra Justisdepartementet 09.10. 1990

<sup>5</sup> Med etterarbeider forstår vi uttalelser fra lovgiver i etterkant av lovens ikrafttredelse som kaster lys over hva som i sin tid var ment med vedkommende lovtekst.

forsikrede økonomisk der han eller hun er varig ute av stand til å utføre inntektsgivende arbeid. Bortfall av erstatningen kan få store økonomiske konsekvenser for forsikrede og eventuelt andre han eller hun forsørger. Løsningen er ofte skjønnsmessig og basert på en konkret interesseavveining der forsikredes behov for dekning vil veie tungt.

Rettskildebildet er preget av få svar på tolkningsspørsmål i autoritative rettskilder. Tolkningene må derfor basere seg på rettskilder av langt mer usikker vekt.

### 1.2.2 Praksis fra Forsikringsskadenemnda

Forsikringsskadenemnda (FSN) er et uavhengig organ som behandler ”saker vedrørende forståelsen av forsikringsvilkår eller lovgivning som har betydning i konkrete klagesaker”.<sup>6</sup> Avgjørelsene er offentlige, og dissenser skal begrunnes. I motsetning til rettspraksis, binder ikke avgjørelsene partene, men er kun rådgivende.<sup>7</sup>

Det foreligger forholdsvis omfattende praksis fra Forsikringsskadenemnda<sup>8</sup> vedrørende flere av våre problemstillinger.

Det er ingen tvil om at FSN-avgjørelser er en relevant faktor ved tolkningen av forsikringsvilkår og FAL. En eventuell tvil knytter seg hvilken vekt avgjørelsene må tillegges. Rettspraksis har flere ganger uttalt seg om dette vektspørsmålet, og FSN-avgjørelsene er tillagt til dels betydelig vekt.<sup>9</sup>

Generelt avhenger vektspørsmålet av hvorvidt praksisen er ensartet, enstemmig og om avgjørelsene er akseptert av forsikringsselskapene. Det vil også være av betydning hvilke andre rettskilder som foreligger, og om disse peker i samme retning som FSN-avgjørelsene. Vektspørsmålet kan ikke besvares generelt, men må bero på forholdene i det konkrete tilfellet.

---

<sup>6</sup> Avtale av 28. februar 2001 mellom Finansnæringens Hovedorganisasjon, Forbrukerrådet og Næringslivets Hovedorganisasjon § 10 første ledd

<sup>7</sup> Banklovkomisjonen har foreslått å endre FAL § 20-1 slik at avgjørelsene blir bindende med mindre nemnda er varslet innen fire uker om at avgjørelsene ikke vil bli fulgt

<sup>8</sup> Forsikringsskadenemnda, heretter FSN.

<sup>9</sup> Se for eksempel Rt 1987 s. 744 og RG 1991 s. 337 Bergen

Utfordringen i tilknytning til våre problemstillinger, er at FSN i de aktuelle avgjørelsene ofte har delt seg i et flertall og et mindretall, og at selskapene ikke har akseptert avgjørelsene. Avgjørelsene vil likevel ha en viss betydning i mangel av andre rettskilder.

### 1.2.3 Forsikringspraksis

Med forsikringspraksis forstår vi selskapspraksis og bransjepraksis. Selskapspraksis etablerer seg innenfor ett enkelt selskap, mens bransjepraksis utgjør en felles praksis for flere selskaper.

Forsikringspraksis kan etablere seg på grunnlag av selskapenes tolkning av sine egne forsikringsvilkår, saksbehandlingsprosessen, alminnelige oppfatninger i selskapene og praksis fra selskapenes interne nemnder. I denne oppgaven vil vi kun referere til vilkårene, saksbehandlingen og de alminnelige oppfatninger i selskapene.

Rettspraksis viser at forsikringspraksis vil kunne være relevant ved tolkningen av forsikringsvilkårene og FAL. Hvilken vekt forsikringspraksis bør tillegges, beror på flere forhold. Vekten avhenger blant annet av om praksisen er ensartet og hvor mange selskaper som følger denne praksisen. Det er større grunn til å legge vekt på praksis som går i favør av forsikringstakeren, som baserer seg på en fornuftig tolkning av forsikringsvilkårene og FAL, og som er tilgjengelig for forsikringskundene.

Høyesterett har i fem sentrale dommer<sup>10</sup> tillagt forsikringspraksis stor vekt. Felles for disse sakene var at forsikringsvilkårene var svært uklare. Når forsikringspraksis i slike tilfeller fremstår som objektiv og rasjonell, kan selv kun ett selskaps praksis bli tillagt vekt.<sup>11</sup>

For å få oversikt over forsikringspraksis, har vi valgt å kontakte selskapene direkte. Vi har snakket med advokater i selskapenes konsernjuridiske avdelinger og

---

<sup>10</sup> Rt. 1952 s. 177, Rt. 1978 s. 170, Rt. 1992 s. 1607, Rt. 1987 s. 1358 og Rt. 1993 s. 1482

produktutviklere. Kontakten har foregått i møter, per e-post og i telefonsamtaler. Vi stilte selskapene følgende spørsmål:

- 1 Anser dere det hensiktsmessig å innhente helseopplysninger i kollektiv livsforsikring?
- 2 Hvordan er spørsmålene eventuelt valgt ut? Har spørsmålene vært de samme etter FAL 1989, eller har det skjedd en utvikling? Hvilken utvikling har eventuelt skjedd?
- 3 Mener dere at § 19-10 uttømmende regulerer bruk av helseklausuler i kollektiv livsforsikring, eller kan den suppleres med § 13-5?
- 4 Hvis § 19-10 skal endres, hvilken ordlyd vil dere anse som hensiktsmessig?
- 5 Hvis dere selger lisensforsikring og forsikring mot kritisk sykdom, hvilken type forsikring vil dere karakterisere disse som og hvorfor?
- 6 Hvis dere anser disse forsikringene som livsforsikring, kan § 19-10 første punktum gis analogisk anvendelse på disse forsikringene?
- 7 Mener dere at ansvarsbegrensinger etter § 19-10 må inntas i forsikringsbeviset? Hvorfor/hvorfor ikke?

I tillegg har vi innhentet forsikringsvilkår og egenerklæringsskjemaer, og foretatt en sammenlikning av dekningsfeltene i de ulike forsikringsvilkårene.

Tilbakemeldingene vi har fått kan brukes som en relevant tolkningsfaktor ved vurderingen av selskapenes forsikringsvilkår. Vi vil foreta en henvisning til materialet underveis.

---

<sup>11</sup> Bull, Hans Jacob. *Innføring i Forsikringsrett*. 9. utg. Oslo 2003 s. 43

### 1.3 Fremstillingen videre

Vi vil først sammenlikne bestemmelsene i FAL § 19-10 og § 13-5. Deretter vil vi vurdere virkeområdet til § 19-10. Den vesentligste delen av oppgaven vil for det første bestå i å vurdere sykdom- og lytebegrepene og det subjektive element. For det andre vil vi drøfte om, og i tilfelle hvor langt, forsikringsselskapene kan kombinere helseklausuler med helseopplysninger i kollektiv livsforsikring. For det tredje vil vi si noe om hvorvidt § 19-10 uttømmende regulerer bruk av ansvarsbegrensende klausuler i kollektiv livsforsikring. For det fjerde vil drøfte om helseklausuler i tatt henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. I den siste delen av oppgaven vil vi komme med forslag til lovendringer.

## 2 En oversikt over FAL § 13-5 og § 19-10

### 2.1 Innledning

Vi vil i det følgende gi en oversikt over hvilke ansvarsbegrensende klausuler knyttet til den forsikredes helse forsikringsselskapet kan innta i forsikringsvilkårene i henhold til FAL § 13-5 og § 19-10.

Det klare utgangspunktet er at forsikringsselskapet ikke kan ta forbehold der forsikringen omfatter følger av sykdom eller lyte, se § 13-5 første ledd første punktum. I enkelte situasjoner er det imidlertid behov for å gjøre unntak fra dette utgangspunktet. Bestemmelsene i § 13-5 og § 19-10 regulerer uttømmende hvilke unntak dette er. Dette innebærer at det ikke gyldig kan tas forbehold om ansvarsfrihet eller ansvarsbegrensninger utover de rammer som trekkes i § 13-5 og § 19-10.

Bestemmelsen i § 13-5 første ledd gir for det første selskapet rett til å ta forbehold som grunner seg på de helseopplysninger som er innhentet, se litra a. For det andre kan selskapet ta forbehold der det av særlige grunner er avskåret fra å innhente helseopplysninger, se litra b. Annet ledd gir selskapet rett til å ta forbehold om at det ikke svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt. Dette unntaket vil bli omtalt som *symptomklausul-unntaket*.

Bestemmelsen i § 19-10 første punktum gir selskapet rett til å ta forbehold i kollektiv livsforsikring mot å dekke arbeidsuførhet som inntreffer innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Forutsetningen er at arbeidsuførheten skyldes sykdom eller lyte som medlemmet hadde på dette tidspunktet, og som det må antas at han eller hun kjente til. Når vi henviser til § 19-10, vil vi benytte begrepet *helseklausuler*.

Bestemmelsene i § 13-5 og § 19-10 står i et avhengighetsforhold til hverandre, i den forstand at § 19-10 er ment å være en tilpasning og et unntak fra § 13-5 i kollektiv livsforsikring. Av den grunn vil § 19-10 gi en viss veiledning ved tolkningen av § 13-5, og da spesielt ved tolkningen av symptomklausul-unntaket i § 13-5 annet ledd, som er

gitt en svært vid utforming og skaper en del problemer i praksis. Hovedvekten av fremstillingen vil derfor dreie seg om en sammenlikning av § 13-5 annet ledd og § 19-10 første punktum. Der vi både henviser til § 13-5 og § 19-10, vil vi bruke formuleringen *ansvarsbegrensende klausuler knyttet til den forsikredes helse*.

Det vil være naturlig å ta utgangspunkt i § 13-5. Bestemmelsen i § 19-10 vil bli behandlet parallelt. Formålet med fremstillingen er å gi leseren en oversikt over hvilke ansvarsbegrensninger som kan tas i individuell syke- og livsforsikring og kollektiv livsforsikring. Herunder er det nødvendig å gi en oversikt over innholdet i flere sentrale begreper som vil bli benyttet i oppgaven. Det er nødvendig for å forstå problemstillingene som reiser seg i kapittel 3 og 4, som utgjør den vesentligste delen av oppgaven.

## 2.2 Virkeområdet til lovens del B om personforsikring

FAL 1989 er delt inn i to hoveddeler, del A og del B. Hoveddelene regulerer henholdsvis avtaler om skadeforsikring og avtaler om personforsikring. Bestemmelsene i FAL § 13-5 og § 19-10 omfatter begge avtaler om personforsikring.

FAL har ingen samlet virkeområdebestemmelse. Bestemmelsen i § 10-1 angir virkeområdet for personforsikringsdelen. Første ledd første punktum tar utgangspunkt i et formelt forsikringsbegrep; ”Lovens del B gjelder for avtaler om personforsikring som inngås med forsikringsselskap”. Annet punktum bygger på et materielt forsikringsbegrep. Her fastslås det at reglene i del B også skal gjelde for ”andre avtaler om personforsikring, herunder forholdet mellom pensjonskasser og -fonds og medlemmene, så langt de passer.” Virkeområdet til FAL del B overlates i disse tilfellene til domstolenes skjønn ut fra om vedkommende regel ”passer” på den enkelte ordning.<sup>12</sup>

Annet ledd fastslår at begrepet personforsikring omfatter tre hovedgrupper forsikringer; livsforsikring, ulykkesforsikring og sykeforsikring. Det er ikke gitt en legaldefinisjon

---

<sup>12</sup> *ibid* s. 21

av personforsikringskategoriene loven opererer med. Når det skal avgjøres om en forsikring faller inn under en av de tre klassifiseringene, må man se på dekningsfeltet i den angjeldende forsikringens vilkår. Faller forsikringen utenfor samtlige tre kategorier, gjelder i utgangspunktet lovens del A om skadeforsikring, se FAL § 1-1 annet ledd.

Tredje ledd åpner for at Kongen i tvilstilfeller kan avgjøre om en forsikring er personforsikring, herunder hvilken kategori av personforsikring.

Gjennom teori og praksis har det utviklet seg visse trekk som karakteriserer begrepene livsforsikring, ulykkesforsikring og sykeforsikring. Det kan oppstå vanskelige grensedragninger i forhold til forsikringsprodukter som vanskelig lar seg plassere under noen av disse kategoriene. Denne grensedragningen vi komme tilbake i kapittel 3.

### 2.2.1 Livsforsikring

Det som særlig karakteriserer en livsforsikring, er at den gir dekning mot dødsrisiko uten hensyn til hvilken risikobegivenhet som har medført døden. Slik sett fremstår livsforsikringen som en "all risks"-forsikring. Selskapet utbetaler en erstatning hvis den forsikrede dør i løpet av forsikringsperioden. Dermed er livsforsikring i sin rene form en ren dødsrisikoforsikring.

Ofte er imidlertid dødsrisikoen koblet sammen med et oppsparingselement i en såkalt kombinert forsikring. I en slik forsikring skjer utbetalingen når den forsikrede når en bestemt alder. I en kombinert forsikring vil det dermed alltid bli utbetalt en erstatningssum, enten ved død, uførhet eller ved den fastsatte alder.

En livsforsikring der forsikringsselskapet ved død eller oppnådd alder skal utbetale et bestemt beløp, kalles kapitalforsikring. I disse forsikringene er erstatningsbeløpet avtalt på forhånd. Forsikringsselskapet utbetaler et engangsbetøp eller periodiske ytelser, se FAL § 10-2 d.



Som en motsetning til kapitalforsikring står den såkalte livrenteforsikringen. Her utbetaler selskapet et terminfastsatt beløp så lenge den forsikrede lever, eller inntil han eller hun når en bestemt alder, se § 10-2 e. Livrenteforsikringer tegnes i dag stort sett som pensjonsforsikring, enten som individuell pensjonsforsikring eller som kollektiv pensjonsforsikring. Det er gitt en del særregler om pensjonsforsikring, se § 10-2 f.<sup>13</sup>

I enkelte livsforsikringer er det innebygget en uføredekning, der det blir utbetalt erstatning hvis forsikrede blir ervervsufør i forsikringsperioden.

## 2.2.2 Uføredekning i livsforsikring

Bestemmelsen i FAL § 19-10 gir selskapet rett til å ta forbehold mot dekning av arbeidsuførhet i kollektiv livsforsikring. Uføredekningen blir regnet som en integrert del av det tradisjonelle livsforsikringsbegrepet. Vi vil her se nærmere på innholdet i uføredekningen. ”Arbeidsuførhet” og ”ervervsuførhet” vil i fremstillingen videre bli brukt om hverandre, idet innholdet i begrepene er likt.

Uføredekning tilknyttet livsforsikring omfatter uførerente/uførepensjon, uførekapital og premiefritak. Uførerente/uførepensjon og uførekapital har det til felles at de gir rett til erstatning når forsikrede har blitt varig ufør. Forskjellen er at uførerente/uførepensjon gir rett til utbetaling av periodiske ytelser, mens uførekapital gir rett til en engangsutbetaling av et forhåndsbestemt beløp. Premiefritak innebærer at plikten til å betale forsikringspremie blir suspendert i perioder der forsikringstakeren er ufør.

Ervervsuførheten beregnes ut fra ”i hvilken grad den forsikrede må antas å kunne stå i et yrke som høver for ham i fremtiden”.<sup>14</sup> Det avgjørende er den forsikredes mulighet til å utføre arbeid som er passende for han eller henne, og dette omfatter ikke bare det yrket vedkommende hadde på det tidspunktet han eller hun ble ufør. Det kan settes som vilkår for utbetaling at det er forsøkt attføring, slik at man får undersøkt muligheten for omskolering. Ettersom ervervsuførhet som regel ikke er noe som umiddelbart kan

---

<sup>13</sup> Skatteloven av 26. mars 1999 nr. 14 § 6-46 for kollektiv pensjonsforsikring og forskrift § 6-47-6 for individuell pensjonsforsikring

iakttas, må det fastsettes prosedyrer for hvordan man kan få konstatert at den forsikrede ikke kan utføre inntektsgivende arbeid. Det er ikke tilstrekkelig at den forsikrede er rammet av sykdom eller lyte; den forsikrede må ha blitt rammet så hardt at det har resultert i en minst 50 prosent varig uførhet. Hvorvidt uførheten er ”varig” må avgjøres medisinsk og skjønnsmessig. Et ytterligere vilkår er at tilstanden må vise seg så alvorlig at den fører til sammenhengende sykmelding gjennom to år.

### 2.2.3 Ulykkesforsikring

En ulykkesforsikring kommer til utbetaling når den forsikrede dør eller når den forsikrede blir ufør som følge av en ulykke. Innholdet av begrepet ”ulykke” blir gjerne angitt som en ”plutselig ytre begivenhet”. Det er den medisinske uførhet, i motsetning til den ervervsmessige uførhet, som er avgjørende. Forsikringsvilkårene angir detaljerte tabeller for uføregraden ved forskjellige typer legemsskader. Erstatningsberegningen tar utgangspunkt i den avtalte forsikringssum, og multipliserer den med uføregraden tabellen angir.

### 2.2.4 Sykeforsikring

Sykeforsikringen har mye til felles med den offentlige sykelønnsordningen gjennom Folketrygden. Forsikringsformen tar sikte på å gi erstatning ved inntektsbortfall ved midlertidig ervervsuførhet som følge av sykdom eller ulykke. Dette er først og fremst til nytte for selvstendige næringsdrivende eller personer i såkalte frie yrker, som ikke er omfattet av sykelønnsordningen i Folketrygdloven<sup>15</sup>. Erstatningsbeløpet per sykedag er avtalt på forhånd, og blir beregnet ut fra hvor mange dager den forsikrede er ervervsufør.

For å hjelpe forsikringsselskapet med speulasjonsfaren, blir det oftest bestemt at dekningen først blir effektiv en viss tid etter tegningen.

---

<sup>14</sup>Selmer, Knut S. *Opplysningsplikt og forsikringstilfelle ved forsikring mot uførhet* I: Nordisk Forsikringstidene (1/1992) s. 37-55 s 38

### 2.3 Individuell og kollektiv personforsikring

Personforsikring kan tegnes individuelt eller kollektivt. Bestemmelsene i FAL § 13-5 og § 19-10 regulerer ansvarsbegrensninger i henholdsvis individuell personforsikring og kollektiv personforsikring.

Individuell personforsikring tegnes typisk av en enkeltperson på vedkommendes eget liv eller helse.<sup>16</sup> Forsikringsavtalen utformes med grunnlag i de helseopplysninger som vedkommende person har gitt forsikringsselskapet. Individuell personforsikring er den klassiske personforsikringsformen.

Kollektiv personforsikring blir tegnet av en nærmere angitt gruppe personer i fellesskap. Dette kan være personer som naturlig kan defineres som en gruppe ut fra sitt ansettelsesforhold hos samme arbeidsgiver, eller det kan være personer som er medlemmer i den samme foreningen. Kollektive personforsikringer har hatt en betydelig fremvekst de siste 25-30 årene.<sup>17</sup>

Et særtrekk ved kollektiv personforsikring er at avtaleforholdet utgjør et trekantforhold. Arbeidsgiver eller foreningen er forsikringstaker som tegner forsikringen og inngår avtalen med forsikringsselskapet. Arbeidstaker eller foreningsmedlemmet er forsikrede, hvis liv eller helse det er tegnet forsikring på.

I kollektiv personforsikring er det, i motsetning til i individuell personforsikring, ikke det enkelte medlemmets behov, eller den risiko den enkelte utgjør, som er avgjørende for utformingen av forsikringsavtalen. Gruppen blir ansett som en helhet, og den samlede risikoen blir avgjørende. Dermed blir risikoen utlignet, og de administrative kostnadene lavere. Dette medfører rimeligere premier og alternative produkter og løsninger.

Kollektiv personforsikring har mye til felles med individuell personforsikring. Den kollektive ordningen reiser imidlertid en del spesielle spørsmål, og er derfor gitt et eget

---

<sup>15</sup> Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19

<sup>16</sup> Individuell forsikring kan også tegnes for en mindre krets av personer.

<sup>17</sup> Bull, op.cit, s. 11

kapittel i FAL. Det fremgår av § 19-1 at de generelle reglene i FAL skal gjelde for kollektive personforsikringer der det ikke er gitt spesialregler i kapittel 19. Kollektiv personforsikring skaper mange vanskelige tolkningsspørsmål, og da spesielt fordi man til enhver tid må fokusere på to regelsett parallelt.

## 2.4 Forsikringsavtalen

Forsikringsavtalen er en avtale mellom forsikringsselskapet på den ene siden, og forsikringstakeren på den andre siden. *Forsikringsselskapet* er den som ved avtalen påtar seg å yte en forsikring, se FAL § 10-2 litra a. *Forsikringstakeren* er den som inngår en individuell eller kollektiv personforsikringsavtale med forsikringsselskapet, se § 10-2 litra b. *Forsikrede* er den persons liv eller helse forsikringen knytter seg til, se § 10-2 litra c. Det vanlige er at forsikringstakeren og forsikrede er samme person, men det er også mulig å føre inn tredjepersoner i forsikringsavtalen. Det er som vi har sett tilfellet i kollektiv personforsikring.

Forsikringsavtalen er en avtale på lik linje med alle andre konvensjonelle avtaler. Det innebærer at de alminnelige avtalerettslige bestemmelsene i norsk rett gjelder. I tillegg er forsikringsavtaler regulert gjennom FAL, som her vil utgjøre en lex specialis i de tilfellene løsningen i denne avviker fra de alminnelige prinsipper.

Et viktig avtalerettslig prinsipp er at man innenfor lovens rammer, har avtalefrihet. Avtalepartene kan selv bestemme om de ønsker å inngå en avtale, og utforme innholdet i avtalen. I forhold til forsikringsavtaler betyr dette for det første at forsikringsselskapet har kontraheringsfrihet i forhold til hvilke personer det ønsker å inngå en forsikringsavtale med<sup>18</sup>, og for der andre at det normalt er opp til en potensiell forsikringstaker om han eller hun vil tegne forsikring eller ikke. For det tredje har forsikringstaker og forsikringsselskapet frihet til å bestemme hva forsikringen skal omfatte, det vil si forsikringens dekningsfelt.

---

<sup>18</sup> Wilhelmsen, Trine-Lise *Forsikringsselskapenes kontraheringsplikt*. Oslo, 1995. (Norsk Forsikringsjuridisk forenings publikasjoner nr. 69)

På enkelte områder er det stilt krav om forsikring fra det offentliges side. Som oftest skyldes det at vedkommende virksomhet innebærer en risiko for andre. FAL 1989 inneholder ingen bestemmelser som stiller krav om tvungne forsikringer, men det finnes andre lover som inneholder slike krav. I personforsikring er eksempelet Yrkesskedeforsikringsloven.<sup>19</sup>

Forsikringen er en såkalt "all risks"-forsikring hvis ikke annet er avtalt. Livsforsikring er et typisk eksempel på en "all risks"-forsikring. Det innebærer at forsikringsselskapet vil stå ansvarlig for å utbetale forsikringsbeløpet, uansett hva som er årsaken til den forsikredes død, eller uførhet hvis forsikringen også omfatter en uføredekning.

Forsikringsselskapet kan velge å innskrenke dekningen slik at den ikke omfatter alle risikoer, men ekskluderer nærmere angitte risikobegivenheter. Risikobegivenhetene er da ekskludert fra forsikringstypen som sådan. Det kan trekkes en parallell til ulykkesforsikring, der sykdommer generelt er unntatt fra dekningen.

Hvis forsikringsselskapene unntar for mange risikobegivenheter fra dekningsfeltet, vil forsikringen fremstå som mindre attraktiv. Det blir derfor sjelden gjort i praksis. Selskapene baserer seg heller på å innta ansvarsbegrensningene loven åpner for i § 13-5 og § 19-10 for henholdsvis individuell og kollektiv personforsikring.

## 2.5 Forholdet mellom FAL § 13-5 første ledd og opplysningsplikten

I individuell personforsikring er den forsikredes helsetilstand et tema for de preseptoriske reglene om opplysningsplikt i FAL kapittel 13.

Det klare utgangspunktet er at forsikringstakeren og forsikrede har en uselvstendig opplysningsplikt, se FAL § 13-1 første punktum. Det innebærer en plikt til å gi fullstendige og riktige svar på de spørsmålene forsikringsselskapet stiller. Det er altså selskapet som fastlegger innholdet av opplysningsplikten ved å formulere hvilke opplysninger det mener å trenge.

---

<sup>19</sup> Lov yrkesskedeforsikring av 16.juni 1989 nr. 56 § 3

Forsikringstakeren og forsikrede har helt unntaksvise en selvstendig opplysningsplikt, se § 13-1 tredje punktum. Den gjelder for svært spesielle forhold som forsikringsselskapet ikke kan forventes å spørre om, og som forsikringstakeren og forsikrede må forstå er av vesentlig betydning for selskapets risikovurdering. Et eksempel fra de svenske forarbeidene er at forsikringstakeren vet at han eller hun er ettersøkt av en terroristgruppe.<sup>20</sup>

Retten til å innta ansvarsbegrensninger i forsikringsvilkårene må sees i sammenheng med opplysningsplikten. Hovedregelen er at selskapet ikke kan ta forbehold ved forsikringer som omfatter følger av sykdom eller lyte, se § 13-5 første ledd første punktum. Det betyr at forsikringsselskapet i utgangspunktet overtar risikoen for alle følger av sykdom eller lyte forsikrede hadde ved avtaleinngåelsen.

Denne hovedregelen har to viktige unntak i § 13-5 første ledd annet punktum. For det første kan selskapet ta forbehold som grunner seg på helseopplysninger som er innhentet før tegning, se litra a. Det kan være forhold ved den forsikredes helse som utgjør en særlig høy risiko, og som selskapet derfor ikke ønsker å overta risikoen for. Forbeholdet må være konkret knyttet til de opplysninger som er innhentet.

For det andre kan forsikringsselskapet ta forbehold der selskapet av "særlige grunner" er avskåret fra å innhente helseopplysninger, se litra b. Forarbeidene<sup>21</sup> trekker frem situasjonen der en forsikring selges over disk, og hvor det derfor vil være praktisk umulig å innhente helseopplysninger. I slike tilfeller kan selskapet innta semi-objektive forbehold i forsikringsvilkårene. Slike forbehold er bare gyldige hvis forsikrede kjente til forholdet da forsikringen begynte å løpe. Her må prinsippet om at forsikredes helsetilstand er et tema for opplysningsplikten vike.

Unntakene i § 13-5 første ledd litra a og b er viktige, men skaper ikke store problemer i praksis. Situasjonen er annerledes for symptomklausul-unntaket i § 13-5 annet ledd.

---

<sup>20</sup> Eksempelet er nevnt i Bull, op.cit, s. 196

<sup>21</sup> NOU 1983: 56 s. 91

## 2.6 FAL § 13-5 annet ledd og § 19-10

Bestemmelsene i FAL § 13-5 annet ledd og § 19-10 gir selskapet adgang til å ta forbehold som ikke grunner seg på opplysninger om den forsikredes helsetilstand.

Symptomklausul-unntaket i § 13-5 annet ledd gir selskapet adgang til å ”forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et visst tidspunkt”. Slike forbehold kan benyttes i sykeforsikring og i uføredekning i tilknytning til livsforsikring. Etter ordlyden omfatter symptomklausul-unntaket samtlige tre former av uføredekning i tilknytning til livsforsikring. Motivene forutsetter imidlertid at unntaket er begrenset til å gjelde uførekapitalen.<sup>22</sup>

Symptomklausul-unntaket er gitt en helt objektiv utforming, det vil si at det ikke er et krav om at forsikrede var kjent med symptomene på tegningstidspunktet. Symptomer som forsikrede var kjent med er tema for opplysningsplikten.

Hensikten med symptomklausul-unntaket er å hjelpe selskapet med spekulasjonsfaren. Bestemmelsen skal forhindre at en som kjenner de første symptomer på sykdom, tegner forsikring for å forhindre inntektstap.<sup>23</sup>

Symptomklausul-unntaket skaper problemer i praksis fordi det er gitt en svært vid utforming. Vi vil gi en oversikt over de tolkningsspørsmål den reiser nedenfor.<sup>24</sup>

Bestemmelsen i § 19-10 første punktum gir selskapet en rett til å ta forbehold mot å dekke arbeidsuførhet som inntre innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Forutsetningen er at arbeidsuførheten skyldes sykdom eller lyte som medlemmet hadde på dette tidspunkt, og som det må antas at han eller hun kjente til. Rent objektive forbehold kan derfor ikke tas. Forbehold kan heller ikke tas for dekning av annet enn arbeidsuførhet. Når det gjelder sykdoms- og lytebegrepene samt kunnskapskravet, vil vi vurdere dette nærmere i kapittel 4. Det subjektive element (kunnskapskravet) var en viktig nyskapning for selskapene ved innføringen av FAL 1989, og bør derfor gis en

---

<sup>22</sup> i.c.

<sup>23</sup> Selmer op.cit. s. 49

<sup>24</sup> Kapittel 2.7 og 2.8

drøftelse i oppgavens hoveddel. Sykdom- og lytebegrepene lar seg vanskelig fremstille uavhengig av kunnskapskravet, og vil derfor bli behandlet sammen med dette.

I forhold til hovedforsikrede, kan helseklausuler etter § 19-10 benyttes for uføredekning tilknyttet livsforsikring, mens de for medforsikrede i tillegg kan benyttes for dødsrisikoen, se henholdsvis første punktum og annet punktum.

Bestemmelsen i § 19-10 er et ytterligere unntak fra hovedregelen i § 13-5 første ledd, og den er ment å være et substitutt for helseopplysninger. Som sagt innledningsvis, nøyer selskapet seg oftest med en forenklet helseerklæring i form av en arbeidsdyktighetserklæring i kollektiv livsforsikring. Det er derfor en sjanse for at delvis arbeidsudyktige personer blir medlemmer i kollektivordningen, og øker den totale risikoen. Derfor er behovet for helseklausuler særlig stort i kollektiv livsforsikring.

## 2.7 Ansvarsbegrensningenes varighet i FAL § 13-5 annet ledd og § 19-10

En karenstid innebærer at forsikringsselskapet ikke er erstatningsansvarlig for et forsikringstilfelle som inntreffer i en bestemt tid etter tegning. Selskapet har i utgangspunktet adgang til å bruke karenstid i livsforsikring og i sykeforsikring. Det skyldes at spekulasjonsfaren er særlig stor der forsikringstilfellet knytter seg til helse. Spekulasjonsfaren gjør seg neppe like gjeldende i ulykkesforsikring, der forsikringstilfellet er relatert til en ”plutselig ytre begivenhet”.

Bestemmelsen i FAL § 19-10 opererer med en karenstid på to år. Det innebærer en skjerpelse av tidligere avtalepraksis, der det var vanlig å innta evigvarende helseklausuler i forsikringsvilkårene.

Bestemmelsen i FAL § 13-5 annet regulerer ikke hvor lang tid symptomklausulen skal gjelde. Det som skaper problemer i praksis, er symptomklausulens lengde i uføredekningen.



Det første spørsmålet som reiser seg, er om ordlyden i § 13-5 annet ledd skal tolkes bokstavelig, eller om det må innfortolkes en karenstid også i individuell personforsikring.

Det andre spørsmålet er om man kan si at uførheten har inntrådt innen karenstiden der forsikrede har vært sykmeldt i en eller flere perioder av den grunn som senere leder til uførhet, men hvor forsikrede samtidig har vært kortvarig friskmeldt en eller flere ganger i karensperioden.

Ut fra ordlyden i FAL § 13-5 annet ledd, kan det tilsynelatende inntas en evigvarende karensperiode for symptomklausulene, jfr. ”sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt”. Ordlyden gir overhodet ingen henvisning til en tidsbegrensning.

Av hensynet til sammenhengen i lovverket, bør det ikke legges avgjørende vekt på lovens ordlyd. I henhold til § 19-10 første punktum, kan selskapet avtale at det ”ikke svarer for arbeidsuførhet som inntre innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe”. Bestemmelsen gir en støtte for tolkningen av ansvarsbegrensningens lengde i § 13-5 annet ledd, idet § 19-10 etter sin egen tekst, ”uten hinder av § 13-5”, er ment å være en tilpasning, og et unntak fra § 13-5 annet ledd i kollektiv livsforsikring. Det gir dårlig sammenheng i lovverket om man i individuell personforsikring med utførlige helseopplysninger, kan anvende lengre karenstid enn hva som gjelder i kollektiv personforsikring uten slike helseopplysninger.

I forarbeidene<sup>25</sup> blir det uttalt at det gjør seg gjeldende særlige forhold i kollektiv forsikring. Derfor er 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.<sup>26</sup>

Forarbeidene gir ingen klar henvisning på hvor lenge ansvarsbegrensninger i § 13-5 annet ledd kan gjelde. Lovgiver har trolig forutsatt at markedet selv vil regulere dette. Hvis et selskap opererer med en evigvarende ansvarsbegrensning eller en lang karensperiode, vil potensielle forsikringskunder trolig rette sin forespørsel til et selskap

---

<sup>25</sup> NOU 1983:56 s. 170

med kortere karenperiode. I sykeavbruddsforsikring har denne forutsetningen slått til. Her opererer selskapene normalt med en karenstid på 30 dager. Det er derfor ingen grunn til å rette et kritisk søkelys på karenperioden for symptomklausuler i sykeforsikringene. Problemet knytter seg til karenperioden i uføredekningen tilknyttet livsforsikring.

Formålet med å innføre § 13-5 annet ledd var å beskytte selskapet mot spekulasjon. Selskapet bør derfor ikke ha adgang til å avtale en karenstid som er lenger enn risikoen for spekulasjon tilsier. Sykdommer som har manifestert seg i den grad at man merker dem, vil sannsynligvis slå ut relativt snart.

I Brynildsen m.fl. blir det i forhold til dette uttrykt følgende bekymring: ”En karen på to år eller mer i en uføredekning, vil i realiteten innebære at det ved individuell livsforsikring med fulle helseopplysninger kan benyttes et mer omfattende forbehold enn hva som er tillatt for kollektiv livsforsikring uten fullstendige helseopplysninger”<sup>27</sup> Forfatterne legger til grunn at lovgiver må ha ment at det også i uføredekning tilknyttet livsforsikring skal opereres med en kort karenstid, på linje med det som var, og er vanlig i sykeforsikringen, det vil si omtrent en måned.

Selmer uttaler at departementet åpenbart har ”forutsatt at reglene i § 19-10 går lengre i å tillate helseklausuler enn de tilsvarende bestemmelser i § 13-5.”<sup>28</sup> Symptomklausuler ved uføredekning i tilknytning livsforsikring må derfor gå ut på noe mindre enn det som er tillatt etter § 19-10, og ikke noe vesentlig mer. Han åpner for at karenperioden kan være 30 dager, eller til og med et halvt år, men at det er utelukket at karenperioden kan være to år eller evigvarende.<sup>29</sup>

Bull har inntatt et tilsvarende standpunkt. Han mener det gir dårlig sammenheng i reglene om man i individuell personforsikring kan anvende lengre karenstid enn i kollektiv livsforsikring. Det riktige må derfor være at karenstiden i § 13-5 annet ledd

---

<sup>26</sup> Ot.prp. nr. 49 (1988-89)

<sup>27</sup> Brynildsen m.fl, op.cit. s. 349

<sup>28</sup> Selmer op.cit. s. 51

<sup>29</sup> i.c.

ikke kan gå ut over to år, og at den, avhengig av forholdene, trolig må settes betydelig kortere.

I forsikringselskapene har det utviklet seg en praksis med en karenperiode på tre til seks måneder der symptomklausuler er brukt ved uføredekingen. Selskapene har altså valgt en lengre karenperiode i uføredeking tilknyttet livsforsikring enn i sykeforsikring.

Behovet for lang karenperiode er ikke like stort i individuell livsforsikring som i kollektiv livsforsikring, idet det forutsettes at det innhentes fullstendige helseopplysninger i individuelle ordninger. Hvis det skulle vise seg at det foreligger brudd på opplysningsplikten, har selskapet de alminnelige reglene om brudd på opplysningsplikten i FAL § 13-2 til § 13-4 å falle tilbake på.

FAL 1989 en meget forbrukervennlig forsikringsavtalelov sett i relasjon til praksis før FAL 1930, FAL 1930 og andre land i Europa. Det var neppe lovgivers intensjon å bryte dette mønsteret i § 13-5 annet ledd.

Løsningen er forholdsvis klar. Det kan ikke avtales lengre karenstid i § 13-5 annet ledd enn i § 19-10. Hvor lang karenstid det kan avtales i § 13-5 annet ledd, beror på forholdene. Vi vil ikke gå nærmere inn på hvilke forhold som er relevante ved vurderingen av dette, men vi vil komme med et forslag til karenstider i § 13-5 annet ledd i kapittel 5.

Det andre spørsmålet som reiser seg er om man kan si at uførheten har inntrådt innen karenstiden der forsikrede har vært sykmeldt i en eller flere perioder av den grunn som senere leder til uførhet, men hvor forsikrede samtidig har vært kortvarig friskmeldt en eller flere ganger i karenperioden.

Det fremgår av ordlyden i FAL § 19-10 første punktum at selskapet kan ta forbehold for arbeidsuførhet som inntre innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Problemet relaterer seg til at ordlyden ikke avklarer betydningen av kortere friskmeldingsperioder i karenstiden.

I forarbeidene<sup>30</sup> blir det uttalt at ”når den mellomliggende friskmeldingen viser seg å bygge på sviktende grunnlag, og medlemmet i realiteten må ansees for å ha vært sammenhengende ufør, er det dette som er avgjørende i forhold til § 19-10. Også uførheten etter den kortvarige ”friskmeldingsperioden” må ansees inntruffet før toårsperioden”. Videre blir det påpekt at det kan være tvilsomt om to uføreperioder skal betraktes som sammenhengende uføreperioder, eller om uføreperiode nummer to må betraktes som et nytt forhold som selskapet svarer for. Dette må avklares ut fra forholdene i det konkrete tilfellet. Utgangspunktet er at selskapet har bevisbyrden for at det foreligger en sammenhengende uførhet.

Det finnes ingen trykte dommer som belyser den skjønnsutøvelse forarbeidene gir anvisning på. Det finnes imidlertid en rekke FSN-avgjørelser om spørsmålet.

FSN 4357 illustrerer problemet. Forsikrede var omfattet av arbeidsgivers gruppelivsforsikring, som ble utvidet med uføredekning fra 1.10.91. Arbeidsgiver hadde opplyst at forsikrede i 92 bare arbeidet 75 dager, mens han i 93 hadde 91 arbeidsdager. Forsikrede hevdet at han arbeidet flere dager enn det arbeidsgiveren hadde opplyst om, men at han en del av disse dagene, bare var på arbeid noen timer. Nemnda uttalte blant annet:

Ved bevisvurderingen finner nemnda at uttalelsene fra arbeidsgiver må veie tungt. Nemnda legger derfor til grunn at forsikrede i 92 og 93 var sykemeldt i et større antall dager enn antall dager han var i arbeid. Friskmeldingsperiodene i tiden før han i 94 helt sluttet å arbeide pga. sykdom bygger etter nemndas syn på sviktende grunnlag. Forsikrede må på denne bakgrunn anses å ha vært sammenhengende ervervsufør fra et tidspunkt før 1.10.93.

I teorien har Selmer påpekt at forarbeidene avklarer tolkningsproblemet knyttet til avvekslende syk- og friskmeldinger i toårsperioden.<sup>31</sup> Selmer har rett i at forarbeidene avklarer at det avgjørende er om medlemmet i realiteten er sammenhengende ufør. Forarbeidene løser imidlertid ikke de konkrete bevismessige spørsmål vi her står

---

<sup>30</sup> Ot.prp. nr 48 (1988-89) s. 153

<sup>31</sup> Selmer op.cit. s. 48

overfor. De lar seg ikke løse generelt, men må bero på forholdene. Nemnda har, som nevnt, påpekt at uttalelser fra arbeidsgiver må veie tungt.<sup>32</sup>

Brynildsen m.fl. hevder at forarbeidene gir en viss veiledning ved tolkningen.<sup>33</sup>

Forfatterne påpeker at det klare utgangspunkt er at jo lenger tid det har gått mellom siste friskmelding i tilknytning til karenstiden og frem til den sammenhengende uføreperioden, jo mer anstrengt er det å karakterisere friskmeldingen som bygget på sviktende grunnlag.<sup>34</sup> De presiserer også at lengre friskmeldingsperioder vil kunne betraktes som sammenhengende uførhet hvis det tilrettelegges for en type arbeid som skal fylle et terapeutisk eller sosialt behov. Det blir påpekt at en rekke andre momenter enn friskmeldingsperiodens lengde vil være av betydning; sykdommens art, hvor lenge medlemmet har hatt sykdommen, om den har medført hyppige og lange sykmeldinger, prognosen og om det er gjort flere mislykkede forsøk på å komme tilbake til arbeid m.v.<sup>35</sup>

Løsningen er at selskapet ut fra en konkret vurdering, må bevise at forsikrede i realiteten var sammenhengende ufør i karenstiden.

## 2.8 Skjæringstidspunktet i FAL § 13-5 annet ledd og § 19-1

Bestemmelsen i FAL § 19-10 opererer med et klart skjæringstidspunkt for når sykdommen eller lytet må ha vist seg, nemlig ved tegningstidspunktet. Bestemmelsen i FAL § 13-5 annet ledd gir derimot ingen henvisning til et skjæringstidspunkt for når symptomene må ha vist seg. Selskapet har dermed tilsynelatende en snevrere adgang til å begrense sitt ansvar i kollektiv livsforsikring enn i individuell syke- og livsforsikring. Spørsmålet er om det må innfortolkes et skjæringstidspunkt i § 13-5 annet ledd.

I FAL § 19-10 er skjæringstidspunktet da forsikringen begynte å løpe. Det er som nevnt et vilkår for at forsikringsselskapet skal kunne påberope seg helseklausulen at den forsikrede kjente til sykdommen på dette tidspunktet. Det er altså ikke mulig for

---

<sup>32</sup> FSN 4357

<sup>33</sup> Brynildsen m.fl. op.cit. s 552

<sup>34</sup> i.c.

selskapet å påberope seg forbeholdet dersom den forsikrede først fikk kjennskap til sykdommen etter at forsikringen begynte å løpe, selv om forsikringstilfellet inntreffer innenfor karenstiden. Det ligger en del bevismessige problemer knyttet til dette vilkåret, men utgangspunktet er klart; Det er kun forhold som er kjent før det tidspunkt forsikringen begynte å løpe som kan tas i betraktning. Dette må sees i sammenheng med den forsikredes opplysningsplikt. Selskapets adgang til å stille spørsmål i personforsikringer avskjæres idet forsikringen trår i kraft. Den forsikrede har kun opplysningsplikt om forhold han eller hun har kjennskap til, og det er ingen plikt til å gi supplerende opplysninger etter at forsikringen har trådt i kraft. I og med at § 19-10 skal være et substitutt for opplysningsplikten, stilles ikke forsikringsselskapet noe bedre her enn i individuell personforsikring.

Vilkåret i FAL § 13-5 annet ledd er at symptomene har vist seg etter et bestemt tidspunkt, men det er ikke sagt noe om hvorvidt dette tidspunktet er før eller etter at forsikringen har begynt å løpe. Etter ordlyden kan forsikringsselskapet ta forbehold om alle symptomer som har vist seg, eller vil vise seg i den forsikredes levetid. Ved å innta en klausul om at selskapet ikke svarer for symptomer som har vist seg etter den forsikredes fødsel, kan forsikringsselskapene i realiteten avtale seg helt bort fra hovedregelen i § 13-5 første ledd. Dette er neppe et realistisk vilkår, men det viser behovet for å presisere § 13-5 annet ledd.

Bestemmelsen i § 19-10 gir en viss veiledning ved tolkningen av § 13-5 annet ledd. Den er som nevnt ment å være en tilpasning og et unntak fra § 13-5 annet ledd, og støtter derfor en innskrenkende tolkning av den vide utformingen § 13-5 annet ledd er gitt.

Forarbeidene gir ikke svar på hvorvidt symptomene må ha vist seg før eller etter at forsikringen begynte å løpe. Det foreligger heller ingen rettspraksis om dette tolkningsproblemet.

Forsikringsskadenemnda har tidligere tolket § 13-5 annet ledd slik at den omfatter symptomer som har vist seg før tegningstidspunktet, i likhet med bestemmelsen i

---

<sup>35</sup> Brynildsen m.fl. op.cit. s 554

§ 19-10.

I FSN 2293 hadde forsikrede blitt sykmeldt på grunn av akutte nakkeplager. Forsikringsselskapet avslo dekning, og henviste til at forsikrede tidligere hadde hatt nakkeplager. I vilkårene var det inntatt et forbehold for sykdommer som har vist symptomer ”de første 30 dager eller tidligere”. Nemnda uttalte i denne saken at de ikke kunne se at forsikringsselskapets forbehold var i strid med loven.

Avgjørelsen har vært kritisert av blant annet Brynildsen m.fl. som uttaler: ”Kunne selskapet være ansvarsfri for alle sykdommer som en eller annen gang har vist symptomer før tegning, vil konsekvensen være at individuell helsebedømmelse er unødvendig”.<sup>36</sup>

Forsikringsskadenemnda gikk bort fra denne praksisen i FSN 3518. Også denne saken gjaldt en sykeforsikring der forsikrede hadde hatt symptomer på sykdommer før tegningstidspunktet. Nemnda uttalte her at den ikke kunne holde fast på sin praksis om at det kunne tas forbehold om symptomer som har foreligget forut for tegningen. Nemnda uttalte videre at symptomklausulen forutsettes å supplere helseerklæringen i en overgangsperiode ved og etter tegningen av forsikringen. Den er ikke ment å kunne hjemle ansvarsfritak for sykdommer som allerede hadde manifestert seg med symptomer på en slik måte, og så tidlig, at de kunne ha vært oppfanget gjennom vanlig helseerklæring.

Det samme synet har nemnda gitt uttrykk for i FSN 3528. Her uttalte nemnda at symptomklausulen er begrenset til å gjelde symptomer som oppstår så sent at de ikke vil bli oppfanget av en helseerklæring. Hvis symptomene var klare, skulle dette eventuelt vært opplyst i en helseerklæring, og hvis det var avgitt feil opplysninger, måtte selskapet falle tilbake på de alminnelige reglene om opplysningsplikt. Det er derfor først og fremst sykdommer som først viser symptomer etter tegning som det etter nemndas syn kan tas forbehold mot.

---

<sup>36</sup>Brynildsen m.fl., op.cit. s. 345

Brynildsen m.fl. uttaler at den nyere praksisen fra FSN, samt sammenhengen i lovverket, gir grunnlag for å hevde at det er naturlig å tolke § 13-5 annet ledd dithen at det ikke er mulig for selskapene å ta forbehold mot symptomer som har vist seg før tegning dersom disse kunne vært oppfanget av en helseerklæring.<sup>37</sup> Bull ser ut til å være av samme oppfatning.<sup>38</sup>

Løsningen er at det må innfortolkes et skjæringstidspunkt i § 13-5 annet ledd. Vi vil komme med et forslag til skjæringstidspunkt i kapittel 5.

## 2.9 Kravet til årsakssammenheng i FAL § 13-5 og § 19-10

Det er et vilkår etter FAL § 13-5 annet ledd at det foreligger årsakssammenheng mellom symptomer som har vist seg i den vilkårsfestede karenstiden, og sykdommen som fører til forsikringstilfellet. Tilsvarende er det et vilkår etter FAL § 19-10 første punktum at det foreligger årsakssammenheng mellom sykdom/lyte forsikrede hadde ved innmelding, og arbeidsuførheten.

Kravet til årsakssammenheng faller inn under reglene om forsikringens dekningsfelt. Forsikringens dekningsfelt angår objektive forutsetninger for selskapets ansvar, i motsetning til subjektive forutsetninger, som er regulert i FAL kapittel 13.

Hvorvidt det foreligger årsakssammenheng, er ikke alltid helt klart. Det kan i forhold til § 19-10 skyldes at det rent faktisk er vanskelig å påvise en årsakssammenheng mellom sykdom forsikrede hadde og arbeidsuførheten, eller det kan være at flere årsaker har samvirket til arbeidsuførheten.

Det første spørsmålet som reiser seg er et rent faktisk problem, nemlig å bevise hva som er årsaken til arbeidsuførheten. Vanligvis vil logisk årsakssammenheng være et minstekrav for dekning.

---

<sup>37</sup>Brynildsen m.fl., op.cit. s. 346

<sup>38</sup>Bull, op.cit. s. 233



Det andre spørsmålet er et rettslig problem. Spørsmålet er hva løsningen blir der uførheten kan føres tilbake til flere årsaker. Her er utgangspunktet at hovedårsaken skal legges til grunn.

Spørsmålet om årsakssammenheng reiser først og fremst et faktisk problem, nemlig å bevise hva det er som faktisk har skjedd. I mange tilfeller, vil det på grunn av sykdommens omfang, være utelukket at arbeidsuførheten skyldes andre årsaker. I andre tilfeller vil konsekvensene av helsesvikten i noen grad avhenge av andre forhold. Det er selskapet som må sannsynliggjøre at det er årsakssammenheng mellom sykdommen og arbeidsuførheten.<sup>39</sup>

FSN har tatt stilling til spørsmålet i en rekke saker. Et eksempel er FSN 3798. Forsikrede ble medlem i gruppelivsforsikring med uførekapital i september i 1995. Hun hadde fra oktober i 1992 mottatt 50 prosent uførepensjon fra Folketrygden på grunn av fibromyalgi. Etter dette hadde hun vært sammenhengende arbeidsufør med 50 prosent restarbeidsevne frem til mars 1996, da uføregraden ble øket til 100 prosent på grunn av neurosis depressiva; ifølge forsikrede relatert til forhold omkring hennes arbeidssituasjon. Selskapet hevdet at forsikrede hadde depresjon allerede ved innmeldingen. Nemnda uttalte blant annet:

Forsikrede hadde ingen sykemeldinger grunnet psykiske lidelser forut for tilknytningen til forsikringen. Det er heller ikke dokumentert at forsikrede noen gang oppsøkte lege for slike lidelser. De legeuttalelser som går ut på at hun har hatt symptomer på psykiske lidelser forut for tilknytningen til forsikringen, er vage og til dels uklare. Det foreligger således en uttalelse om at hun alltid har vært klar over at hun har en nevrotisk plage, uten at det er utdypet hva som ligger i dette. Det foreligger også uttalelser om at hennes langvarige smertetilstand er av psykosomatisk og nervøs karakter. Nemnda kan ikke se at uttalelser som dette er tilstrekkelig til å føre forholdet inn under § 19-10. Den depresjon som medførte økning av uføregraden til 100 %, må antas å være utløst av forhold på arbeidstedet. Selv om forsikrede også tidligere har vist tegn på psykiske plager, kan man ut fra de foreliggende opplysninger ikke si at depresjonen skyldtes sykdom eller lyte som hun hadde på tilknytningstidspunktet.

Brynildsen m.fl. hevder at sykdomsbegrepet ikke bør forstås for snevert når det skal vurderes om medlemmet blir arbeidsuført av samme sykdom. ”Om det foreligger ulike

---

<sup>39</sup> Se kapittel 4.2.3 om det subjektive element

diagnoser bør ikke det ha avgjørende betydning så lenge sykdommene har den samme form for grunnlidelse.”<sup>40</sup> Forfatterne påpeker videre at det vil kunne være relevant å ta hensyn til at § 19-10 er et substitutt for helseopplysninger. ”Hvis forsikredes helsetilstand forut for innmeldingen ville medført reservasjon for bestemte sykdomsrisikoer, ville dette kunne få betydning for vurderingen, noe uavhengig av hvilke diagnoser som er benyttet”.<sup>41</sup>

Det neste spørsmålet som reiser er hva løsningen blir der flere sykdommer har samvirket til uførheten. Problemet oppstår der en sykdom det er tatt forbehold for, i samvirke med en sykdom det ikke er tatt forbehold for, forårsaker arbeidsuførheten.

Den alminnelige regel er at den årsak som fremstår som hovedårsaken til at forsikringstilfellet inntrådte, skal tilordnes hele tapet. Regelen er utviklet i fast og langvarig norsk rettspraksis.<sup>42</sup> Hovedårsakslæren kan virke litt forskjellig avhengig av om man befinner seg i hendelsesforløpet på vei inn i forsikringstilfellet, eller på vei fra forsikringstilfellet til skade eller tap. I forhold til bestemmelsen i § 19-10, er det betydningen av hovedårsakslærens innhold på vei inn i forsikringstilfellet som skal legges til grunn. Motsetningen til hovedårsakslæren er fordelingsreglen. Fordeling av ansvaret over flere årsaker må ha uttrykkelig hjemmel i forsikringsvilkårene.

Hvis flere årsaker har samvirket til arbeidsuførhet, vil utgangspunktet for vurderingen være hvilken årsak som er mest vesentlig eller dominerende. Alle mindre vesentlige årsaker er irrelevante i denne sammenhengen. For at en årsak skal være mest dominerende, må den være dominerende i forhold til det samlede årsaksbildet, det vil si at den må representere minst 50 prosent. Den dominerende årsak er ikke uten videre identisk med den umiddelbare årsak, det vil si den årsaken som ligger nærmest i tid. Har medlemmet vansker med å oppnå arbeidsinntekt som følge av den sykdommen det er tatt forbehold for, peker det i retning av at denne er årsaken til arbeidsuførheten.

I praksis er det en glidende overgang fra vesentlige til mindre vesentlige årsaker. Derfor kan det oppstå vanskelige grensdragninger i forhold til hvilken årsak som er

---

<sup>40</sup> Brynildsen m.fl., op.cit, s. 557 og 559. FSN har bemerket tilsvarende i FSN 3417.

<sup>41</sup> Brynildsen m.fl., op.cit, s. 557 og 559

<sup>42</sup> Rt. 1901 s. 706, Rt. 1904 s. 600 og Rt. 1916. s. 1117

den mest dominerende. Der selskapet positivt har tatt forbehold for en sykdom, bør et rimelig sterkt innslag av den sykdommen føre til at selskapet ikke er erstatningsansvarlig. For øvrig kan man ikke utelukke at behovet for dekning kan spille inn dersom det er tvil om hvilken årsak som skal anses som den dominerende.

FSN har lagt hovedårsakslæren til grunn i flere saker.<sup>43</sup> Forsikringskadenemnda har for øvrig nylig lagt fordelingsregelen til grunn i en sak om uføreerstatning, uten at regelen hadde uttrykkelig hjemmel i vilkårene.<sup>44</sup> I denne saken ble forsikrede arbeidsufør som følge av en sykdom det var tatt reservasjon mot i forsikringsvilkårene, i samvirke med en sykdom som var omfattet av dekningen. Nemnda uttalte at det var vanskelig å rangere den ene sykdommen som mer betydningsfull enn den andre. Denne saken tilbakeviser imidlertid ikke hovedårsakslæren som den gjeldende hovedregel i uføreforsikring, da saken ble avgjort ut fra en skjønnsmessig og konkret rimelighetsvurdering.

---

<sup>43</sup> Se for eksempel FSN 4621 og FSN 4961

<sup>44</sup> FSN 5304

### 3 Virkeområdet til FAL § 19-10

#### 3.1 Innledning

Temaet i det følgende vil være å gi en vurdering av virkeområdet til FAL § 19-10. Ifølge overskriften og ordlyden i § 19-10 første punktum, kan helseklausuler tas ved tegning av "livsforsikring" som skal dekke mot hovedforsikredes "arbeidsuførhet". Bestemmelsen regner altså uføredekningen som en integrert del av tradisjonell livsforsikring.

Under FAL 1930 var uføredekningen noe annet enn livsforsikring. Dekning av uførekapital var ukjent. Uførepensjon forekom, men hadde ingen plass i livsforsikring. Premiefritak var et vanlig tillegg til livsforsikring, men ingen av spesialbestemmelsene om livsforsikring fikk anvendelse på denne dekningen.<sup>45</sup>

FAL 1989 § 10-1 annet ledd første punktum angir en positiv avgrensning for lovens del B om personforsikring. Bestemmelsen opererer med tre kategorier av personforsikring; "livsforsikring", "ulykkesforsikring" og "sykeforsikring". Den tilsvarende sondringen ble brukt i FAL 1930. Det kan oppstå grensespørsmål i forhold til om en forsikring er personforsikring, og i tilfelle hvilken kategori av personforsikring. Det skyldes at det ikke er gitt en uttømmende definisjon av begrepene, og at begrepene har en del likhetstrekk. Ulykkesforsikring har til felles med livsforsikring at den kan komme til utbetaling ved forsikredes død. Sykeforsikring er i likhet med livsforsikring tegnet på "all risk"-basis, det vil si at den dekker enhver årsak som medfører at forsikrede blir midlertidig ervervsufør. Sykeforsikring og ulykkesforsikring har det til felles at de begge kan gi dekning mot ulykke.

I tvilstilfeller avgjør Kongen om en forsikring er personforsikring, og eventuelt hvilken kategori av personforsikring, se § 10-1 tredje ledd. Hvis en forsikring ikke faller innenfor anvendelsesområdet for lovens del B om personforsikring, følger det av § 1-1 annet ledd at lovens del A om skadeforsikring kommer til anvendelse.

---

<sup>45</sup> Selmer, op.cit. s. 38

Det er forholdsvis omstridt hvorvidt forsikring mot kritisk sykdom og lisensforsikring er personforsikring, og eventuelt livsforsikring. Begrunnelsen som hovedsakelig blir angitt for å klassifisere disse forsikringsproduktene som livsforsikring, er at de har likhetstrekk med uføredekningen i livsforsikring.

Vi vil først vurdere hvorfor uføredekningen har blitt en integrert del av det tradisjonelle livsforsikringsbegrepet. Deretter vil drøfte om forsikring mot kritisk sykdom og lisensforsikring er personforsikringer, og i tilfelle hvilken kategori av personforsikring. Herunder vil det være naturlig å forta en sammenlikning av uføredekningen og disse forsikringsproduktene. Hvis sammenlikningen tilsier at det foreligger viktige likhetstrekk, vil vi vurdere om § 19-10 kan anvendes analogisk på forsikring mot kritisk sykdom og lisensforsikring.

### 3.2 Uføredekningens plass i livsforsikring

Vi vil i det følgende gi en fremstilling av hvorfor uføredekningen har blitt integrert i det tradisjonelle livsforsikringsbegrepet. Vi finner det hensiktsmessig å foreta en slik vurdering, fordi flere forsikringselskaper hevder at forsikring mot kritisk sykdom og lisensforsikring er livsforsikringsprodukter, med den begrunnelse at de har sentrale likhetstrekk med uføredekningen.<sup>46</sup>

Overskriften og ordlyden i FAL § 19-10 første punktum regner uføredekningen som en integrert del av tradisjonell livsforsikring.

Livsforsikringselskaper kan som utgangspunkt bare overta livsforsikringer, jfr. Forsikringsvirksomhetsloven<sup>47</sup> (FVL) § 1-2 første ledd første punktum.

Kredittilsynet kan likevel godta at de overtar andre personforsikringer. I praksis har det

---

<sup>46</sup> Vi har nylig sett at Gjensidige NOR opererer med en selvstendig uføredekning i gruppelivsforsikring. Vi ble ikke gjort oppmerksomme på dette i vårt møte med forsikringselskapet, og har dessverre ikke anledning til å foreta en vurdering av denne dekningens lovmessighet. Det er imidlertid grunn til å tro at tilsvarende problemer som vi tar opp i kapittel 3 vil oppstå i forhold til denne dekningen.

<sup>47</sup> Lov om forsikringsvirksomhet 10. juni Nr. 39 1988

først og fremst vært snakk om såkalt invaliditetsforsikring.<sup>48</sup> Det kan dreie seg medisinsk invaliditet eller ervervsmessig invaliditet. Uføredekingen bygger på en ervervsmessig invaliditet. En forklaring på hvorfor livsforsikringsselskaper kan overta denne forsikringsformen, kan være at behovet for sikkerhet er særlig stort der den forsikrede kan bli varig ufør, og at det derfor er hensiktsmessig å la livsforsikringsselskaper overta denne risikoen, uten at intensjonen nødvendigvis har vært at uføredeking skal ansees som en del av livsforsikring. En annen forklaring kan være at uføredekingen regnes som en del av livsforsikring, nettopp fordi det er forutsatt i FVL § 1-2 første ledd første punktum.

NOU 1983: 56 s. 44 legger til grunn at det erfaringsmessig har vist seg vanskelig å gi en klar og uttømmende definisjon av ”livsforsikring”, ”ulykkesforsikring” og ”sykeforsikring”, og at det neppe heller er nødvendig av hensyn til praktiseringen av loven. Gjennom teori og praksis har det utviklet seg visse trekk som karakteriserer begrepene, og disse vil i alminnelighet gi tilstrekkelig veiledning. Utvalget ga likevel en beskrivelse av innholdet i begrepene. ”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, for eksempel ved at det gis rett til premiefritak ved invaliditet og invaliditetserstatning”<sup>49</sup>. Retten til premiefritak har tradisjonelt vært en del av livsforsikringsbegrepet, og her blir den sidestilt med ”invaliditetserstatning”.

I Ot.prp. nr. 49 (1988-89) s. 108 er det presisert at livsforsikring også omfatter pensjonsforsikring, jfr. utkastet § 10-2 bokstav f. Den definisjonen forarbeidene viser til omfatter også avtaler hvor det inngår uførepensjon.<sup>50</sup>

I teorien har Selmer<sup>51</sup> vurdert om det er forsvarlig å gi lovens spesialbestemmelser om livsforsikring anvendelse på uføredekingen, eller om uføredekingen bør regnes som en egen form for personforsikring, på lik linje med ulykkes- og sykeforsikringen. Han konkluderer med at det stort sett ikke vil føre til uheldige resultater dersom man følger

---

<sup>48</sup> Bull, op.cit, s. 54

<sup>49</sup> NOU 1983:56 s. 44

<sup>50</sup> Selmer, op.cit. s. 41

<sup>51</sup> ibid s. 45

forarbeidenes intensjoner og bruker FALs regler om livsforsikring også på innslag av uføredekning som er knyttet til tradisjonell livsforsikring. I denne forbindelse blir det uttalt at ”Det avgjørende synes...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...”<sup>52</sup>

### 3.3 Er forsikring mot kritisk sykdom en personforsikring?

Forsikring mot kritisk sykdom gir rett til en kapitalerstatning hvis forsikrede rammes av en angitt sykdom eller ulykke i forsikringstiden. Det dreier seg typisk om hjerteinfarkt, kreft eller en transplantasjon.

Vi vil i det følgende sammenlikne hva som tradisjonelt ligger i begrepene ”livsforsikring”, ”ulykkesforsikring” og ”sykeforsikring” med det dekningsfeltet forsikring mot kritisk sykdom er gitt i forsikringsvilkårene.<sup>53</sup>

Det forsikring mot kritisk sykdom har til felles med livsforsikring, er at begge gir rett til en engangserstatning. Det som kjennetegner livsforsikring, er først og fremst at det er en forsikring mot dødsrisiko. Forsikring mot kritisk sykdom er ikke en forsikring mot dødsrisiko, selv om kritisk sykdom tilsier en vesentlig økt dødsrisiko.

Dødsrisikoforsikring hjelper forsikredes etterlatte økonomisk. Forsikring mot kritisk sykdom hjelper forsikrede selv og forsikredes nærstående. Den kan for eksempel gi økonomisk trygghet mot utgifter i forbindelse med å tilpasse hjemmet. Et annet kjennetegn ved livsforsikring er at det er en ”all risk”-dekning. Forsikringen dekker mot den forsikredes død, uten hensyn til hva det er som har forårsaket døden.

Forsikring mot kritisk sykdom er en ”named perils”-forsikring i den forstand at forsikringen dekker mot de sykdommer som er oppregnet i vilkårene.

---

<sup>52</sup> i.c.

<sup>53</sup> Særskilte forsikringsbestemmelser – Kritisk sykdom 2005 (Nordenfjeldske), Forsikringsvilkår Kritisk Sykdom (Sparebank 1), Kritisk sykdom for arbeidstakere 2003 (Storebrand), Kritisk Sykdom for foreningsmedlemmer (Storebrand), Vilkår for kritisk sykdom for privatperson 2005 (Vesta), Vilkår for kritisk sykdom 2005 (Vesta) Kritisk sykdom forsikringsvilkår (Vital)

En ulykkesforsikring kommer til utbetaling der den forsikrede rammes av en ulykke. Innholdet av begrepet "ulykke" blir gjerne angitt som en "plutselig ytre begivenhet". Også forsikring mot kritisk sykdom gir dekning mot ulykkestilfeller, men i motsetning til ulykkesforsikring i sin rene form, gir den også dekning mot sykdom. Innholdet av forsikringen er altså ikke bare en "plutselig ytre begivenhet", men også en "indre begivenhet". Ulykkesforsikringer ekskluderer som hovedregel sykdom fra dekningsfeltet. I ulykkesforsikringer utbetales det en erstatning på grunnlag av den forsikredes medisinske invaliditetsgrad. Dette er en skjematisk beregningsmetode, hvor hver kroppsfunksjon som bortfaller eller blir nedsatt som følge av ulykken, er gitt en invaliditetsprosent. Det er summen av disse prosentene som avgjør invaliditetsgraden. Forsikring mot kritisk sykdom gir rett til utbetaling av den avtalte forsikringssum uavhengig av invaliditetsgraden.

Forsikring mot kritisk sykdom og sykeforsikring har det til felles at begge gir rett til utbetaling når den forsikrede blir syk. Et annet likhetstrekk er at det ofte oppstilles en karenstid for å redusere faren for svik mot selskapet. Vanlig karenstid i sykeforsikring er 30 dager. I forsikring mot kritisk sykdom varierer karenstiden fra 30 dager til seks måneder. Forsikring mot kritisk sykdom gir rett til en engangserstatning, mens sykeforsikring gir rett til periodiske utbetalinger. Videre kan forsikring mot kritisk sykdom sies å inneholde en presumsjon for varig arbeidsuførhet, ved at det blir utbetalt en engangserstatning. Sykeforsikring gir motsetningsvis dekning mot midlertidig ervervsuførhet. En ytterligere forskjell er at sykeforsikring i hovedsak tegnes av selvstendige næringsdrivende og personer i frie yrker, mens forsikring mot kritisk sykdom tegnes av enhver som ønsker å overføre den økonomiske risikoen kritisk sykdom kan medføre.

Ut fra den vurderingen som er gitt, må det være forsvarlig å hevde at forsikring mot kritisk sykdom vanskelig lar seg plassere under noen av de tre kategoriene av personforsikring det opereres med i FAL § 10-1 annet ledd. Forsikringsproduktet har mer til felles med ulykkes- og sykeforsikring enn det har med livsforsikring. Det kan derfor tenkes at forsikring mot kritisk sykdom må betraktes som en kombinasjon av ulykkes- og sykeforsikring. Fordi løsningen ikke er klar, bør forsikringsselskapene la Kongen avgjøre om forsikring mot kritisk sykdom er personforsikring, jfr. § 10-1 tredje ledd. Før dette eventuelt blir gjort, følger det av § 1-1 annet ledd at lisensforsikring



følger reglene i lovens del A om skadeforsikring. Vi vil komme med et forslag til ny ordlyd i § 10-1 i kapittel 5.

### 3.4 Er lisensforsikring en personforsikring?

Lisensforsikring, eller såkalte "loss of licence"-forsikringer, kjennetegnes ved at det utbetales en kapitalerstatning for varig yrkesmessig uførhet, som utløses når lisensen for å utøve et bestemt yrke trekkes tilbake på grunn av sviktende helse.

Vi vil i det følgende sammenlikne hva som tradisjonelt ligger i begrepene "livsforsikring", "ulykkesforsikring" og "sykeforsikring" med det dekningsfeltet lisensforsikring er gitt i forsikringsvilkårene.<sup>54</sup>

Lisensforsikring har det til felles med livsforsikring at den er en typisk "all risk"-forsikring. Den forsikrede får erstatning uavhengig av hvilken helseforverring som har forårsaket at han eller hun har mistet lisensen. I motsetning til livsforsikring, gir ikke lisensforsikring dekning mot dødsrisiko. Tap av helseattest kan være en presumsjon for en økt dødsrisiko, men den gir ikke rett utbetaling hvis den forsikrede dør.

Det som taler for at lisensforsikring kan sies å være en ulykkesforsikring, er at medisinsk invaliditet kan utløse tap av helseattest. Tap av helseattest kan på den annen side skyldes sviktende helse som følge av sykdom, som ulykkesforsikringen som hovedregel ekskluderer fra sitt dekningsfelt. Erstatningsberegningen ved tap av helseattest foretas på grunnlag av alder, og erstatningen nedtrappes ved økende alder. Dette står i kontrast til erstatningsberegningen ved ulykkesforsikring.<sup>55</sup>

Lisensforsikring har det til felles med sykeforsikring at den forsikrede rammes av en helseforverring som hindrer forsikrede i å utøve det arbeidet han eller hun forutsetningsvis er i stand til å utføre. Ved ordinær sykeforsikring forutsettes det

---

<sup>54</sup> Personalforsikring for offshore- og verkstedsansatte i Odfjell Offshore av 2004 – Lisensforsikring (Gjensidige), Vilkår for trygghetsforsikringen loss-of licence 2004 (Gjensidige), Vilkår for lisensforsikring 2003 (Vesta)

<sup>55</sup> Ved ulykkesforsikring er alder uten betydning for erstatningsberegningen. Det avgjørende er den prosentvise medisinske invaliditetsgraden.

imidlertid at den forsikrede vil komme tilbake til i arbeid, noe som ikke er tilfellet ved lisensforsikring. Ved lisensforsikring utbetales en kapitalerstatning, i motsetning til periodiske ytelser som utbetales i sykeforsikring. Lisensforsikring tegnes av yrkesgrupper som utøver et arbeid som krever helseattest, som for eksempel sertifikater. Denne persongruppen er ikke sammenfallende med den persongruppen som typisk tegner sykeforsikring.<sup>56</sup>

I likhet med forsikring mot kritisk sykdom lar lisensforsikring seg vanskelig plassere under noen av personforsikringskategoriene det opereres med i FAL § 10-1 annet ledd. Fordi løsningen ikke er klar, bør Kongen avgjøre om lisensforsikring er personforsikring, jfr. § 10-1 tredje ledd. Før dette eventuelt blir gjort, følger det av § 1-1 annet ledd at lisensforsikring følger reglene i lovens del A om skadeforsikring.

### 3.5 Forsikring mot kritisk sykdom/lisensforsikring og uføredekningen

Våre undersøkelser har avdekket at ikke foreligger en ensartet oppfatning av hvorvidt forsikring mot kritisk sykdom og lisensforsikring faller inn under livsforsikringsbegrepet. Begrunnelsen som hovedsakelig blir angitt for å karakterisere disse forsikringsformene som livsforsikring, er at de har flere likhetstrekk med forsikring mot uførhet, som er en form for livsforsikring, enn det har med syke- eller ulykkesforsikring. Tilsvarende begrunnelse er lagt til grunn av Gulating lagmannsrett<sup>57</sup> ved vurderingen av hvorvidt § 19-10 kan anvendes analogisk på lisensforsikring. Det vil derfor være naturlig å sammenlikne uføredekningen med det dekningsfeltet forsikring mot kritisk sykdom og lisensforsikring er gitt i forsikringsvilkårene.<sup>58</sup>

Forsikring mot kritisk sykdom kan sies å inneholde en presumsjon for varig ervervsuførhet ved at det blir utbetalt en engangserstatning. En sykdom som regnes som ”kritisk” i forsikringens dekningsfelt, vil imidlertid ikke alltid føre til en ”sykemelding på livstid”. Når den forsikrede krever dekning ved kritisk sykdom, blir spørsmålet om det foreligger en medisinsk diagnose som er omfattet av forsikringens

---

<sup>56</sup> Se kapittel 2.2.3

<sup>57</sup> LG-2003-04607

<sup>58</sup> Se note 53 og 54

dekningsfelt, uavhengig av om det har oppstått en ervervmessig hemning. Forsikringen utbetales på diagnosetidspunktet. I uføredekningen avhenger erstatningsutbetalingen av at forsikrede kan sies å være varig arbeidsufør. Kriteriene for varig arbeidsuførhet fremgår de enkelte forsikringsvilkårene. Det vanlige er at uføregraden må ha vært stabil i minst to år før utbetaling kan finne sted. I uføredekningen er det i prinsippet uten interesse hvilken sykdom forsikrede har blitt ufør av.

Ut fra denne vurderingen, må det være forsvarlig å hevde at forsikring mot kritisk sykdom ikke har særlig til felles med uføredekningen.

Lisensforsikringen gir utbetaling ved en varig yrkesmessig uførhet. Det vil si at forsikrede er varig ute av stand til å utøve et bestemt yrke. Uføredekningen kommer motsetningsvis til utbetaling ved varig ervervmessig uførhet. Ervervmessig uførhet innebærer at forsikrede er varig ute av stand til å utføre ethvert inntektsgivende arbeid.

Lisensforsikring har til felles med uføredekningen at begge dekningene opererer med et varighetskriterium. Begge dekningene kommer først til utbetaling når det er konstatert at forsikrede er varig ufør. Videre er tap av helseattest en sterk presumsjon for varig arbeidsuførhet der forsikrede er en eldre arbeidstaker. Et ytterligere likehetstrekk er at lisensforsikringen i likhet med uføredekningen, er en "all risks"-dekning.

Ut fra den vurderingen som her er gitt må det være forsvarlig å hevde at lisensforsikringen har flere sentrale likhetstrekk med uføredekningen.

### 3.6 Kan FAL § 19-10 gis analogisk anvendelse på lisensforsikring

Vi har sett at lisensforsikring har flere sentrale likhetstrekk med uføredekningen. Derfor vil vi i det følgende vurdere om FAL § 19-10 kan få analogisk anvendelse på lisensforsikring. Forsikring mot kritisk sykdom har derimot svært få fellestrekk med uføredekningen. Det vil derfor ikke være naturlig å vurdere en analogisk anvendelse av § 19-10 på denne typen forsikring.

Forarbeidene gir ikke støtte for en analogisk anvendelse av arbeidsuførhetsbegrepet i § 19-10 første punktum på yrkesmessig uførhet.

Gulating lagmannsrett har tatt stilling til spørsmålet.<sup>59</sup> Saken gjaldt et krav om erstatning som følge av at arbeidsgiveren ikke hadde tegnet forsikring mot tap av helseattest. Et sentralt spørsmål var hvorvidt en slik forsikring ville ha kommet til utbetaling dersom den var blitt tegnet. Retten la til grunn at tap av helseattest er en personforsikring, og at § 19-10 derfor kunne komme til anvendelse på slike forsikringer. Dette ble begrunnet i at uføreforsikringen må anses omfattet av begrepet ”livsforsikring”, og at forsikring mot tap av helseattest må kunne vurderes som en partiell uføreforsikring. Retten pekte videre på at med stigende alder, vil en slik begrensning i yrkesvalg også medføre en ikke ubetydelig risiko for en permanent ”utestengelse” fra arbeidslivet.

Forsikringsskadenemnda har tradisjonelt stilt seg avvisende til å gi § 19-10 analogisk anvendelse for lisensforsikring.<sup>60</sup> Nemnda har i disse sakene lagt vekt på at det ikke gyldig kan tas forbehold utover de rammer som trekkes i §§ 13-5 og 19-10. Det har blitt lagt til grunn at lisensforsikring ikke har karakter av en livsforsikring, og at § 19-10 derfor ikke kan få anvendelse.

Nemnda har imidlertid nylig åpnet for at § 19-10 kan få anvendelse på lisensforsikring, jfr. FSN 5433. Saken gjaldt tap av helseattest som følge av chorioretinit på høyre øye. Selskapet avslo krav om erstatning med henvisning til en objektiv karensbestemmelse i

---

<sup>59</sup> LG-2003-04607

<sup>60</sup> FSN 4089, FSN 4438 og FSN 4440

vilkårene. Mindretallet la til grunn at § 19-10 kunne gis analogisk anvendelse i denne saken. Flertallet åpnet for en tilsvarende rettsanvendelse, men gav forsikrede medhold fordi det aktuelle forholdet ikke oppfylte kravene § 19-10 stiller. Det kommer imidlertid ikke klart frem i saken hvilket syn flertallet hadde vedrørende spørsmålet om § 19-10 kan anvendes på lisensforsikring. Først henviste de til tidligere nemndsuttalelser som hadde en avvisende holdning til en slik rettsanvendelse, for deretter å drøfte om vilkårene i § 19-10 var oppfylt. Det er uheldig at flertallet ikke tok eksplisitt stilling til hvorvidt § 19-10 kunne anvendes i denne saken. Hvis nemndas holdning var å fravike tidligere praksis, burde det ha blitt uttalt klarere.

Brynildsen m.fl.<sup>61</sup> har uttalt at en analogisk anvendelse av § 19-10 på lisensforsikringer kan være forsvarlig. Forfatterne gir imidlertid ikke en begrunnelse for dette standpunktet.

Vi har gjennom våre undersøkelser avdekket at enkelte forsikringsselskaper mener at § 19-10 kan anvendes analogisk på lisensforsikringer. Hovedsakelig blir dette begrunnet med at lisensforsikring har prinsipielt viktige likhetstrekk med uføredekningen. Forsikringsselskapene ser ut til å se bort fra det tradisjonelle innholdet i livsforsikringsbegrepet med den begrunnelse at § 19-10 første punktum ikke inneholder et element av dødsrisiko. En slik tolkning av § 19-10 er etter vår mening svært uheldig. Bestemmelsen regner uføredekningen som en integrert del av livsforsikring. Uføredekningen utgjør ingen selvstendig forsikringsform i den forstand at innholdet kan fastsettes uavhengig av det tradisjonelle livsforsikringsbegrepet.

Formålet med innføringen av § 19-10 var å gi selskapene en erstatning for fullstendig helseprøving i kollektiv livsforsikring. Tilsvarende blir det ikke foretatt en fullstendig helseprøving ved tegning av lisensforsikring. Dermed kan formålet med § 19-10 også gjøre seg gjeldende for lisensforsikring.

På den annen side tilsier hensynet til forutberegnelighet at en bør være varsom med å gi § 19-10 analogisk anvendelse på andre forsikringsformer. Det er neppe innlysende for en person uten særskilte kunnskaper om akkurat dette temaet, at lisensforsikring blir

---

<sup>61</sup> Brynildsen m. fl. op.cit. s. 551

vurdert å være en partiell uføreforsikring, og derfor en del av livsforsikringsbegrepet. Lisensforsikring skiller seg fra tradisjonell livsforsikring på et prinsipielt viktig område; den gir ikke dekning mot dødsrisiko.

Vi ser at det foreligger grunner som tilsier at § 19-10 kan anvendes på lisensforsikring. Likevel vil ikke en slik rettanvendelse være forsvarlig slik § 19-10 er utformet. Den er klart begrenset til å gjelde kollektiv livsforsikring, og arbeidsuførhetsbegrepet kan ikke tolkes uavhengig av innholdet i det tradisjonelle livsforsikringsbegrepet. Vi viser til drøftelsen ovenfor, som tilsier at lisensforsikring på nåværende tidspunkt skal følge reglene om skadeforsikring.

## **4 Helseklausuler i henhold til FAL § 19-10**

### **4.1 Innledning**

Bestemmelsen i FAL § 19-10 første punktum reiser en rekke vanskelige, og dels uavklarte problemstillinger. I det følgende vil vi ta stilling til en del av disse problemstillingene. Andre problemstillinger som reiser seg i § 19-10, har vi behandlet i kapittel 2.<sup>62</sup>

Det første spørsmålet relaterer seg til sykdom- og lytebegrepene. Det kan oppstå vanskelige grensespørsmål ved vurderingen av om en lidelse er en ”sykdom” i forsikringsrettslig forstand. Det skyldes blant annet at sykdomsbegrepet ikke har noe absolutt og klart avgrenset innhold, og at flere lidelser er av en slik art at det er en gradvis overgang fra normaltilstand til sykdom.

Det andre spørsmålet knytter seg til det subjektive element. Ufordringen er å fastlegge hvilket beviskrav formuleringen ”det må antas at medlemmet kjente til” tilsier. Herunder vil vi vurdere grensedragningen mellom symptomer som folk flest i det

---

<sup>62</sup> Se kapittel 2.7-2.9

daglige og symptomer som har manifestert seg i en slik grad at de skiller seg fra mer forbigående plager.

Det tredje spørsmål relaterer seg til at § 19-10 er ment å være en erstatning for helseopplysninger. Det kan derfor reises spørsmål om, og i tilfelle hvor langt, forsikringselskapet kan kombinere helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 med helseopplysninger. Herunder vil vi drøfte om § 19-10 uttømmende regulerer bruk av helseklausuler i kollektiv livsforsikring, eller om den kan suppleres med symptomklausuler etter FAL § 13-5.

Det femte spørsmålet knytter seg til om helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. Dette er et forholdsvis omstridt tema, og vil derfor bli drøftet.

I det følgende vil vi behandle spørsmålene i den rekkefølgen de er omtalt ovenfor. Enkelte av drøftelsene kan vanskelig vurderes uavhengig av hverandre. Det vil derfor være nødvendig å foreta en del henvisninger underveis.

## 4.2 Sykdoms- og lytebegrepene og det subjektive element

### 4.2.1 Innledning

Bestemmelsen i FAL § 19-10 forutsetter at arbeidsuførheten skyldes sykdom eller lyte som medlemmet hadde da selskapets ansvar begynte å løpe, og som det må antas at medlemmet kjente til. Fra denne bestemmelsen kan det utledes et grunnleggende hovedprinsipp om at en person ikke kan forsikre seg mot en sykdom som allerede er oppstått, og som han eller hun kjenner til.

Bestemmelsen innfører det subjektive element, det vil si at medlemmet må antas å ha hatt kjennskap til at sykdom eller lyte forelå da selskapets ansvar begynte å løpe. Dette

var en prinsipiell viktig nyskapning for selskapene ved innføringen av FAL 1989.<sup>63</sup> Under FAL 1930 var det ikke uvanlig at livsforsikringsselskapene, både innenfor individuelle og kollektive forsikringsordninger, begrenset sitt ansvar ved å innta helt objektive forbehold i forsikringsvilkårene. Det innebar at forbeholdene var gyldige uavhengig av forsikredes kunnskap til sykdommen eller lytet. Det var noe omstridt hvorvidt denne type klausuler var i strid med de preseptoriske reglene om opplysningsplikt.<sup>64</sup>

Lovgiver bestemte at tidligere avtalepraksis ikke kunne fortsette i individuelle ordninger, nettopp fordi forsikredes helsetilstand var et tema for opplysningsplikten, og dermed de preseptoriske bestemmelsene i FAL 1989 kapittel 13. I kollektive ordninger, der det ikke innhentes fullstendige helseopplysninger, kunne tidligere praksis i hovedsak fortsette, men med enkelte prinsipielt viktige begrensinger, blant annet det subjektive element.<sup>65</sup>

Vi vil først vurdere sykdoms- og lytebegrepene, og gi eksempler på momenter som er relevante ved vurderingen av om det foreligger en sykdom eller lyte. Deretter vil vi vurdere det subjektive element, herunder hvilke bevis som kreves, og hvilke momenter som er relevante ved vurderingen av om forsikrede kjente til den aktuelle tilstanden. Det vil være nødvendig å trekke enkelte paralleller underveis, idet sykdomsbegrepet sjelden får selvstendig betydning ved siden av kravet til kunnskap.

#### 4.2.2 Sykdomsbegrepet

Sykdomsbegrepet er relativt i den forstand at det ikke har noe absolutt og klart avgrenset innhold. Eksempler på sykdommer er multippel sklerose (MS), diabetes, astma, schizofreni og manisk-depressiv lidelse. Det er flere grensetilstander hvor det kan oppstå tvil om det kan sies å foreligge en ”sykdom”. Det gjelder spesielt for personlighetsforstyrrelser. Alle mennesker opplever å ha ”uhensiktsmessige” personlighetstrekk. Det oppstår vanskelige grensespørsmål i forhold til

---

<sup>63</sup> Ot.prp.nr.49 (1988-89)

<sup>64</sup> Brynildsen m.fl. op.cit s. 548.



sykdomsbegrepet i tilfeller der personlighetsforstyrrelsene er så plagsomme, at det blir vanskelig å leve et vanlig liv. Flere lidelser er av en slik art at det er en gradvis overgang fra normaltilstand til sykdom. Det kan være tilstander som klart må karakteriseres som sykdom når en viss grense er overskredet. Problemet består i å trekke denne grensen. Eksempler på slike tilstander er nevroser, depresjoner og fibromyalgi (kronisk muskelsmertesyndrom).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har lansert et klassifikasjonssystem (ICD)<sup>66</sup>. Det har til formål å beskrive sykdom, skade, lyte og behandling. Dette klassifikasjonssystemet kan benyttes som hjelpemiddel ved vurderingen av om det foreligger en sykdom eller et lyte. Det er imidlertid ikke slik at systemet nødvendigvis er sammenfallende med sykdoms- og lytebegrepene i § 19-10 sin forstand.

Lytebegrepet henspiller på medfødte tilstander, eller tilstander som det er ikke er naturlig å omtale som sykdom.<sup>67</sup> Eksempler på lyter er funksjonshemninger og benbrudd. Lytebegrepet er sjelden påberopt i praksis. Vi vil derfor i hovedsak referere til sykdomsbegrepet i fremstillingen.

Ordlyden i FAL § 19-10 gir ikke sykdomsbegrepet noe klart avgrenset innhold, da bestemmelsen ikke oppstiller noe krav til sykdommens omfang eller alvorlighet. I de fleste tilfeller vil en ubetydelig sykdom ikke være årsak til en varig ervervsmessig uførhet. Hvordan en sykdom slår ut, vil imidlertid variere fra person til person. En og samme sykdom kan være ubetydelig for en person, og få alvorlige konsekvenser for en annen.

Det er videre sykdom forsikrede hadde da selskapets ansvar begynte å løpe, som er avgjørende. Dermed vil det være i strid med ordlyden å legge avgjørende vekt på forsikredes tidligere sykehistorikk ved vurderingen av om det forelå en sykdom ved innmeldingstidspunktet.

---

<sup>65</sup> De to andre begrensningene; karenstiden og restriksjoner mht. hvilke opplysninger som kan innhentes, er drøftet i kapittel 2.6.1 og del 4.3

<sup>66</sup> International Classification of Diseases (ICD)

<sup>67</sup> Brynildsen m.fl., op.cit, s. 557.

Forarbeidene<sup>68</sup> legger til grunn at spørsmålet om forsikrede hadde en sykdom på innmeldingstidspunktet, i ”alminnelighet innebærer at sykdommen var konstatert på det tidspunkt forsikringen trådte i kraft”. ”Konstatert” innebærer normalt at leger, annet helsepersonell eller medlemmet selv har påvist sykdommen. Det er vanskelig å vurdere om sykdommen er konstatert uavhengig av det subjektive prinsipp, som vi vil vurdere nedenfor.<sup>69</sup> Der vil vi innta eksempler fra rettspraksis vedrørende tolkningen av begrepet ”konstatert”.

Det finnes begrenset rettspraksis knyttet til sykdomsbegrepet i § 19-10. Det foreligger imidlertid en eldre avgjørelse fra Bergen byrett.<sup>70</sup> Denne saken dreide seg om når et personlighetsavvik kan sies å være en sykdom i forsikringsrettslig forstand. Forsikrede, som hadde hatt en personlighetsforstyrrelse eller et personlighetsavvik allerede fra spedbarnsalder, ble ervervsufør i karenperioden som følge av karakternevroser. Personlighetsforstyrrelsen hadde imidlertid ikke gitt seg ytre utslag før forsikringen trådte i kraft, verken for forsikrede selv eller hans lege. I tillegg hadde forsikrede tidligere tegnet individuelle livsforsikringer, uten at det var tatt reservasjoner. Forsikrede hevdet derfor at personlighetsavviket ikke kunne karakteriseres som sykdom. Forsikringsselskapets hovedlege hevdet på sin side, at det ikke kunne være avgjørende at forsikrede ikke hadde hatt aktive symptomer på tegningstidspunktet.. Retten uttalte at de i utgangspunktet kunne si seg enige i hovedlegens betraktninger. Likevel kom retten, under sterk tvil, til at forsikredes personlighetsavvik ikke kunne karakteriseres som sykdom. Om sykdomsbegrepet uttalte retten blant annet:

Rettens poeng i relasjon til sykdomsbegrepet i forsikringsvilkårene, er at når det går så lang tid som 38 år før avviket er årsaken til en sykemelding, så finnes det unaturlig å si at A i mellomtiden hadde en sykdom av denne art.

Ut fra denne dommen er det forsvarlig å slutte at ytre momenter som sykemeldinger og uttalelser fra lege, vil være relevante ved vurderingen om det foreligger en sykdom. Saksforholdet i denne saken var imidlertid svært spesielt, og dommen gir ingen henvisning til hvilke andre ytre momenter som kan være relevante.

---

<sup>68</sup> NOU 1983: 56 s. 184

<sup>69</sup> Kapittel 4.2.3

<sup>70</sup> RG 1992 s. 692 (Bergen)

Det er vanskeligere å trekke grensen i forhold til psykiske lidelser enn det er for fysiske lidelser, fordi psykiske lidelser ikke kan påvises objektivt. Forsikringskadenemnda har imidlertid trukket frem en del relevante momenter ved avgjørelsen av om en psykisk lidelse er en sykdom i forsikringsrettslig forstand. Nemnda har i flere saker lagt avgjørende vekt på om det foreligger sykemeldinger og sykemeldingenes varighet, journalnotater og medikamentbruk.<sup>71</sup>

Et eksempel fra nemndspraksis er FSN 2628. I denne avgjørelsen hadde forsikrede blitt sykemeldt i karenperioden med primærdiagnose ”depressiv nevrose” og sekundære diagnoser ”hypertensjon stoffskifteforstyrrelse og allergi”. Om sykdomsbegrepet uttalte nemnda blant annet:

Da forsikrede i 90 ble sykemeldt med primærdiagnosen ”depressiv nevrose” hadde hun ikke tidligere vært sykemeldt eller behandlet for psykiske lidelser. Hun hadde imidlertid slitt med følelsesmessige traumer på grunn av krenkelser i familien i barndommen, noe som i en periode i 17-18 års alderen også hadde ført til rusproblemer. Selv om det skulle være så at uførheten kan føres tilbake til traumatiske opplevelser i barndommen, finner nemnda det lite naturlig at unntaket for ”sykdom, lyte eller mén” kan få anvendelse på et tilfelle som det foreliggende hvor forsikrede i en årrekke har vært i arbeid uten sykemelding eller behandling.

I FSN 2969 uttalte nemnda at sykdomsbegrepet ikke bør forstås for strengt medisinsk. Avgjørelsen ble imidlertid fraveket av flertallet i FSN 5093 som uttalte følgende:

Regelen i § 19-10 innebærer en forenkling i forhold til forsikringer med helseopplysninger. Slik § 19-10 er utformet, risikerer selskapet ansvar i tilfeller hvor ansvar ville vært unngått ved korrekte svar på spørsmål i et godt utformet spørreskjema om helse.

Disse avgjørelsene tyder på at nemnda er splittet i sitt syn på hvordan sykdomsbegrepet skal forstås, og hvilke momenter som skal tillegges vekt i vurderingen.

I teorien legger Brynildsen m.fl.<sup>72</sup> til grunn tilsvarende standpunkt som nemnda i FSN 2969 og mindretallet i FSN 5093. På denne bakgrunn hevder de at det ikke kan være

---

<sup>71</sup>Se for eksempel FSN 3750, FSN 4034 og FSN 4079

<sup>72</sup>Brynildsen m.fl. op.cit. s. 555-557

avgjørende om sykdommen gav symptomer på selve innmeldingstidspunktet, eller om sykdommen var i en svært tidlig fase.<sup>73</sup> Forfatterne hevder videre at spørsmålet om hvorvidt medlemmet "hadde" sykdommen da selskapets ansvar begynte å løpe, i utgangspunktet må vurderes objektivt, og i tvilstilfeller av medisinsk sakkyndige.<sup>74</sup>

Brynildsen m.fl. legger videre stor vekt på formålet med § 19-10, som er å gi selskapet en erstatning for helseopplysninger i kollektiv livsforsikring. Det taler for at sykdomsbegrepet ikke bør forstås for strengt medisinsk, men mer i retning av risikofaktorer.

Det må imidlertid være forsvarlig å hevde at regelen på den annen side må sees i sammenheng med de øvrige bestemmelsene i FAL, noe som tilsier at sykdomsbegrepet må tolkes restriktivt for å beskytte forsikrede.

Hensynet til forutberegnelighet og tilgjengelighet tilsier at sykdomsbegrepet må tolkes i tråd med den alminnelige oppfatningen av begrepet. For folk flest vil legevisitter, og da spesielt en henvisning til spesialist, sykemeldinger og medikamentbruk tilsi at det foreligger et avvik fra normalt tilstand, og dermed en sykdom. Det vil neppe være like innlysende for folk flest at sykdomsbegrepet tolkes i relasjon til hva et forsikringsselskap ville spurt om ved en individuell helseprøving. Vi står altså overfor en interesseavveining, hvor hensynet til forsikrede må veie tyngre enn hensynet til forsikringsselskapet.

Det lar seg ikke gjøre å gi en uttømmende oppregning av hvilke momenter som er relevante ved vurderingen av om det foreligger en sykdom. Vi har pekt på en del relevante momenter. Generelt kan det sies at det beror på forholdene i det konkrete tilfellet, og at forsikredes behov for dekning må veie tungt i tvilstilfeller.

---

<sup>73</sup> i.c.

<sup>74</sup> Brynildsen m.fl, op.cit.s. 555

### 4.2.3 Det subjektive element

Det fremgår av ordlyden i FAL § 19-10 at forsikringssselskapet kun kan ta forbehold om sykdommer forsikrede må antas å ha kjent til ved innmeldingen. Bestemmelsen legger opp til en bevisvurdering, der spørsmålet er hva som skal til for selskapet kan ”anta” at forsikrede hadde slik kunnskap.

Det foreligger ingen prosessuelle regler om bevisbedømmelse i FAL. Dersom forsikringsvilkårene heller ikke gir noen anvisning på egne regler om bevisbedømmelse, kommer de alminnelige sivilrettslige regler om bevisbedømmelse til anvendelse.

De alminnelige prosessuelle regler om bevisbyrde tilsier at den parten som fremsetter en påstand, har tvilsrisikoen for at påstanden lar seg bevise. Det er selskapet som har bevisbyrden hvis det hevder at medlemmet kjente til sykdommen ved avtaleinngåelsen. De alminnelige reglene om bevisbyrde krever at selskapet må sannsynliggjøre dette med minst 51 prosent sannsynlighetsovervekt.

Forarbeidene<sup>75</sup> legger til grunn at hvorvidt det må antas at den forsikrede kjente til sykdommen, må bero på en konkret vurdering. Uttalelser fra lege eller annet helsepersonell fremheves som eksempler på relevante momenter. Det uttales at sykdommen i alminnelighet må være konstatert for at selskapet skal kunne påberope seg forbeholdet. Dette tyder på at forarbeidene legger en streng vurderingsnorm til grunn for når selskapet skal kunne anses å ha oppfylt beviskravet for kunnskap hos den forsikrede. En konstatering innebærer normalt at sykdommen er påvist av lege eller medlemmet selv.<sup>76</sup> Rene antagelser og spekulasjoner fra forsikredes side vil ikke være tilstrekkelig.

Det foreligger svært begrenset rettspraksis om beviskravet for kunnskap i § 19-10. Sandefjord byrett har uttalt seg om spørsmålet i en upublisert dom.<sup>77</sup> Retten la til grunn at begrepet ”antas” indikerte at det krevdes en alminnelig sannsynlighetsovervekt for at sykdommen var til stede ved tegningen.

---

<sup>75</sup> NOU 1883:56 s. 184

<sup>76</sup> i.c

<sup>77</sup> Sandefjord byrett, dom av 15.03.1995 (upublisert)

Fordi det foreligger så begrenset rettspraksis vedrørende det subjektive element i FAL § 19-10, kan det være interessant å se på de høyesterettsdommer som foreligger i forhold til Yrkesskedeforsikringsloven (yrforsl) § 21. Selskapet må i henhold til FAL § 19-10, sannsynliggjøre at medlemmet subjektivt hadde oppdaget sykdommen da foresikringen trådte i kraft. Det fremgår som nevnt av forarbeidene til FAL § 19-10<sup>78</sup> at sykdommen i alminnelighet må være konstatert for at forsikrede kan sies å ha hatt en sykdom. Bestemmelsen i yrforsl § 21 krever at sykdommen må være konstatert etter lovens ikrafttredelse for at erstatning skal kunne utbetales. Rettspraksis knyttet til konstateringsbegrepet i denne bestemmelsen kan derfor være relevant for vurderingen av konstateringsbegrepet i forarbeidene til FAL, og dermed også beviskravet i FAL § 19-10. Høyesterett har uttalt seg om begrepet ”konstatert” i forbindelse med yrforsl. i tre saker.<sup>79</sup>

I Rt. 2000 s. 70 (Iversen) uttalte retten blant annet:

Det kreves ikke at en lege må foreta konstateringen eller at det foreligger medisinsk diagnose. Dersom skadelidte er klar over skaden eller sykdommen, vil dette normalt være tilstrekkelig.. En mer eller mindre begrunnet mistanke kan imidlertid ikke likestilles med at skadelidte har oppdaget skaden.

I Rt. 2000 s. 1338 (Løvlie) uttalte retten:

Løsemiddelskader har dels symptomer som i dagliglivet oftest ikke forbindes med en skade eller sykdom av noe særlig varighet, men henføres til for eksempel akutt forgiftning, for meget arbeid eller personlige problemer, og dermed må antas å være av forbigående art. Det gjør det vanskelig for en legmann å oppdage at slike skader er oppstått. Jeg legger videre vekt på at det ikke er opplysninger i saken om sykdomsfravær eller behandling...

De to dommene tilsier at det ikke kan kreves en medisinsk diagnose for at en sykdom skal kunne bli ansett som konstatert. Dette innebærer at dersom den samme vurderingsnormen kan legges til grunn i § 19-10, er det tilstrekkelig at forsikrede selv

---

<sup>78</sup> NOU 1983:56 s 184

<sup>79</sup> Rt. 2000 s. 70, Rt. 2000 s. 1338 og Rt. 2001 s. 1646

hadde oppdaget sykdommen. Forsikringsselskapet må sannsynliggjøre at forsikrede forstod, eller i sterk grad mistenkte, at han eller hun hadde en sykdom. Det kan imidlertid ikke kreves at forsikrede hadde kunnskap om omfanget av sykdommen.

Forsikringsskadenemnda synes å bygge på tilsvarende rettsanvendelse i forhold til FAL § 19-10 som Høyesterett gjør i de to nevnte dommene om yrforsl. § 21. Nemnda har i en rekke saker fastslått at det ikke kreves kunnskap om diagnosen.<sup>80</sup> Videre har nemnda uttalt at det ikke kan være avgjørende at det etter innmeldingen har blitt stilt en noe annen diagnose enn tidligere.<sup>81</sup>

Det fremgår av nemndas avgjørelser at det ikke kan oppstilles et krav om at sykdommen må være konstatert av lege eller annet helsepersonell.<sup>82</sup> Legebesøk og uttalelser fra lege vil være relevante tolkningsmomenter.<sup>83</sup> Herunder vil det være av betydning om forsikrede har vært sykemeldt eller brukt medikamenter for den aktuelle lidelsen.<sup>84</sup>

Nemnda har i flere saker uttalt at kunnskap om symptomer er tilstrekkelig, men det må være symptomer som viser at man har en eller annen sykdom.<sup>85</sup> Det kan oppstå vanskelige grensedragninger ved vurderingen av om symptomene har manifestert seg i en slik grad at de skiller seg fra mer forbigående plager som folk flest har i det daglige.

Et eksempel på denne grensedragningen er FSN 5093. Forsikredes ektefelle ble innmeldt som medforsikret under arbeidsgivers gruppelivsforsikring. Vilklårene hadde en begrensning for dødsfall som inntraff innen to år etter innmeldingen, og som blant annet skyldtes sykdom som vedkommende hadde ved tilmeldingen, og som det måtte antas at medlemmet kjente til. Den medforsikrede døde av kreft i karensperioden.

Flertallet (3) uttalte:

Det kreves i prinsippet positiv kunnskap om sykdommen fra forsikredes side, men formuleringen ”må antas” innebærer et avdempet krav til bevis for slik kunnskap. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig at forsikrede burde ha kjent til sykdommen på dette aktuelle tidspunktet. Selv en

---

<sup>80</sup> FSN 3013, FSN 3417, FSN 3515, FSN 3688, FSN 3723, FSN 4573, FSN 4911, FSN 5093

<sup>81</sup> Se for eksempel FSN 3417

<sup>82</sup> Se for eksempel FSN 3515

<sup>83</sup> FSN 3750, FSN 3688, FSN 4034

<sup>84</sup> FSN, 3750, FSN 4034, FSN 4357

sterk og begrunnet mistanke om sykdom er ikke tilstrekkelig etter loven. På en annen side kan kravet om kunnskap være oppfylt selv om forsikrede ikke har kjennskap til hvilken sykdom det dreier seg om. Dette uttrykkes gjerne slik at kjennskap til symptomer er tilstrekkelig. Det er ikke nødvendig at det er stilt en diagnose. Men lovens krav er like fullt at forsikrede må ha kjent til sykdommen. Skal kunnskap om symptom være tilstrekkelig, må det dreie seg om symptom som viser at man har en eller annen sykdom. Dersom ”symptomet” – i dette tilfellet kulen i armen – ikke i seg selv viser at forsikrede har en sykdom, vil kjennskap til symptomet ikke være tilstrekkelig. Skulle kunnskap om kulen i armen være tilstrekkelig, ville det innebære at kunnskap om muligheten for sykdom vil være avgjørende etter § 19-10. Flertallet vil tilføye at forsikredes tidligere kreftsykdom ikke er avgjørende i saken. Lovens kriterium er kunnskap om nåværende sykdom.

Det kommer frem av denne avgjørelsen at nemndas flertall gikk inn for å senke beviskravet i § 19-10 i forhold til de alminnelige reglene om bevisbyrde. Flertallet sa imidlertid ikke noe om hva dette spesielle beviskravet går ut på. Det må være forsvarlig å hevde at formuleringen ”må antas” etter nemndas syn, viser til en mellomting mellom positiv kunnskap og hva forsikrede burde hatt kunnskap om.

Brynildsen m.fl.<sup>86</sup> hevder at relevant tolkningsmoment vil være om symptomene hadde vært så tydelige at forsikrede måtte ha opplyst om den ved en individuell helseerklæring for å overholde opplysningsplikten i FAL § 13-1. Forfatterne hevder at:

Det er opp til selskapet å foreta risikovurdering og eventuelt oppstille reservasjoner i polisen for angitte sykdomsrisikoer på bakgrunn av helseopplysninger. Slike betraktninger bør også være retningsgivende i forhold til ”antas å kjenne til” som nettopp benyttes som substitutt for helseopplysninger. Det er vanskelig å se noen gode grunner for at et medlem av en kollektivforsikring de første to år skal stilles bedre med hensyn til sykdommer som var til stede ved innmelding enn om det hadde vært tegnet individuell forsikring.<sup>87</sup>

Selmer<sup>88</sup> synes å være av en annen oppfatning. Han viser til at reglene om opplysningsplikt krever mer enn bare en liten uaktsomhet, og at aktsomheten må vurderes i sammenheng med hvordan selskapet har formet sine spørsmål. At

---

<sup>85</sup> FSN 3013, FSN 4573, FSN 5093

<sup>86</sup> Brynildsen m.fl. op.cit. s. 561

<sup>87</sup> i.c.

<sup>88</sup> Selmer, op.cit. s. 48



medlemmet måtte antas å kjenne til forholdet, er derfor ikke de samme som at man i individuell personforsikring kunne ha brukt reglene om opplysningsplikt.

Det er tilsynelatende ikke en ensartet oppfatning i teorien av hvilke krav som stilles til bevis for at forsikrede kan antas å ha kjent til en sykdom. Selmer er noe mer restriktiv i sin tolkning av beviskravet enn de øvrige forfatterne.

Rettskildebildet viser at det er vanskelig å si noe generelt om hvilke krav som stilles til beviset for kunnskap hos den forsikrede. Formålet med § 19-10 er å gi selskapet en erstatning for helseopplysninger. Det tilsier at kunnskapskravet ikke må tolkes for restriktivt, men mer i retning av risikofaktorer selskapet ville ha tatt forbehold for ved individuell helseprøving.

Det kan imidlertid ikke legges avgjørende vekt på formålet, da FAL gjennomgående er en meget forbrukervennlig forsikringsavtalelov. Ved en interesseavveining mellom selskapets og den forsikredes interesser, må derfor hensynet til den forsikrede veie tungt. Dette tilsier at det må stilles strenge krav til selskapets bevisbyrde.

Det lar seg ikke gjøre å gi en uttømmende oppregning av hvilke momenter som er relevante ved vurderingen av om kunnskapskravet i § 19-10 er oppfylt. Det må foretas en konkret vurdering, der forsikredes behov for dekning veie tungt.

## 4.3 Kombinasjonen helseklausuler og helseopplysninger

### 4.3.1 Innledning

Temaet i det følgende er om forsikringsselskapet kan kombinere helseklausuler i henhold til FAL § 19-10 med helseopplysninger.

Helseopplysninger blir innhentet for å vurdere hvilken forsikringsmessig risiko den forsikrede utgjør. I kollektiv personforsikring kan den informasjonen selskapet innhenter, medføre at forsikringsselskapet aksepterer risikoen, eller avslår å inngå forsikringsavtalen.

Premien i kollektiv forsikring blir beregnet ut fra en kalkulering av den totale risikoen de forsikrede utgjør. Der det er 10 medlemmer som hver utgjør en risiko på 10 prosent, skal i teorien en av dem bli ervervsufør og kreve en erstatning på 100 prosent. Hvis 100 prosent arbeidsuførhet gir en dekning på 100, må hvert av medlemmene betale en premie på 10 for at selskapet skal kunne foreta en utbetaling på 100 til det ene medlemmet, uten å gå i minus. Opplysninger om den totale risikoen er altså helt nødvendig for at selskapet skal kunne beregne premien, og beregne denne rettferdig for medlemmene.<sup>89</sup>

Det er forholdsvis uomtvistet at § 19-10 gjelder fullt ut i obligatorisk kollektiv livsforsikring. I denne ordningen blir forsikrede automatisk tilsluttet avtalen når han eller hun tiltrer sin stilling hos arbeidsgiver. Obligatorisk forsikring har først og fremst sin plass i arbeidslivet. Det har ikke vært vanlig praksis å innhente annet enn en arbeidsdyktighetserklæring for å kartlegge risikoen.

Det er i forhold til frivillig kollektiv livsforsikring problemet oftest oppstår. Denne ordningen benyttes først og fremst i foreninger. De forsikrede må selv ta initiativet til å komme med i dekningen. Dette åpner for spekulasjon mot forsikringsselskapet. Selskapet vil derfor ofte innhente helseerklæringer fra dem som ønsker å komme med i

---

<sup>89</sup> NOU 2000 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger

dekningen. Denne formen for forsikringsdekning har altså viktige likhetstrekk med individuell personforsikring, der de ansvarsbegrensninger selskapet har mulighet til å innta i forsikringsvilkårene er regulert i § 13-5.<sup>90</sup> Spørsmålene som blir stilt, kan være alt fra et enkelt spørsmål om arbeidsdyktighet, til et omfattende spørreskjema i likhet med det som benyttes i individuell personforsikring.

De enkle helseopplysningene kan hjelpe forsikringsselskapet med å avdekke potensielle medlemmer som utgjør en økt risiko, før de kommer inn i dekningen. De enkle helseopplysningene kan dermed være med på å sikre at kollektiv livsforsikring kan opprettholdes fullt ut med den lave premien den har i dag. I våre samtaler med de største forsikringsselskapene, fikk vi inntrykk av at de har gått bort fra å benytte seg av enkle helseerklæringer, og heller baserer seg på å enten innhente en arbeidsdyktighetserklæring, eller fullstendige helseopplysninger. Vi vil vurdere hvorvidt dette har vært et nødvendig skritt, eller om selskapene kunne ha fortsatt å innhente enkle helseerklæringer. Herunder er det interessant å vurdere hvorvidt det er mulig å anvende § 19-10 der selskapene har innhentet utførlige helseopplysninger. Før vi foretar denne drøftelsen, vil det være hensiktsmessig å gi en oversikt over innholdet i sentrale begreper vi vil benytte i fremstillingen.

#### 4.3.1.1 Definisjoner

Forsikringsselskapet har flere alternativer for hvordan det kan innhente opplysninger om den forsikredes helse. Vi vil i det følgende gi en oversikt over disse fremgangsmåtene.

Den enkleste, og mest usikre måten å innhente opplysninger om risikoen på, er å innhente en *arbeidsdyktighetserklæring*. Dette er et dokument arbeidsgiver fyller ut. I dokumentet påføres navnene på nye arbeidstakere som arbeidsgiver ønsker å ha med i forsikringen, og arbeidsgiver skriver under på at alle er arbeidsdyktige. Dette er en metode som benyttes i forsikringsordninger der spekulasjonsfaren er ansett som liten.

---

<sup>90</sup> Se NOU 1983: 56 s 166

Eksempler på slike forsikringsordninger er obligatoriske forsikringer, og forsikringer der risikoen statistisk sett blir utjevnet fordi antallet medlemmer er høyt.<sup>91</sup>

Den mest omfattende formen for innhenting av helseopplysninger, er å innhente det vi har valgt å kalle *fullstendige helseopplysninger* gjennom et egenerklæringsskjema. Her svarer den forsikrede på et tyvetalls konkrete spørsmål om sin nåværende og tidligere helsetilstand, samtidig som det er satt av plass til forsikredes egne kommentarer. Gjennom fullstendige helseopplysninger, får forsikringsselskapet et mer eller mindre fullstendig bilde av den risikoen det eventuelt skal overta. Et slikt skjema kan også suppleres med en legesjekk. Det er mest vanlig å benytte den typen egenerklæringer i individuell personforsikring, der selskapet kan ta forbehold grunnet på den forsikredes helse i henhold til § 13-5. Det har for øvrig også blitt vanligere å benytte denne fremgangsmåten i kollektive livsforsikringsavtaler der antallet medlemmer er så lavt at forsikringsselskapet mener at det ikke foreligger en tilstrekkelig risikoutjevning. Antallet varierer betraktelig fra selskap til selskap.<sup>92</sup>

Mellom disse to ytterpunktene, er det en glidende overgang. Det vi har valgt å kalle *enkle helseopplysninger* eller *enkle helseerklæringer* befinner seg svært nær en arbeidsdyktighetserklæring. En enkel helseerklæring fylles ut av den forsikrede, og består av et fåtall spørsmål, gjerne mellom to og fire. Spørsmålene har ikke til hensikt å gi en fullstendig oversikt over den forsikredes helsetilstand, men skal forhindre at personer som allerede på innmeldingstidspunktet utgjør en stor risiko, kommer med i dekningen.<sup>93</sup> Spørsmål som stilles er for eksempel:

”Er De fullstendig arbeidsfør?”

”Har De I løpet av de siste X månedene/årene vært sykemeldt i over 2 uker sammenhengende?”

”Er De fullstendig frisk?”

”Har De eller har De hatt noen alvorlige sykdommer?”

---

<sup>91</sup> Selskapene har imidlertid ulike oppfatninger av hvor mange dette må være. I Gjensidige opererer det for eksempel med en grense på 200 medlemmer, mens If mener det er nok med 25 medlemmer.

<sup>92</sup> i.c.

<sup>93</sup> Eller sørge for at forsikringsselskapet kan beregne en høyre premie for denne personen.

Forsikrede skal typisk krysse av for ja eller nei etter disse spørsmålene. Dette er en fremgangsmåte som tidligere har blitt benyttet ved innmelding i alle typer kollektive livsforsikringer. I dag blir den først og fremst brukt i kollektiv gjeldsforsikring.

Det vi har valgt å betegne som *utførlige helseopplysninger*, ligger nær de fullstendige helseopplysningene. De inneholder flere spørsmål enn de enkle helseopplysningene, men gir ikke et like omfattende bilde av risikoen som de fullstendige helseopplysningene gir.

### 4.3.2 Kan helseklausuler kombineres med helseopplysninger?

#### 4.3.2.1 Loven

Ordlyden i FAL § 19-10 gir ikke et entydig svar på om helseklausuler kan kombineres med innhenting av helseopplysninger. Den tilsier at § 19-10 gjelder for kollektiv livsforsikring generelt, altså for de obligatoriske ordningene, der det vanlige er å innhente arbeidsdyktighetserklæring, og for frivillige ordninger, der det har vært vanlig å innhente helseopplysninger.

Overskriften i § 19-10 ”tegning av livsforsikring uten opplysninger om risikoen”, tilsier isolert sett at § 19-10 ikke kan anvendes der det er innhentet helseopplysninger.

Ordlyden i § 19-10 annet punktum nevner helseopplysninger eksplisitt i forbindelse med medforsikret person. Det fremgår at første punktum gjelder tilsvarende for medforsikret person som ”ikke har avlagt helseerklæring”. Denne ordlyden gir støtte for en snever tolkning, men samtidig også en utvidende tolkning vedrørende spørsmålet om det kan innhentes helseopplysninger fra hovedforsikrede.

På den ene side kan ordlyden i annet punktum sees som en presisering av det heller ikke for medforsikrede kan innhentes helseopplysninger. En slik tolkning av ordlyden i annet punktum tilsier at overskriften må undergis en snever tolkning, og at bestemmelsen ikke kan komme til anvendelse der det er innhentet helseopplysninger fra

hovedforsikrede. Det er imidlertid en realitetsforskjell mellom § 19-10 første og annet punktum. Første punktum gir kun adgang til å ta helseklausuler for arbeidsuførhet. Annet punktum omhandler derimot ”risiko” generelt, og omfatter i følge forarbeidene også dødsrisikoen.<sup>94</sup> Det er en større risiko for spekulasjon mot selskapene i forhold til arbeidsuførhetsrisikoen enn dødsrisikoen. Det kan dermed være en større grunn til å tillate at det innhentes helseopplysninger om risikoen der forsikringstilfellet utløses av arbeidsuførhet.

På den annen side kan ordlyden i annet punktum forsvare en utvidende tolkning av første punktum og overskriften, slik at bestemmelsen ikke er til hinder for at det kan innhentes helseopplysninger for hovedforsikrede. Lovgiver har presisert at det ikke kan innhentes helseopplysninger om den medforsikrede. Den samme ordlyden er ikke valgt når det gjelder hovedforsikrede. Det er derfor forsvarlig å hevde at det ikke ville vært nødvendig å uttrykkelig forby innhenting av helseopplysninger for medforsikrede, dersom det samme hadde vært tilfelle for hovedforsikrede.

#### 4.3.2.2 Forarbeider

Forarbeidene er ikke tilstrekkelig klare i spørsmålet om det skal være mulig å kombinere helseklausuler i henhold til § 19-10 med helseopplysninger. Det blir forutsatt at avtalepraksis fra før FAL 1989 i stor grad skulle videreføres i den nye loven.<sup>95</sup> Denne avtalepraksisen gikk ut på at selskapet i all vesentlighet baserte seg på å innta helt objektive forbehold i vilkårene, uavhengig av om det dreide seg om obligatoriske eller frivillige ordninger, og uavhengig om det var innhentet helseopplysninger. De endringer det var ment å gjøre i denne praksisen er fremhevet i forarbeidene, blant annet dreier det seg om innføringen av det subjektive prinsipp.<sup>96</sup> Forarbeidene<sup>97</sup> går langt i å godta at det til en viss grad blir innhentet forenklede helseopplysninger, men det ser ut til at det kun er de helt enkle og summariske helsespørsmålene som tillates. Utvalget begrunnet dette med at opplysninger som

---

<sup>94</sup> Se NOU 1983 s. 183

<sup>95</sup> NOU 1983: 56 s 170

<sup>96</sup> Se kapittel 4.2.3

<sup>97</sup> Se NOU 1983: 56 s 170

innhentes i kollektiv personforsikring er for kortfattede til at selskapene kan benytte dem til å vurdere risikoen.<sup>98</sup>

Forarbeidene tilsier at overskriften i § 19-10 kan forstås dithen at helseklausuler kan kombineres med opplysninger som ikke er tilstrekkelig til å vurdere risikoen. De enkle helseopplysningene gir ikke forsikringsselskapet tilstrekkelige opplysninger til å kunne utforme individuelle ansvarsbegrensninger i henhold til § 13-5. Det er derfor forsvarlig å påstå at enkle helseopplysninger ikke gir en reell oversikt over risikoen som foreligger for det enkelte medlem.

Lovgiver var klar over at det var vanlig praksis i forsikringsselskapene å innhente forenklete helseopplysninger i kollektiv personforsikring. Dette fremgår klart av forarbeidene.<sup>99</sup> Det fremgår videre av forarbeidene at lovgiver ikke så noen grunn til å endre denne praksisen. Lovgiver har likevel gitt § 19-10 en overskrift som tyder på at det ikke er tillatt å innhente helseopplysninger fra hovedforsikrede, noe som er uheldig. Uttalelsene i forarbeidene må trolig føre til at overskriften i § 19-10 ikke kan tas helt på ordet, men at den bør tolkes dithen at første punktum også gjelder der det er innhentet enkle helseopplysninger.

Bestemmelsen i § 19-10 med tilhørende forarbeider, synes å trekke i retning av at enkle helseopplysninger som likner på en arbeidsdyktighetserklæring, skal være tillatt, mens mer utførlige helseopplysninger som nærmer seg en full egenerklæring, ikke kan kombineres med § 19-10. Dette blir imidlertid ikke uttrykt eksplisitt, verken i loven eller i forarbeidene.

#### 4.3.2.3 Sammenhengen i lovverket

Bestemmelsen i § 19-10 må sees i sammenheng med § 13-5, som er hovedregelen når det gjelder hvilke ansvarsbegrensninger forsikringsselskapene har lov til å innta i forsikringsvilkårene. Hovedregelen i § 13-5 er at selskapet ikke kan ta forbehold om forhold ved den forsikredes helse som forelå da selskapets ansvar begynte å løpe.

---

<sup>98</sup> Se NOU 1983: 56 s 170

Tankegangen er at det er selskapet som har ansvaret for å innhente de opplysninger det mener at det trenger for å vurdere risikoen. Utgangspunktet er at den forsikredes opplysningsplikt bare omfatter å svare ”riktig og fullstendig” på selskapets spørsmål, men at den forsikrede ikke har noen selvstendig opplysningsplikt om andre forhold, jfr. § 13-1.<sup>100</sup> Loven gir dermed en beskyttelse til den som har avgitt uriktige opplysninger i god tro. Selskapene kan derfor i utgangspunktet bare ta forbehold som bygger på opplysninger den forsikrede eller forsikringstaker har gitt.

Særbestemmelsene i kapittel 19 gir ingen egne bestemmelser om forsikringstakers eller forsikredes opplysningsplikt i kollektiv personforsikring. Det kan dermed se ut til at det ikke er forutsatt at det pålegges forsikringstaker eller forsikrede noen opplysningsplikt i denne forsikringsformen. Dersom disse overhodet ikke pålegges noen opplysningsplikt i denne typen forsikring, er det ikke i samsvar med lovens system at §19-10 skal gjelde der det er innhentet helseopplysninger. Det tilbakevendende problemet, hvis denne forståelsen av bestemmelsene i kapittel 19, sett i forhold til kapittel 13, skal legges til grunn, blir imidlertid at lovgiver positivt har gitt uttrykk for kjennskap til at det innhentes enkle helseopplysninger, og at § 19-10 mer eller mindre var en kodifisering av denne praksisen.

#### 4.3.2.4 Rettspraksis

I Sandefjord byretts dom av 15. mars 1995 godtok retten at helseklausuler i henhold til § 19-10 var inntatt i forsikringsvilkårene, og påberopt av forsikringsselskapet, til tross for at selskapet hadde innhentet en kortfattet helseerklæring fra forsikrede.

Saksforholdet var som følger: I forbindelse med fornyelsen av en gjeldsforsikring ble forsikringen utvidet fra å være en ulykkesforsikring til å også omfatte arbeidsuførhet som følge av sykdom. Forsikrede måtte i den forbindelse avgi svar på tre spørsmål om sin helsetilstand. Spørsmålene gikk ut på om hun hadde eller hadde hatt en alvorlig sykdom, om hun var fullstendig frisk og om hun var helt arbeidsfør. Forsikrede svarte nei på det første spørsmålet og ja på de to neste. Dette til tross for at hun flere ganger hadde oppsøkt lege i forbindelse med ryggmerter. Selskapet hevdet derfor at

---

<sup>99</sup> i.c.



forsikrede kjente til sykdommen som senere førte til arbeidsuførhet, på det tidspunktet forsikringen begynte å løpe. Dekningen ble avslått under henvisning til helseklausulens karenstid. Forsikrede hevdet på sin side at helseklausulen ikke kunne påberopes, idet det var innhentet helseopplysninger. Retten ga selskapet medhold. Dommeren la avgjørende vekt på at forarbeidene synes å godta bruk av helseklausuler sammen med innhenting av enkle helseopplysninger. Han la også vekt på en uttalelse fra Justisdepartementets Lovavdeling der det hevdes at § 19-10 kan benyttes der det er innhentet helseopplysninger. Retten godtok altså at de spørsmål som var stilt i denne saken kunne kombineres med en helseklausul i medhold av § 19-10.

Retten tok derimot ikke stilling til hvorvidt § 19-10 kan kombineres med bruk av mer utførlige helseopplysninger. Det var ikke nødvendig, fordi saken ikke omhandlet denne problemstillingen.

Dommen er ikke publisert, og det vil være uheldig ut fra hensynet til forutberegnelighet og tilgjengelighet, både i forhold til forsikringsselskapene, forsikringstaker og forsikrede, å legge avgjørende vekt på denne enkeltstående dommen. Videre synes lagmannsrettens uttalelser i Riksfjord-dommen<sup>101</sup> å gå i motsatt retning, men denne dommen ble anket videre til Høyesterett, som ikke foretok noen egen behandling av dette spørsmålet. Rettstilstanden ut fra rettspraksis må dermed sies å være svært usikker.

#### 4.3.2.5 Praksis fra Forsikringsskadenemnda

Forsikringsskadenemndas praksis trekker ensidig i retning av at helseklausuler i henhold til § 19-10 kan kombineres med enkle helseopplysninger, men at innhenting av utførlige helseopplysninger etter nemndas syn ikke kan tillates.

FSN 3686 gjaldt en gjeldsforsikring med dekning mot uførhet og død der forsikrede hadde svart nei på et spørsmål om hun brukte eller hadde brukt stimulerende eller beroligende midler, til tross for at hun tidligere hadde søkt hjelp på grunn av misbruk av

---

<sup>100</sup> Se mer om dette i kapittel 2

slike medikamenter. Spørsmålet var om selskapet kunne påberope seg en helseklausul tatt i henhold til § 19-10. Nemnda tok ikke stilling til dette spørsmålet, men uttalte:

Nemnda har vanskelig for å godta den forståelsen at § 19-10 kommer til anvendelse i all kollektiv forsikring. Så vel paragrafens overskrift ... som de reelle hensyn som bestemmelsen hviler på tilsier at bestemmelsen er begrenset til tilfeller hvor selskapet ikke, eller bare i begrenset omfang, innhenter og kontrollerer helseopplysninger.

Denne avgjørelsen ble ikke akseptert av selskapet.

FSN 3744 gjaldt en helseklausul kombinert med en helseerklæring som var avgitt i forbindelse med at en gjeldsforsikring ble utvidet til å omfatte uførhet. Forsikrede hadde svart på fire spørsmål om sin helsetilstand. Spørsmålene dreide seg om hvorvidt han var frisk og arbeidsfør, og om han hadde hatt noen sykdom eller skade, eller regelmessig brukt medikamenter. Forsikringsselskapet avviste dekning idet forsikrede hadde hatt de plager som førte til arbeidsuførhet før helseerklæringen var avgitt, til tross for at han ikke hadde opplyst om dette. Forsikrede hevdet på sin side at selskapet ikke gyldig kunne benytte seg av helseklausuler når de hadde innhentet opplysninger om hans helse. Nemnda ga forsikrede medhold, og uttalte:

så vel paragrafens overskrift ... som de reelle hensyn som bestemmelsen hviler på, tilsier at bestemmelsen er begrenset til tilfeller der selskapene ikke, eller bare i begrenset omfang innhenter og kontrollerer helseopplysninger.

Forsikringsselskapet aksepterte ikke denne avgjørelsen, men valgte likevel å forlike saken etter at stevning var tatt ut.

Til tross for at avgjørelsene ikke ble akseptert av selskapene, må det legges vekt på at begge avgjørelsene var enstemmige, og ser ut til å bygge på en langvarig nemdspraksis helt tilbake til FAL 1930.

Forsikringsskadenemnda har vært restriktiv i forhold til hvor mye kunnskap selskapene kan tilegne seg gjennom helseopplysningene. Nemnda har i sin praksis konsekvent

---

<sup>101</sup> Gulating lagmannsretts dom av 05.03.1999

nektet å godta selskapenes helseforbehold der de har innhentet utførlige opplysninger om risikoen. I FSN 3744 og FSN 3686 fikk forsikrede medhold fordi selskapenes helseklausuler ikke sto seg i situasjoner der det var innhentet for omfattende helseopplysninger. I FSN 3744 ble blant annet avgjørelsen begrunnet med at selskapet hadde forbeholdt seg å kunne få behandlet helseopplysningene i ”Nevnd for Helsebedømmelse”, noe som tydet på at det her var snakk om ganske omfattende helseopplysninger. Opplysninger som er så omfattende at de kan bedømmes av en slik nemnd, kan neppe sies å være forenelige med ordlyden i overskriften i § 19-10.

#### 4.3.2.6 Juridisk teori

I teorien har synet på hvorvidt helseklausuler kan kombineres med innhenting av helseopplysninger vært sprikende.

Selmer<sup>102</sup> anser det ”klart” at § 19-10 er begrenset til å gjelde de obligatoriske forsikringene, og begrenser dermed bestemmelsens rekkevidde til de ordningene der det i prinsippet aldri innhentes mer enn en arbeidsdyktighetserklæring. Han begrunner denne oppfatningen med uttalelser i forarbeidene<sup>103</sup> om tilføyelsen av annet punktum i § 19-10. Han hevder at forarbeidene utelukker at lovgiver kan ha ment at en slik kombinasjon skal være lovlig. Selmer tolker forarbeidene dithen at de utelukker bruk av helseklausuler etter § 19-10 der det er innhentet helseopplysninger, uansett hvilken karakter disse har. I NOUen blir det uttalt at ”ved slike ordninger der tilslutningen er obligatorisk kreves i alminnelighet ingen opplysninger om ektefellen, og adgangen til å ta forbehold må derfor kunne brukes.” Selmer hevder at uttalelsen viser at det ikke var lovgivers intensjon at det skulle kunne tas ”objektive forbehold” der det var innhentet helseopplysninger. Til tross for at Selmers syn bør tillegges vekt på grunn av hans autoritet på forsikringsrettens område, kan uttalelsen om at rettsstilstanden må anses som ”klar” kritiseres, da uttalelsene i forarbeidene, som han legger til grunn, kan trekke i begge retninger.

---

<sup>102</sup> Selmer, op.cit, s. 47

<sup>103</sup> NOU 1983:56 s. 184

I nyere teori har forfatterne lagt seg på en mer liberal linje. Brynildsen m.fl.<sup>104</sup> og Bull<sup>105</sup> mener, i motsetning til Selmer, at § 19-10 ikke utelukker bruk av helseklausuler i de tilfellene der det bare er innhentet forenklede helseopplysninger. Brynildsen m.fl. støtter argumentet om at ordlyden i § 19-10 og forarbeidene trekker i retning av at det må være mulig å kombinere en bruk av enkle helseopplysninger med helseklausuler, men er av den oppfatning at der det er innhentet utførlige helseopplysninger, er det ingen plass for helseklausuler.<sup>106</sup> Bull har uttalt at han er tilbøyelig til å slutte seg til FSNs syn.<sup>107</sup>

Det synes å råde en enighet i juridisk teori om at forbehold tatt i henhold til § 19-10 ikke kan kombineres med utførlige helseopplysninger.

#### 4.3.2.7 Etterarbeider

Justisdepartementets lovavdeling har gitt en uttalelse vedrørende hvorvidt helseklausuler i henhold til § 19-10 kan kombineres med innhenting av helseopplysninger. Lovavdelingen konkluderte med:

Dette tyder på at meningen har vært at § 19-10 skal gjelde unntaksfritt for alle kollektive forsikringer. Og som nevnt overfor gir heller ikke ordlyden noen holdepunkter for at det skal oppstilles unntak. Et eventuelt unntak burde vært presisert enten i selve lovteksten eller i det minste i forarbeidene. Så lenge dette ikke er tilfellet, må § 19-10 etter vår oppfatning leses slik at den gjelder all kollektiv forsikring, uavhengig om det er innhentet individuelle helseopplysninger eller ikke.<sup>108</sup>

Denne uttalelsen går svært langt sett i forhold til forarbeider, praksis og teori. Dersom uttalelsen skal tas på ordet, betyr det at selskapene kan innhente fullstendige helseopplysninger og legeattester, samtidig som de inntar helseklausuler i henhold til

---

<sup>104</sup> Brynildsen m.fl., op.cit., s. 569

<sup>105</sup> Bull, op.cit., s. 238

<sup>106</sup> Brynildsen m.fl., op.cit., s. 569

<sup>107</sup> Bull, op.cit., s. 239

<sup>108</sup> Lovavdelingens uttalelse av 09.10.1990

§ 19-10 i forsikringsvilkårene. Dette kan trolig ikke ha vært Lovavdelingens hensikt. Uttalelsen bygger i stor grad på uttalelser i forarbeidene, der enkle helseopplysninger omtales. I og med at det er enkle helseopplysninger som vanligvis innhentes i kollektive forsikringer, er det slike helseopplysninger Lovavdelingen trolig har ment å godta. Teori og praksis i etterkant av denne uttalelsen peker i den retningen.

#### 4.3.2.8 Vurdering

Det er viktig på et område som personforsikring, der mange er økonomisk avhengige av den dekningen de har forutsatt, at hensynene til forutberegnelighet og tilgjengelighet blir ivaretatt. Forsikringstaker og forsikrede må kunne stole på at den kunnskapen de tilegner seg gjennom loven og vilkårene er riktig.

FAL 1989 er ment å være en svært forbrukervennlig lov, og dette var også et av målene med lovarbeidet. Det vil være i strid med lovens forbrukervennlige prinsipp hvis selskapet har en videre adgang til å fraskrive seg ansvar ved bruk av helseklausuler etter denne loven, enn det hadde etter FAL 1930. Etter tidligere praksis ble forbeholdene tatt inn i vilkårene, nettopp fordi selskapene ikke hadde mulighet til, eller de vurderte det som uhensiktsmessig, å innhente fullstendige helseopplysninger. Denne praksisen var det, i følge forarbeidene, meningen å videreføre. Hvis retten til å innta til helseklausuler i forsikringsvilkårene blir utvidet til å gjelde også der det er innhentet utførlige helseopplysninger, vil forsikrede, som i all hovedsak må regnes som en forbruker, bli dårligere stilt enn de forsikrede var under FAL 1930.

Forsikringstakeren og medlemmene får i kollektiv personforsikring nytte godt av en lav premie, som de ikke ville fått dersom de hadde tegnet individuelle deknings. Det er viktig å ikke glemme at denne lave premien er et resultat av at mange tegner en forsikring, og at risikoen derfor blir utjevnet. Selskapet har dermed ikke et behov for å skaffe seg en komplett oversikt over den risikoen de overtar. Det er likevel viktig, både overfor forsikringsselskapet og de andre medlemmene av forsikringskollektivet, at risikoen holdes på et akseptabelt nivå. En for høy risiko vil føre til hyppigere erstatningsutbetalinger, som igjen medfører høyere premie for forsikringens medlemmer. Den beste fremgangsmåten selskapet kan benytte seg av for å tilegne seg

kunnskap om den totale risikoen de overtar på, uten å øke administrasjonskostnadene nevneverdig, er å innhente enkle helseopplysninger. Selskapet har da en mulighet til å luke ut de som utgjør en stor risiko allerede ved innmeldingen, slik at de andre medlemmene kan beholde den lave premien.

Det vil trolig ha de beste grunner for seg å la forsikringsselskapene kombinere helseopplysninger med enkle helseopplysninger. Dette bygger på gammel praksis fra selskapenes side, som ser ut til å være godtatt i forarbeidene, og det strider heller ikke mot ordlyden i § 19-10 så lenge de opplysningene som innhentes er svært begrensede. Dette synet ser også ut til å ha støtte i nemdspraksis og nyere teori, selv om Selmer har tatt til ordet for en mer restriktiv løsning.

Konklusjonen er at det ikke kan sies å være i strid med § 19-10 å benytte helseklausuler der det er innhentet enkle helseopplysninger, men jo nærmere man kommer fullstendige helseopplysninger, jo større grunn er det til å si at man er utenfor anvendelsesområdet til § 19-10.

#### 4.4 Hvilke helseopplysninger forsikringsselskapet kan innhente?

##### 4.4.1 Innledning

Det neste spørsmålet det er nødvendig å ta stilling til, er hvor grensen skal trekkes i forhold til hvilke spørsmål forsikringsselskapet kan stille i forbindelse med tegningen, der de inntar helseklausuler i henhold til FAL § 19-10 i forsikringsvilkårene. Dette gjør vi fordi det ut fra den nåværende rettstilstanden, er svært uklart om det er antallet spørsmål, eller innholdet i de spørsmålene som er stilt, som er avgjørende. Vi har sett at flere forsikringsselskaper har oppfattet rettstilstanden som så usikker, at de i flere tilfeller har gått bort fra å stille spørsmål i kollektiv livsforsikring. Drøftelsen ovenfor viser at dette strengt tatt ikke har vært nødvendig, men at det er et behov for å klargjøre hvor grensen må trekkes.

Vi vil argumentere for at det må trekkes en grense der forsikringsselskapet har innhentet tilstrekkelige opplysninger til å foreta en reell og forsvarlig risikovurdering av det enkelte medlem.

#### 4.4.2 Loven

Det fremgår av overskriften til FAL § 19-10 at bestemmelsen bare kan benyttes der det ikke er innhentet opplysninger om risikoen. Overskriften indikerer derfor at helseklausuler bare kan anvendes der forsikringsselskapet ikke har innhentet så omfattende helseopplysninger at det har et grunnlag for å vurdere den reelle risiko forsikredes helse utgjør. Det må trekkes en kvantitativt eller kvalitativt grense i forhold til hvilke opplysningene som kan innhentes. Hvor grensen bør trekkes, avhenger av hva selskapet kan trekke ut av opplysningene. Det skal dog bemerkes at man skal være forsiktig med å tillegge en paragrafoverskrift avgjørende betydning.

#### 4.4.3 Sammenhengen i lovverket

I § 19-10 første punktum er der henvist til at helseklausuler kan tas ”uten hinder av § 13-5”. Dette bør trolig sees som en indikasjon på at de opplysninger som kan kombineres med helseklausuler i henhold til § 19-10, må være noe kvantitativt og kvalitativt mindre enn § 13-5 legger opp til. Reglene i § 13-5 må sees i sammenheng med at den forsikrede og forsikringstaker i kapittel 13 er pålagt en opplysningsplikt, og at det får konsekvenser hvis opplysningsplikten forsømmes. Spørsmålene er utformet med tanke på at selskapet skal kunne vurdere risikoen for hvert enkelttilfelle. Det er opp til selskapet hvor mange spørsmål de her stiller, og hvor omfattende de er. Våre undersøkelser viser at det typisk dreier seg om mellom tyve og tretti svært omfattende spørsmål. De spørsmålene selskapene stiller der de anvender helseklausuler i henhold til § 19-10, må derfor være vesentlig færre i antall, og gi betydelig mindre opplysninger om risikoen.

En indikasjon på hvor grensen går, kan man også få ved å sammenlikne paragrafoverskriftene i §§ 19-10 og 13-5. I § 19-10 heter det i overskriften ”tegnings av

livsforsikringer uten opplysninger om risikoen”, mens det i § 13-5 heter ”ansvarsbegrensning på grunn av den forsikredes helsetilstand”. Det avgjørende i § 13-5, er at forsikringsselskapet benytter seg av opplysninger om helsetilstanden for å utforme ansvarsbegrensninger. Helseklausuler etter § 19-10 er på grunn av sin semi-objektive form, ikke avhengige av helseopplysninger. Dette indikerer at dersom forsikringsselskapet sitter inne med opplysninger som gjør dem i stand til å vurdere den forsikredes helsetilstand, er det mest nærliggende å hevde at § 19-10 ikke kan anvendes. Begrunnelsen for dette er at § 19-10 er ment å være et videre unntak enn unntakene i § 13-5. Hvis forsikringsselskapet sitter inne med nok opplysninger til å forsvarlig kunne ta forbehold etter § 13-5, vil det være unaturlig ut fra sammenhengen mellom de to bestemmelsene, å la selskapet benytte seg av helseklausuler i henhold til § 19-10.

#### 4.4.4 Forarbeider

I NOUen<sup>109</sup> blir det karakteristiske med kollektivforsikringene fremhevet, nemlig at det er gruppen som en helhet som er objektet når forsikringsbehovet skal utredes og vilkårene fastsettes.<sup>110</sup> De ansvarsbegrensninger selskapene kan innta i vilkårene, må sees i sammenheng med dette. Der hensynet til den totale risikoen ikke lenger er dominerende, men en risikovurdering av det enkelte medlemmets helse, er det forsvarlig å si at man klart er utenfor bestemmelsen i § 19-10. Dette støtter opp under argumentet om at det avgjørende må være når selskapet har en reell mulighet til å vurdere risikoen for hvert enkelt medlem. Det synes å være lagt opp til en streng vurdering av dette i forarbeidene. Utvalget skriver at det til en viss grad strider mot deres ”alminnelige syn på hvilke regler som bør gjelde for opplysningsplikt” å delvis erstatte opplysningsplikten med en adgang til å innta helseklausuler i vilkårene.<sup>111</sup> Dette er en indikasjon på at forarbeidene setter grensen lavt for mengden informasjon selskapet kan tilegne seg. Til tross for dette, gir ikke forarbeidene noen eksempler på hvilke spørsmål som skal være tillatt. Det blir uttalt at praksis fra FAL 1930 skal kunne fortsette, men forarbeidene sier ikke noe om hvilke spørsmål som ble stilt av selskapene under FAL 1930. Det er trolig at denne praksisen har utviklet og forandret seg over tid, og at den

---

<sup>109</sup> NOU 1983:56 s 166

<sup>110</sup> i.c.

<sup>111</sup> NOU 1983:56 s 170



har fortsatt å utvikle seg under FAL 1989. Det er derfor uheldig at en klar grense ikke blir trukket i forarbeidene.

#### 4.4.5 Rettspraksis

Det finnes ingen dommer som eksplisitt drøfter spørsmålet om hvor grensen må trekkes. I dommen fra Sandefjord byrett<sup>112</sup> godtok retten de spørsmålene som var stilt, uten at det ble foretatt noen nærmere drøftelse av grensespørsmålet. De spørsmålene som var stilt i denne saken, ble av retten vurdert å være innenfor anvendelsesområdet til § 19-10. Følgende spørsmål ble stilt:

Har De eller har De hatt noen alvorlig sykdom eller skade?

Er De fullstendig frisk?

Er De helt arbeidsdyktig?

I tilknytning til disse spørsmålene var det avsatt plass til tilleggskommentarer.

Det avgjørende, i forhold til hva dommen gir av veiledning i grensespørsmålet, er å se på hvilke opplysninger disse spørsmålene gir, utover hva en arbeidsdyktighetserklæring ville ha gitt. Det siste spørsmålet gir bare opplysninger om hvorvidt forsikrede på tegningstidspunktet er arbeidsdyktig, med andre ord det samme som ville blitt opplyst i en arbeidsdyktighetserklæring fra arbeidsgiver. Det andre spørsmålet må nødvendigvis medføre et subjektivt svar, og etter Riksfjorddommen<sup>113</sup>, vil trolig slike spørsmål sjelden forekomme i praksis. Det første spørsmålet kan gi spesifikke opplysninger i forhold til sykdommer forsikrede har eller har hatt, noe som gir selskapet en mulighet til å vurdere risikoen i forhold til det enkelte medlem mer spesifikt. På den annen side legger det første spørsmålet opp til at det er den forsikrede selv som må vurdere hvorvidt en sykdom er så alvorlig at den må opplyses om. Spørsmålet gir dermed ikke opplysningsplikt i forhold til enhver sykdom. Det tyder på at det er sykdommer, som er

---

<sup>112</sup> Sandefjord byretts dom av 15.03.1995 (upublisert)

<sup>113</sup> Rt. 2000 s. 59

så alvorlige at de vil kunne velte hele risikoberegningen i forhold til gruppen, det skal opplyses om.

#### 4.4.6 Praksis fra Forsikringssskadenemnda

Forsikringssskadenemnda har vært streng i sin tolkning av hvilke spørsmål de godtar kombinert med helseklausuler i henhold til § 19-10. Den har i sin praksis tolket de spørsmålene selskapet har stilt, og vurdert hva selskapet kan trekke ut av opplysningene. Nemnda har lagt vekt på ordlyden i overskriften i § 19-10 og de hensynene som ligger bak vedtagelsen av bestemmelsen.<sup>114</sup> Det blir tatt hensyn til at § 19-10 er en sikkerhetsventil for selskapet, nettopp fordi de ikke kjenner risikoen de påtar seg i kollektiv forsikring. Grensen må dermed etter nemndas syn, trekkes der kvaliteten og kvantiteten av opplysningene som er gitt ikke er forenlig med dette motivet og ordlyden i overskriften. Dette er i samsvar med vårt argument om at grensen går der selskapet har innhentet opplysninger som setter det i stand til å foreta en reell risikovurdering av det enkelte medlem.

I FSN 3744 hadde selskapet stilt det nye medlemmet fire spørsmål. Fire spørsmål er ikke et spesielt stort antall i forhold til de spørsmål som blir stilt i individuell forsikringsordning. Nemnda kom likevel til at det var innhentet for omfattende opplysninger for å kunne anvende § 19-10. Den begrunnet dette med at ett av spørsmålene, ”Er De frisk og arbeidsdyktig uten mén av sykdom eller skade?”, i realiteten besto av flere spørsmål. Nemnda gjorde det dermed helt klart at selskapene ikke kan utvide anvendelsesområdet til § 19-10 ved å skrive flere spørsmål inn i ett.

Nemnda har videre lagt vekt på hvorvidt selskapene kan og vil kontrollere helseopplysningene som er innhentet. Der helseopplysningene ikke gir grunnlag for en reell helsevurdering, taler det for at man er innenfor virkeområdet til § 19-10. Dersom selskapene har mulighet til, og vil kontrollere de opplysningene de har tilegnet seg, slik situasjonen var i FSN 3744, har selskapene trolig overskredet grensen for bruk av helseklausuler i henhold § 19-10. Når selskapet har så omfattende opplysninger at det

---

<sup>114</sup> Se FSN 3744

er mulig å kontrollere informasjonen, er det også mulig å vurdere risikoen dersom det er ønskelig. Det kan ikke legges avgjørende vekt på at det ikke er foretatt en risikokontroll, og at helseopplysningene først blir undersøkt når det oppstår et mulig forsikringstilfelle. Bestemmelsen i § 19-10 forutsetter at fordi det ikke er mulig å vurdere den individuelle risikoen, eller kontrollere helseopplysninger, må forsikringsselskapene ha en videre mulighet til å styrke sin stilling gjennom helseklausuler i kollektiv livsforsikring. Nemndspraksis er streng på dette området, og det er forsvarlig å hevde at opplysninger som utgjør noe særlig mer enn en arbeidsdyktighetserklæring ikke godtas.

#### 4.4.7 Forsikringsselskapenes oppfatninger

Forsikringsskadenemnda og forsikringsselskapene har tidligere hatt en ulik oppfatning av hvor grensen må trekkes. Forsikringsselskapene la avgjørende vekt på antallet spørsmål som var stilt forsikrede. Som støtte for dette synet la de til grunn en antitetisk tolkning av annet punktum i § 19-10. Dette punktum avgrenser som kjent positivt mot medforsikret som ikke har avlagt helseopplysninger. Følgelig argumenterte selskapene med at det i forhold til hovedforsikrede, måtte være antall spørsmål som var avgjørende.<sup>115</sup> Det virker dermed som at tidligere selskapspraksis la til grunn at grensen går ved et visst antall spørsmål, ikke ved hva man kan få ut av innholdet i svarene.

I våre samtaler med de største forsikringsselskapene kom det frem at de har oppfattet nemndspraksis svært streng. Majoriteten har derfor gått helt bort fra å stille spørsmål ved tegning i kombinasjon med helseklausuler i henhold til § 19-10. Selskapene nøyer seg i stedet med en arbeidsdyktighetserklæring. Ulempen med dette er at der selskapet nøyer seg med arbeidsdyktighetserklæringer, må gruppene nødvendigvis være store. I små forsikringskollektiver velger derfor selskapene å følge reglen i § 13-5, som gjelder for individuell personforsikring. Dette medfører en økt premie for små forsikringskollektiver. Ved å innhente enkle helseopplysninger fra de små gruppene, kan selskapet skaffe seg en oversikt over risikoen, slik at også små grupper kan nyte godt av fordelene ved kollektiv forsikring.

---

<sup>115</sup> Se FSN 3744

#### 4.4.8 Juridisk teori

Vurderingsnormen synes å være streng også i juridisk teori. Selmer<sup>116</sup> avviser kategorisk at det kan innhentes helseopplysninger der selskapene ønsker å benytte helseklausuler i henhold til § 19-10. Han avviser på den annen side ikke at det kan innhentes en arbeidsdyktighetserklæring fra arbeidsgiver. Det er dermed forsvarlig å hevde at det ikke vil stride mot Selmers syn at det innhentes en enkel helseerklæring om arbeidsdyktighet fra medlemmet selv.

Bull<sup>117</sup> har lagt seg på samme linje som Forsikringskadenemnda, og er åpen for at det innhentes helseopplysninger, men slik at disse kvalitativt ikke er noe mer enn en arbeidsdyktighetserklæring.

Brynildsen m.fl.<sup>118</sup> hevder at innhenting av forenklete helseopplysninger ikke utelukker bruk av helseklausuler. Hva som legges i uttrykket ”forenklete helseopplysninger” blir ikke definert. Forfatterne ser ut til å gå lengre i å tillatte helseopplysninger enn det Bull og Selmer tilsynelatende gjør.

#### 4.4.9 Etterarbeider

Uttalelsen fra Justisdepartementets lovavdeling<sup>119</sup> kan tyde på at det overhodet ikke er noen grense for hvilke opplysninger som kan innhentes så lenge det er snakk om en kollektiv forsikring. Dette kan ikke ha vært meningen. Bestemmelsen i § 19-10 er ment å være en erstatning for fullstendige helseopplysninger, og ikke et supplement. Uttalelsen kom raskt etter at FAL 1989 ble vedtatt, og det er mulig at Lovavdelingen ikke var klar over de problemer som ville oppstå med hensyn til grensen for hvilke helseopplysninger som kan innhentes der helseklausuler i henhold til § 19-10 benyttes.

---

<sup>116</sup> Selmer, op.cit., s. 47

<sup>117</sup> Bull, op.cit., s. 239

<sup>118</sup> Brynildsen m.fl. op.cit. s. 569

<sup>119</sup> Lovavdelingens uttalelse av 09.10.1990

Med tanke på at alle andre rettskilder trekker i motsatt retning av denne uttalelsen, kan den ikke tillegges avgjørende vekt i dette spørsmålet.

#### 4.4.10 Vurdering

Et av formålene med § 19-10, var å videreføre selskapenes tidligere praksis i forhold til kollektive personforsikringsordninger, slik at de ikke behøvde å vurdere risikoen i hvert enkelt tilfelle. Kollektiv personforsikring består av trekantforhold bestående av forsikringstaker, forsikrede og selskapet, og det vil være uhensiktsmessig og fordyrende å innhente helseopplysninger. Det bør derfor være et viktig moment at grensen bør trekkes der helseopplysningene som innhentes blir underlagt en grundigere vurdering enn den som er nødvendig for å enten godta eller avvise et nytt medlem. Dersom det innhentes flere opplysninger enn det, vil selskapene trolig få økte administrasjonskostnader som følge av at de må bruke flere årsverk på helsevurderinger. Dette trekker i retning av at grensen bør trekkes omtrent slik som i Sandefjorddommen<sup>120</sup> der spørsmålene ikke var egnet til stort annet enn å avdekke om det nye medlemmet var arbeidsdyktig og utgjorde en akseptabel risiko sett i forhold til de andre medlemmene.

Bestemmelsen i § 19-10 gir adgang til å ta forbehold mot å dekke hovedforsikredes arbeidsuførhet. Forsikringsselskapet kan derimot ikke benytte helseklausuler for å begrense sitt ansvar ved hovedforsikredes død. Begrunnelsen for dette er at spekulasjonsfaren i forhold til dødsrisikoen, er ansett som liten. Selskapet kan, gjennom å innhente helseopplysninger, skaffe seg informasjon for å redusere spekulasjonsfaren ved arbeidsuførhet tilsvarende. Bestemmelsen i § 19-10 ble vedtatt for å hjelpe selskapene i forhold til den spekulasjonsfaren det innebærer å ikke innhente helseopplysninger. Jo mer spekulasjonsfaren minker, desto mindre grunn er det derfor til å tillate helseklausuler. Der selskapet har innhentet så mye informasjon at risikoen for arbeidsuførhet er redusert til samme nivå som dødsrisikoen, er det forsvarlig å si at grensen må være nådd i forhold til bruk av helseklausuler i henhold til § 19-10. Dette vil være tilfellet når selskapet har den samme mulighet til å beregne risikoen for

---

<sup>120</sup> Sandefjord byretts dom av 15.03.1995 (upublisert)

arbeidsuførhet i lys av opplysningene, som det har til å vurdere dødsrisikoen uten opplysninger.

Det overveiende flertall av rettskildene trekker i retning av en streng norm for hvor grensen må gå for hvor omfattende helseopplysninger som kan innhentes i kombinasjon med helseklausuler. Det som synes klart, er at spørsmålene ikke kan gi grunnlag for annet enn en vurdering av hvorvidt søkeren skal kunne komme med i forsikringsordningen. Dette krever noe mer enn en arbeidsdyktighetserklæring, men ikke noe vesentlig mer. To til tre spørsmål om den forsikredes helsetilstand og arbeidsdyktighet må trolig være innenfor grensen, men spørsmålene kan ikke omformuleres slik at de i realiteten består av flere spørsmål.

Selskapenes praksis med å ikke spørre overhodet er dermed strengere enn det loven antagelig gir anvisning på, og kan føre til at mange forsikringsgrupper ikke får den fordelaktige forsikringen loven åpner for.

#### 4.5 Kan FAL § 19-10 suppleres med FAL § 13-5?

Temaet i det følgende er om FAL § 19-10 kan suppleres med FAL § 13-5. Det er først og fremst symptomklausul-unntaket i § 13-5 annet ledd forsikringsselskapet kan ønske å benytte sammen med § 19-10. Det skyldes at § 13-5 annet ledd ikke angir en tidsbegrensning for hvor lenge symptomklausulen kan gjelde, og viktigere; den gir selskapet adgang til å ta forbehold mot symptomer som har vist seg etter tegning, og den er helt objektivt utformet. Ved å supplere § 19-10 med en symptomklausul etter § 13-5 annet ledd, vil selskapet få mulighet til å utvide ansvarsfriheten til å gjelde forhold ved den forsikredes helsetilstand som har vist seg både før og etter tegning, uten at det stilles krav til kjennskap hos den forsikrede. Dette er en betydelig utvidelse, både i forhold til § 19-10, og i forhold til praksis før FAL 1989.

Det er først og fremst i gjeldsforsikringer det har forekommet en slik supplerings. Dette kan være et uslag av at vilkårene i gjeldsforsikring ofte er utenlandske vilkår som er forsøkt tilpasset norsk rett, og ikke vilkår som er utformet med utgangspunkt i norsk rett.

I de tilfellene det er mulig å anvende § 19-10, taler ordlyden i § 19-1 mot at det kan skje en supplerings. Det er imidlertid usikkert hvor langt § 19-1 rekker i forhold til bestemmelser som har felles anvendelsesområdet som § 19-10, men ikke regulerer nøyaktig det samme forholdet, det vil si § 13-5.

Bestemmelsen i § 19-10, gir selskapet hjemmel til å ta forbehold der det ikke har innehentet opplysninger om risikoen. Der selskapet ikke har opplysninger om den forsikredes helsetilstand, er det ikke mulig å ta individuelle forbehold i henhold til § 13-5. Symptomklausulen i § 13-5 annet ledd er ikke avhengig av de opplysningene den forsikrede har gitt, tvert imot; den er ment som et supplement til de individuelle forbeholdene, for å hjelpe selskapet med spekulasjonsfaren. Symptomklausulen regulerer med andre ord et noe annet forhold ved de individuelle helseopplysningene enn § 19-10 er ment å erstatte. Det kan tale for at det kan skje en supplerings uten at det er i strid med § 19-1.

Forarbeidene til § 13-5<sup>121</sup> påpeker at det virker noe tilfeldig at symptomklausulen er plassert i § 13-5. Det blir vist til at symptomklausulen likner mer på selskapets alminnelige forutsetninger for ansvar enn en ansvarsbegrensing. Dette trekker i retning av at § 19-1 ikke stenger for at den benyttes sammen med § 19-10.

På den annen side, tilsier ordlyden i § 19-1 at bestemmelsene i lovens alminnelige del bare skal komme til anvendelse så langt de passer. Der er altså lagt inn en sikkerhetsventil for å unngå uønskede eller urimelige resultater. Til tross for at ordlyden i § 19-10 isolert sett ikke er til hinder for en supplerings med § 13-5 annet ledd, må man se hen til hvorvidt det er forenelig med det øvrige regelverket.

Det foreligger ingen rettspraksis eller avgjørelser fra FSN som belyser hvorvidt § 19-10 kan suppleres med § 13-5 annet ledd.

Forsikringsselskapene vi har snakket, med stiller seg avvisende til at det kan skje en supplerings. Oppfatningen synes å være at man må velge. Enten innhenter man ikke

---

<sup>121</sup> NOU 1983:56 s. 62

helseopplysninger, og benytter forbehold etter § 19-10, eller så innhenter man helseopplysninger, og tar forbehold etter § 13-5. En supplerer anser de ikke som forenelig med loven.

Andre selskaper synes å være av en annen oppfatning. Vi har avdekket at enkelte forsikringsvilkår inneholder en kombinasjon av spesifikke forbehold etter § 13-5 første ledd, symptomklausuler etter § 13-5 annet ledd og helseklausuler etter § 19-10. Det er først og fremst i kollektiv gjeldsforsikring dette har forekommet. En forklaring kan være at FAL, som sagt over, ikke gir et klart svar på om det kan skje en supplerer, og at vilkårene derfor har fått en tilpassing til norsk rett som ikke har vært helt vellykket.

Bull<sup>122</sup> drøfter ikke spørsmålet særskilt, men uttaler at løsningen trolig må være at det ikke kan skje en supplerer.

Brynildsen m.fl.<sup>123</sup> foretar heller ikke noen lang drøftelse av spørsmålet. Forfatterne uttaler imidlertid at symptomklausulene er ment å være et supplement til helseopplysningene, mens helseklausulene etter § 19-10 er ment å erstatte helseopplysningene. Det uttales derfor at § 19-10 ikke kan sees på som en erstatning for symptomklausulene.<sup>124</sup> Forfatterne synes å åpne for at det kan skje en supplerer av § 19-10 og § 13-5 annet ledd i frivillige ordninger, der det innhentes enkle helseopplysninger.

Selmer ser ut til å ha forutsatt at det overhodet ikke kan skje en supplerer, men drøfter ikke dette særskilt.<sup>125</sup>

Det ser dermed ut til at det ikke er et ensartet syn i juridisk teori, og det er ikke mulig å tillegge noen av synspunktene som kommer frem teorien, mer vekt enn andre.

---

<sup>122</sup> Bull, op.cit., s. 235

<sup>123</sup> Brynildsen m.fl. op.cit., s. 549

<sup>124</sup> i.c.

<sup>125</sup> Selmer, op.cit., s 37



Det bør imidlertid legges stor vekt på at de fleste forsikringsselskapene synes å operere med en praksis som kommer de forsikrede til gode. FAL er en svært forbrukervennlig lov, og når det ikke er strid mellom forsikringsselskapenes praksis, de forsikredes interesse av en best mulig dekning, og et av lovens hovedformål, må dette tillegges avgjørende vekt.

Konklusjonen må bli at § 19-10 ikke kan suppleres med § 13-5 annet ledd.

## 4.6 Forsikringsbeviset

### 4.6.1 Innledning

Forsikringsbeviset er et viktig dokument når forsikringens innhold skal fastlegges. Det har tre hovedoppgaver. Det skal for det første være et skriftlig bevis på den avtalen som er inngått. For det andre skal det gi en henvisning til de vilkår som gjelder for forsikringen. For det tredje skal det fremheve forhold som er av særlig betydning for forsikringstakeren å kjenne til.

Når forsikringsselskapet har valgt å benytte seg av den muligheten FAL § 19-10 åpner for vedrørende bruk av helseklausuler, blir det neste spørsmålet hvilken informasjon den forsikrede og forsikringstakeren har krav på å få om disse klausulene. I og med at en livsforsikring i utgangspunktet er en "all risks"-dekning, vil informasjon om begrensninger av ansvaret være av vesentlig betydning for forsikringstakeren og den forsikrede. Helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 må skrives inn i forsikringsvilkårene. Spørsmålet blir om de også må fremheves i forsikringsbeviset?

### 4.6.2 Loven

Reglene om hva forsikringsbeviset skal inneholde fremgår av FAL § 11-2 annet ledd. I § 11-2 annet ledd litra b er det eksplisitt slått fast at ansvarsbegrensninger på grunn av

den forsikredes helsetilstand, tatt i henhold til § 13-5, skal fremheves i forsikringsbeviset. Bestemmelsen lyder:

I forsikringsbeviset skal selskapet fremheve: (...) hvilke forbehold det har tatt om begrensning av ansvaret *på grunn av den forsikredes helsetilstand* eller i forbindelse med endring av risikoen, jfr. §§ 13-5 til 13-7 (vår kursivering).

Det følger ikke naturlig av ordlyden at helseklausuler i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. Paragraf 19-10 er ikke nevnt i § 11-2 overhodet, og helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 kan heller ikke sies å være tatt på grunn av den forsikredes helsetilstand. Forbehold etter § 19-10 er inntatt i forsikringsvilkårene, nettopp fordi forsikringsselskapet ikke har tilstrekkelige opplysninger om den forsikredes helsetilstand, og dermed ikke kan ta forbehold på grunnlag av opplysninger om den forsikredes helse.

Det typiske kjerneområdet for § 11-2 annet ledd litra b vil være de forbeholdene selskapet har tatt ut fra en individuell helsebedømmelse av den forsikrede. Ut fra en naturlig forståelse av denne bestemmelsen, er det dermed ikke nødvendig å fremheve helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 i forsikringsbeviset.

På den annen side ville det ikke vært naturlig for lovgiver å fremheve forbehold etter § 19-10 i § 11-2. Lovens kapittel 11 til 18 er først og fremst utformet med tanke på individuell personforsikring, og reglene bærer derfor preg av å være tilpasset individuell forsikring. Loven har et eget kapittel om kollektiv personforsikring i kapittel 19. I dette kapittelet finnes det en rekke spesialbestemmelser som er tilpasset de spesielle problemstillingene kollektiv personforsikring reiser. Med unntak av bestemmelsene i kapittel 19, kom lovgiver til at de fleste spørsmål som reiser seg i kollektiv personforsikring, er sammenfallende med de som reiser seg i individuell personforsikring. Bestemmelsen i § 19-1 sier at der kapittel 19 ikke har noen egne bestemmelser om et tema, gjelder de øvrige bestemmelsene i lovens del B så langt de passer. Kapittel 19 har ingen bestemmelse om hva som må fremheves i forsikringsbeviset, og § 11-2 gjelder dermed også for kollektiv personforsikring. Det kan ikke være avgjørende at § 11-2 annet ledd litra b ikke nevner forbehold etter

§ 19-10. Bestemmelsen i § 19-10 er en spesialregel i kollektiv livsforsikring, der det ikke innhentes tilstrekkelige opplysninger til at § 13-5 kan anvendes. Samtidig som de to bestemmelsene har en felles grenseflate, og oppfyller mange av de samme hensyn, er § 19-10 et unntak fra § 13-5. Det er derfor forsvarlig å hevde at reglene som gjelder for § 13-5 i lovens kapittel 11 til 18, også får anvendelse på § 19-10, selv om det ikke er sagt eksplisitt. Dermed må det være grunnlag for å hevde at helseklausuler tatt i henhold til § 19-10, må fremheves i forsikringsbeviset.

#### 4.6.3 Forarbeider

I NOU 1983:56 side 54, blir spørsmålet om hvilke begrensninger som skal inn i forsikringsbeviset diskutert. Utvalget peker på at det er de ”særskilte ansvarsbegrensninger” som skal fremheves i forsikringsbeviset. Rent språklig sett omfatter ikke dette helseklausuler tatt i henhold til § 19-10. Disse er generelle, og ikke særskilte ansvarsbegrensninger, da de ikke knytter seg til det enkelte medlems helsetilstand.<sup>126</sup>

På den annen side utelukker trolig ikke utsagnet at forbehold etter § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. De er ”særskilte ansvarsbegrensninger” i den betydning at de er begrensninger forsikringsselskapet kan velge om det vil ta med i de enkelte vilkårene, i motsetning til å ekskludere en sykdomsgruppe som sådan fra en forsikringstype.

Videre sies det i Ot.prp. nr. 49 (1988-89) side 110, at ”Departementet legger vekt på å begrense det som skal med i forsikringsbeviset...”. Dette er en indikasjon på at det må være de viktigste opplysningene som skal fremheves i forsikringsbeviset. Lovgiver har besluttet at forbehold etter § 13-5 er så viktige at de skal fremheves i forsikringsbeviset. Der det ikke er mulig å ta forbehold etter § 13-5, vil § 19-10 ha en tilsvarende rolle. Det må derfor være forsvarlig å hevde at helseklausuler i henhold til § 19-10 har en like viktig betydning i kollektiv livsforsikring som § 13-5 har i individuell forsikring. Dette

---

<sup>126</sup> Forbehold i kollektive forsikringer der det er innhentet fullstendige helseopplysninger følger reglene i § 13-5 og skal dermed inntas i forsikringsbeviset.

taler for at forbehold etter § 19-10 er så viktige at de ikke kan unnlates å nevnes i forsikringsbeviset ut fra hensynet til å begrense innholdet.

I Innst.O. nr. 98 (1988-89) side 27, fremheves betydningen av at forsikringstakeren gis riktig og tilstrekkelig informasjon. Dette begrunnes ut fra kundens behov for å vurdere hvorvidt han eller hun trenger eventuelle tilleggsdekninger eller tilleggsforsikringer. Det har vesentlig betydning for en forsikret i en kollektiv livsforsikring å få vite hva forsikringsdekningen omfatter, slik at han eller hun kan vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å tegne en individuell tilleggsdekning. Dette taler for at § 11-2 litra b må tolkes dithen at bestemmelsen også får anvendelse på forbehold tatt i henhold til § 19-10.

#### 4.6.4 Rettspraksis

Det finnes ingen rettspraksis som drøfter problemstillingen om hvorvidt helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. Rettstilstanden er så uklar, og har skapt så mange problemer i praksis, at en del selskaper har sagt seg villige til å betale saksomkostningene dersom en kunde ønsker å bringe en slik sak inn for retten. En av Vestas kunder har fulgt oppfordringen. Saken vil prøves for retten i løpet av året.<sup>127</sup>

#### 4.6.5 Praksis fra Forsikringsskadenemnda

Praksis fra FSN har tidligere gått i retning av at det ikke er nødvendig for selskapene å fremheve helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 i forsikringsbeviset. Et eksempel er FSN 3297. Nemnda kom her til at klausulen kunne påberopes av selskapet, selv om forbeholdet ikke fremgikk av forsikringsbeviset. Det ble lagt avgjørende vekt på ordlyden i § 19-10 første punktum, som sier at forbehold etter den bestemmelsen kan tas ”uten hinder av § 13-5”.

---

<sup>127</sup> Dette er saken som ble behandlet i FSN 5073

Nemnda foretok imidlertid en helomvending i forhold til tidligere praksis i FSN 4528. Saken gjaldt en gruppelivsforsikring med uføre- og alderspensjon der dekningen ble utvidet, og en ny karenstid begynte å løpe. Selskapet hevdet at forbeholdet med tilhørende karenstid, kom til anvendelse, til tross for at dette var forhold som ikke var fremhevet i forsikringsbeviset. Nemndas flertall uttalte:

Behovet for fremheving av viktige opplysninger, herunder viktige begrensninger i selskapets ansvar, er minst like stort i kollektiv som i individuell forsikring. Når nemnda tidligere har tatt det standpunkt at regelen i FAL § 11-2 annet ledd (b) ikke bare omfatter konkrete forbehold som selskapet tar på grunnlag av foreliggende helseopplysninger om den enkelte forsikrede, men også generelle symptomklausuler i medhold av § 13-5 annet ledd, bør det samme etter flertallets syn gjelde for generelle forbehold i medhold av § 19-10 i kollektiv livsforsikring. At det i § 11-2 annet ledd (b) bare vises til §§ 13-5 til 13-7, og ikke til § 19-10 kan ikke være avgjørende. Henvisningen i § 11-2 annet ledd (b) bør suppleres med bestemmelser i kapittel 19 som ivaretar samme eller vesentlig likeartede hensyn som de bestemmelser som det uttrykkelig er henvist til.

Forsikrede ble her gitt medhold i sitt krav på forsikringsdekning fordi forbeholdet ikke var fremhevet i forsikringsbeviset.

Nemndas flertall har i alle etterfølgende avgjørelser kommet til det samme resultatet.<sup>128</sup> Dette gjelder også for FSN 5073, som er den saken som nå skal opp for retten. Til tross for at disse avgjørelsene ikke er enstemmige, og heller ikke er akseptert av selskapene, er avgjørelsene interessante. De bygger alle på de samme argumentene, og viser at flertallet i disse avgjørelsene nå har skiftet standpunkt i dette spørsmålet. Det har etter hvert kommet en rekke avgjørelser fra nemnda med det samme resultatet, og praksisen må derfor nå anses som forholdsvis fast og til dels langvarig.

#### 4.6.6 Juridisk teori

Det foreligger svært kortfattet teori vedrørende dette spørsmålet. Brynildsen m.fl.<sup>129</sup> går i retning av at helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 ikke må fremheves i forsikringsbeviset. Forfatterne uttaler:

---

<sup>128</sup> FSN 5038, FSN 5073, FSN 5075, FSN 5293, FSN 5312 og FSN 5420.

<sup>129</sup> Brynildsen m.fl., op.cit.. s 502

Sykdommer som man kjenner til ved innmelding ville det heller ikke være mulig å forsikre seg mot ved en individuell forsikring. Man lider således ikke noe tap ved ikke å bli informert om en slik helseklausul.<sup>130</sup>

Vi er ikke enige i at dette er et argument mot at helseklausuler etter § 19-10 skal inntas i forsikringsbeviset. De forbeholdene etter § 13-5, som det er helt klart at skal inn i forsikringsbeviset, nemlig forbeholdene etter § 13-5 første ledd, er jo nettopp grunnet på sykdommer som forsikrede kjente til på tegningstidspunktet. Det at man ikke blir forsikret mot disse sykdommene, er en viktig grunn til at forbehold etter § 13-5 første ledd skal fremheves i forsikringsbeviset. Det må imidlertid påpekes at Brynildsen m.fl. skrev boken før FSN endret sin praksis, og før diskusjonen rundt dette spørsmålet blomstret opp for fullt. Det kan derfor tenkes at forfatterne ville hatt en annen oppfatning i dag.

#### 4.6.7 Forsikringsselskaperens oppfatninger

Forsikringsselskapene har tidligere stilt seg avvisende til at helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. Dette har vært begrunnet i en streng tolkning av ordlyden i § 11-2 annet ledd litra b.

I våre samtaler med forsikringsselskapene var holdningene varierende. Ett av selskapene vi har vært i kontakt med, hevdet at det ikke finnes noen legitimt gode grunner for at helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 skal inn i forsikringsbeviset. I andre selskaper var holdningen mer avventende. Vi fikk inntrykk av at de fleste avventet dommen i tingretten før de ønsket å ta et standpunkt. Dette kan tyde på at selskapene ikke lenger mener rettstilstanden er så klar, og at forbehold tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset.

---

<sup>130</sup> i.c.

#### 4.6.8 Vurdering

I kollektiv livsforsikring er det forsikrede, og ikke forsikringstaker, som har det største behovet for å få informasjon om hvorvidt forsikringsselskapet har inntatt en helseklausul i vilkårene. Det skyldes trekantforholdet, som er karakteristisk for kollektiv forsikringen. Forsikringstaker er enten en arbeidsgiver eller en forening, som ikke har noen særskilt interesse i de helseklausuler som er inntatt for medlemmene.

Det er ikke alltid medlemmene får tilsendt forsikringsbeviset i kollektive ordninger. Bestemmelsen i § 19-4 sier at det bare er der hvor det føres liste over medlemmene, at det enkelte medlem vil få tildelt et eget forsikringsbevis. I de forsikringene der det ikke føres en liste over medlemmene, men bare foreligger et antall uidentifiserbare medlemmer, er det forsikringstaker som får forsikringsbeviset. Dette er tilfellet for de fleste obligatoriske forsikringsordninger. Der det derimot føres en liste over medlemmene, bør medlemmene få den samme informasjonen gjennom forsikringsbeviset som det gis i individuell forsikring. Medlemmene har et behov for forutberegnelighet i forhold til hvilken dekning de har, og tilgjengeligheten av denne informasjonen må ivaretas. En helseklausul er den viktigste, og ofte eneste, begrensningen av ansvaret selskapet har inntatt i vilkårene i kollektiv livsforsikring. Den er derfor av avgjørende betydning for medlemmenes potensielle erstatningskrav.

I forlengelsen av dette kommer at kollektive livsforsikringsavtaler ikke er inngått med det enkelte medlem. Det enkelte medlem har ikke hatt mulighet til å påvirke den forsikringsavtalen som er inngått. Dette til tross for at den ofte er av stor økonomisk betydning. Derfor har det enkelte medlem et stort behov for å gjøre seg kjent med forsikringsdekningen, og mest av alt, eventuelle begrensninger i dekningen.

FAL er meget en forbrukervennlig lov, noe som blir fremhevet i motivene. Hensynet til forbrukernes interesser må derfor veie tungt når lovens innhold skal fastlegges. I de tilfellene der det foreligger tolkningstvill, slik det er i forhold til § 11-2 annet ledd litra b, bør loven tolkes i favør av forbrukeren.

De forsikrede i kollektiv forsikring, kan klart sies å ha likhetstrekk med det man forbinder med en forbruker. Til tross for at det ikke er de selv som har inngått avtalen

med forsikringsselskapet i første omgang, har deres tilslutning et preg av en individuell avtale med forsikringsselskapet. De må ofte selv ta initiativ til å komme med i ordningen, ved å søke forsikringsselskapet om medlemskap. I forbindelse med avgjørelsen av hvorvidt de ønsker å søke om å bli tilsluttet en kollektiv forsikringsordning, fremstår ikke medlemmene som en profesjonell part i forhold til forsikringsselskapet, og kan ikke forventes å sitte inne med all kunnskap som er nødvendig for å vurdere hvorvidt avtalen er tilfredsstillende. Forsikringsavtalen har et preg av en standardavtale for den enkelte forsikrede. Selv om det ikke er forsikrede som er forsikringsselskapets formelle avtalepart i kollektiv forsikring, er det sterke grunner som taler for at forsikrede bør bli omfattet av det samme forbrukervernet som han eller hun ville hatt i en individuell ordning.

De fleste rettskildene taler for at det er forsvarlig å tolke § 11-2 annet ledd litra b dithen at helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. De viktigste hensynene loven skal ivareta taler også for denne løsningen. Det kan likevel være en grunn til å differensiere løsningen, fordi medlemmet, som er den som har den største interessen i informasjon om dekningens omfang, ikke alltid mottar et forsikringsbevis.

Vår konklusjon blir derfor at § 11-2 annet ledd litra b også gjelder helseklausuler tatt i henhold til § 19-10.



## 5 Forslag til lovendringer

### 5.1 Innledning

I den følgende fremstillingen vil vi komme med forslag til lovendringer i de bestemmelsene vi har behandlet i oppgaven; henholdsvis FAL §§ 13-5 annet ledd, 10-1, 19-10 og 19-4, jfr.11-2. Fremstillingen foran viser at bestemmelsene skaper en del tolkningstvil i praksis, hvorav en del spørsmål fremdeles er forholdsvis uavklarte. Formålet med lovforslagene er å, så vidt mulig, å redusere tolkningstvilen relatert til bestemmelsene.

### 5.2 Forslag til endringer i FAL § 13-5 annet ledd

Som vi har sett ovenfor i kapittel 2, er § 13-5 annet ledd gitt en uheldig utforming. Bestemmelsen skaper tvil i flere retninger. For det første tillater den helt objektive forbehold. For det andre gir den ingen henvisning til hvor lenge ansvarsbegrensningen kan gjelde. For det tredje angir den ikke et skjæringstidspunkt for når symptomene må ha vist seg.

Vårt forslag går for det første ut på at symptomklausul-unntaket bør gis en egen bestemmelse i lovens kapittel 13. Begrunnelsen er at dette unntaket har mer preg av en generell ansvarsbegrensning enn av et forhold tatt på grunn av den forsikredes helsetilstand, slik overskriften i § 13-5 gir anvisning på.

Vi foreslår at en ny bestemmelse vedrørende symptomer endres i retning av:

”Ved sykeforsikring kan selskapet i vilkårene forbeholde seg at det ikke svarer for sykdom som viste symptomer da selskapets ansvar begynte å løpe, og som inntreer innen 30 dager etter dette tidspunkt. Tilsvarende gjelder ved uførdekning i tilknytning til livsforsikring, men slik at det kan avtales en ansvarsfrihet seks måneder etter at selskapets ansvar begynte å løpe”.

Forslaget er i hovedsak i samsvar med nåværende rettstilstand. Den avklarer tolkningstvilen knyttet til skjæringstidspunktet for når symptomet må ha vist seg, og karenstidens lengde. Symptomer som har vist seg før tegning, bør være et tema for opplysningsplikten. Videre vil sykdom som har vist symptomer slå ut relativt rakt.

Selskapet bør ikke kunne avtale en lenger karenstid enn faren for spekulasjon tilsier. Vi har valgt en lengre karenstid for uføredeknning i tilknytning til livsforsikring enn i sykeforsikring. Generelt kan det sies at spekulasjonsfaren er stor der forsikringstilfellet knytter seg til helse, som er tilfellet både i sykeforsikring og i uføreforsikring. Fristelsen til å utnytte forsikringen på en uakseptabel måte, er særlig ansett som stor i uføreforsikring, der erstatningsutbetalingen ofte er av et betydelig økonomisk omfang.

Vi har valgt å gi den nye bestemmelsen en objektiv utforming tilsvarende det § 13-5 annet ledd har i dag. Et krav om subjektiv kunnskap fra forsikrede vil neppe være forenlig med formålet med symptomklausul-unntaket og de preseptoriske reglene om opplysningsplikt.

Som har sett ovenfor i kapittel 4<sup>131</sup>, er det vanskelig for selskapet å bevise at subjektiv kunnskap var til stede ved avtaleinngåelsen. Poenget med symptomklausul-unntaket er at selskapet skal ha en reell mulighet til å redusere den spekulasjonsfare den moralske risiko utgjør. Derfor bør det ikke stilles for strenge krav til bevisene. Slik den er utformet i dag, er det tilstrekkelig at sykdommen beviselig har vist symptomer.

### 5.3 Forslag til endringer i FAL § 10-1

Det følger av fremstillingen i kapittel 3 at det kan oppstå vanskelige grensespørsmål knyttet til om en forsikring er personforsikring, og i tilfelle hvilken kategori av personforsikring. Slik FAL § 10-1 er utformet i dag, er virkeområdet positivt avgrenset til å gjelde livsforsikring, ulykkesforsikring og sykeforsikring.

---

<sup>131</sup> Se kapittel 4.2

Vi har avdekket at enkelte forsikringsprodukter blir plassert under en eller flere av disse personforsikringskategoriene, uten at det nødvendigvis er sammenfallende med det tradisjonelle innholdet i vedkommende kategori. Det kan blant annet skyldes at det virker noe kunstig å la en forsikring knyttet til en persons liv eller helse, følge reglene om skadeforsikring.

Hvis forsikringsselskapene hadde fulgt oppfordringen i § 10-1 tredje ledd og spurt Kongen i tvilstilfeller, ville det løst en del av de tolkningsspørsmål vi står overfor relatert til innholdet i de tradisjonelle personforsikringsbegrepene, og da spesielt livsforsikringsbegrepet. Det er grunn til å tro at stadig flere forsikringsprodukter vil bli tilbudt på det norske forsikringsmarkedet, og det er stor sannsynlighet for at disse vil skape tilsvarende problemer som vi har sett at forsikring mot kritisk og lisensforsikring gjør i dag. Vi vil derfor foreslå endringer i § 10-1.

Vi foreslår at § 10-1 annet ledd første punktum endres i retning av:

”Med personforsikring menes livsforsikring, ulykkesforsikring, sykeforsikring og annen forsikring Kongen avgjør at er personforsikring.”

En slik endring av § 10-1 annet ledd medfører at bestemmelsens tredje ledd blir overflødig. Tredje ledd kan derfor oppheves hvis forslaget følges. Utover dette, har vi ikke gjort noen endringer i bestemmelsen.

Det er ikke vanlig at en lovbestemmelse eksplisitt oppfordrer til å spørre Kongen ved tvilstilfeller. Dette er en viktig oppfordring, og da spesielt fordi lovens del B om personforsikring er positivt avgrenset. Vi mener derfor at denne adgangen må videreføres, fremfor å skape nye personforsikringskategorier.

Vi ser at vårt lovforslag ikke innebærer en realitetsforskjell fra nåværende lovbestemmelse. Det vi ønsker å oppnå med en slik lovendring, er å klargjøre at forsikringsprodukter som knytter seg til liv eller helse, ikke nødvendigvis er begrenset til å være en av de personforsikringskategoriene loven operer med. Vi håper en slik lovendring vil medføre at forsikringsselskapene følger oppfordringen om å spørre Kongen, og ikke fortsetter å utvane de tradisjonelle personforsikringsbegrepene, og da

spesielt livsforsikringsbegrepet. Nåværende praksis er en uheldig praktisering av lovverket, og neppe i samsvar med lovgivers forutsetninger.

#### 5.4 Forslag til endringer i FAL § 19-10

De forsikringsselskapene vi har snakket har ikke sett nødvendigheten av å endre FAL § 19-10. Deres oppfatninger er at eventuelle uklarheter er avklart i nemndspraksis. Nemnda har imidlertid ikke trukket en klar grense for hvilke opplysninger forsikringsselskapet kan innhente der de tar forbehold i henhold til § 19-10. Vi vil derfor foreslå en endring av ordlyden i denne bestemmelsen, som vil redusere tolkningstvilen knyttet til hvilke opplysninger forsikringsselskapet kan innhente uten å falle utenfor anvendelsesområdet i § 19-10.

Bestemmelsen i § 19-10 første punktum bør endres i retning av:

”I kollektiv livsforsikring der medlemmet ikke har avgitt annen helseerklæring enn arbeidsdyktighetserklæring eller tilsvarende egenerklæring, 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.”<sup>132</sup>

Den nye ordlyden reduserer tolkningstvilen knyttet til om helseklausuler i henhold til § 19-10 kan kombineres med innhenting av helseopplysninger, og hvor omfattende slike opplysninger kan være. Endringen presiserer, til en viss grad, hva som ligger i formuleringen ”uten opplysninger om risikoen”, som benyttes i overskriften i § 19-10. Dette er et av hovedmålene med vårt lovforslag, fordi det er overskriften som har skapt størst problemer i praksis.

Vi ser at den nye ordlyden tilfører et nytt tolkningsproblem, nemlig hva som ligger i formuleringen ”tilsvarende egenerklæring”. Dette bør avklares i forarbeidene. Forarbeidene bør fremheve at det ikke er antall spørsmål som er avgjørende for om

---

<sup>132</sup> Vi presiserer at henvisningen til § 13-5 gjelder den nåværende bestemmelsen.

§ 19-10 kan anvendes, men hvorvidt spørsmålene er utformet på en slik måte at svarene gir grunnlag for en individuell helseprøving. En løsning kan være å nevne eksempler på spørsmål som kan stilles.

#### 5.5 Forslag til endringer i FAL § 19-4

Det råder stor usikkerhet om hvorvidt helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. Hovedårsaken til usikkerheten ligger i ordlyden i § 11-2 annet ledd litra b, der § 19-10 ikke er nevnt. Når loven har en egen bestemmelse om forsikringsbeviset i kapittel 19, vil det være hensiktsmessig å foreta en endring i den bestemmelsen, og ikke i § 11-2, som fremstiller regelen for individuell forsikring.

Vi foreslår at § 19-4 tilføyes et nytt ledd med en ordlyd i retning av:

”Forbehold tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset”

Den foreslåtte lovendringen vil avklare usikkerheten som knytter seg til hvorvidt helseklausuler tatt i henhold til § 19-10 skal fremheves i forsikringsbeviset. Dette vil styrke forutberegneligheten og tilgjengeligheten, og skape en ensartet praksis.

## **6 Litteraturliste**

### **Forarbeider**

#### **Norges offentlige utredninger**

NOU 1883: 56                      Lov om avtaler om personforsikring

#### **Odelstingsproposisjoner**

Ot.prp.nr.49 (1988-89)              Om lov om forsikringsavtaler m.m

Ot.prp.nr.52 (1995-96)              Om lov om endringer i forsikringsavtaleloven m.v

#### **Innstillinger til Odelstinget**

Inst.O. nr 98 (1988-89)              Innstilling fra forbruker- og administrasjonskomiteen om  
lov om forsikringsavtaler m.v

#### **Debatter i Stortinget**

Sak nr. 6, 6. juni 1989              Innstilling fra forbruker- og administrasjonskomiteen om  
lov om forsikringsavtaler m.v

## **Lovregister**

- 1930            Lov om forsikringsavtaler av 6. juni 1930
- 1988            Lov om forsikringsvirksomhet (forsikringsvirksomhetsloven)  
                  av 10. juni 1988 nr. 39
- 1989            Lov om yrkesskadeforsikring (yrkesskadeforsikringsloven)  
                  av 16. juni 1989 nr. 65
- Lov om forsikringsavtaler (forsikringsavtaleloven)  
                  av 16. juni 1989 nr. 69
- 1997            Lov om folketrygd (folketrygdloven) av 28. februar 1997 nr. 19
- 1999            Lov om skatt av formue og inntekt (skatteloven) av 26. mars 1999 nr. 14

## **Domsregister**

### **Norsk Rettsidende**

Rt. 1901 s. 706

Rt. 1904 s. 600

Rt. 1916 s. 1117

Rt. 1952 s. 177

Rt. 1978 s. 170

Rt. 1987 s. 744

Rt. 1987 s. 1358

Rt. 1993 s. 1482

Rt. 2000 s. 59 (Riksfjord)

Rt. 2000 s. 70 (Iversen)

Rt. 2000 s. 1338 (Løvlie)

Rt. 2001 s. 1646

## **Lagmannsrettsdommer**

LG-2003-04607

Gulating lagmannsretts dom av 05.03.1999

## **Rettsens Gang**

RG 1991 s. 337 (Bergen)

RG 1992 s. 692 (Bergen)

## **Upubliserte byrettsdommer**

Sandefjord byretts dom av 15.03.1995

## **Avgjørelser fra Forsikringskadenemnda**

FSN 2293	FSN 3744	FSN 4911
FSN 2628	FSN 3750	FSN 4961
FSN 2969	FSN 3798	FSN 5038
FSN 3013	FSN 4034	FSN 5073
FSN 3297	FSN 4079	FSN 5075
FSN 3417	FSN 4089	FSN 5093
FSN 3515	FSN 4357	FSN 5293
FSN 3518	FSN 4438	FSN 5304
FSN 3528	FSN 4440	FSN 5312
FSN 3686	FSN 4528	FSN 5433
FSN 3688	FSN 4573	



## **Etterarbeider**

### **Norges offentlige utredninger**

NOU 2000                      Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger  
Innstilling til Sosial- og helsedepartementet fra et utvalg nedsatt i oktober 1988

### **Uttalelser fra Justisdepartementets Lovavdeling**

Uttalelse fra Justisdepartementet datert 09.10. 1990

## **Bøker**

Brynildsen, Claus. *Forsikringsavtaleloven med kommentarer*. Claus Brynildsen, Børre Lid og Truls Nygård. 1. utg. Oslo, 2001

Bull, Hans Jacob. *Innføring i Forsikringsrett*. 9. utg. Oslo 2003

## **Artikler**

Selmer, Knut S. *Opplysningsplikt og forsikringstilfelle ved forsikring mot uførhet I*: Nordisk Forsikringstidene (1/1992) s. 37-55

Wilhelmsen, Trine-Lise *Forsikringsselskapenes kontraheringsplikt*. Oslo, 1995. (Norsk Forsikringsjuridisk forenings publikasjoner nr. 69)

## **Forsikringsvilkår**

CIGNA	Forsikringsvilkår, kollektiv gjeldsforsikring av 2002
Gjensidige NOR:	Forsikringsvilkår for Gruppelivsforsikring (Generelle vilkår for bedriftsgruppelivsforsikring og forsikringsvilkår for dødsfallsforsikring) av januar 2005
	Forsikringsvilkår for Gruppelivsforsikring – integrert uførekapital med fullt utbetalt dødsfallsforsikring (Tilleggsvilkår nr. 1 for uførekapital av 01.01.2003)
	Forsikringsvilkår for Gruppelivsforsikring – integrert uførekapital – uten fullt betalt dødsfallsforsikring (Tilleggsvilkår nr. 3 for uførekapital av 01.01.2003)
	Forsikringsvilkår for Gruppelivsforsikring – selvstendig uførekapital (tilleggsvilkår nr. 2 for uførekapital av 01.01.2003)
	Forsikringsvilkår for Personalgaranti av januar 2005
	Personforsikringer for offshore- og verkstedsansatte i Odfjell Offshore av 2004 – Lisensforsikring (Tap av helseattest)
	Utfyllende regler for bedriftsgruppelivsforsikring: Gruppelivsforsikring av januar 2005
	Vilkår i Trygghetsforsikringen (loss-of-licence) av april 2004
Nordenfjeldske	Generelle forsikringsbestemmelser av januar 2005
	Særskilte forsikringsbestemmelser – Dødsfall av januar 2005

Særskilte forsikringsbestemmelser – Kritisk sykdom av januar 2005

Særskilte forsikringsbestemmelser –Uførhet Basis av januar 2005

Særskilte forsikringsbestemmelser –Uførhet Total av januar 2005

Sparebank 1: Forsikringsvilkår for Gruppelivsforsikring personalgruppeliv av januar 2001

Forsikringsvilkår for Kritisk Sykdom

Generelle vilkår, Personforsikringer av 2003

Storebrand: Forsikringsvilkår for fullt betalt forsikring/fortsettelsesforsikring utgått fra en kollektiv livsforsikring av desember 2004

Gruppelivsforsikring for bedrifter av januar 2003

Kritisk sykdom for arbeidstakere av januar 2003

Kritisk sykdom for foreningsmedlemmer av januar 2003

Vesta Forsikring: Vilkår for gruppelivsforsikring

Vilkår for Kritisk Sykdom for Privatperson (UL41900) av mai 2005

Vilkår for Kritisk sykdom, vilkår nr. SH370 av mars 2005

Vilkår for Lisensforsikring, vilkår nr. TR442 av januar 2003

Vilkår for rett til uførekapital i gruppelivsforsikring av januar 2005

Vital Forsikring: Forsikringsvilkår Foreningsgruppelivsforsikring av januar 2004

Forsikringsvilkår for Bedriftsgruppelivsforsikring av desember 2002

Kritisk Sykdom, forsikringsvilkår

### **Andre kilder**

Avtale av 28. februar 2001 mellom Finansnæringens Hovedorganisasjon, Forbrukerrådet og Næringslivets Hovedorganisasjon

