

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-1038

18.11.2024

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Behandlingsforsikring – lipødem – forsikringstilfelle – dekningstilsagn – vilkårsendring – fal. §§ 12-7, 11-2.

Forsikrede var omfattet av en kollektiv helseforsikring tegnet av arbeidsgiver, da hun ble henvist til "utredning og vurdering terapi" i forbindelse med langvarige plager/smerter i legger 7.9.20. Foretaket endret vilkårene slik at behandling av lipødem var unntatt dekning fra 1.1.21. Informasjon om endringen ble sendt forsikringstaker (arbeidsgiver). Forsikrede fikk påvist lipødem 24.9.21 og foretaket avsto i utgangspunktet krav om behandling av lipødem, med henvisning til vilkårsendringen. Forsikrede ble informert om endringen i forbindelse med avslaget og i forbindelse med senere intern klagebehandling. Foretaket godkjente etter hvert å dekke behandling av legger, lår og sete under de gamle vilkårene. Forsikrede ble henvist til operasjon av armer i 2023, en operasjon foretaket avsto å dekke med henvisning til at dette var et nytt forsikringstilfelle som måtte behandles under nye vilkår. Saken reiste spørsmål om operasjon av lipødem i armene måtte anses som et nytt forsikringstilfelle, samt om foretaket hadde gitt bindende dekningstilsagn om å dekke all behandling av lipødem, inkludert armer. Saken reiste også spørsmål om foretaket kunne påberope de nye vilkårene som følge av at forsikrede var informert om endringen på annen måte enn i forsikringsavtaleloven (fal.) § 12-7 fjerde ledd, herunder om fal. § 11-2 fjerde ledd kunne anvendes analogisk. Etter nemndas vurdering inntraff forsikringstilfellet for operasjon i arm 17.6.23 og saken måtte vurderes i lys av de vilkår som da gjaldt. Nemnda bemerket ellers at det ikke var grunnlag for en anførsel om at foretaket hadde gitt et bindende dekningstilsagn om å dekke all behandling av lipødem. Mht. spørsmålet om foretaket hadde gitt tilstrekkelig informasjon om vilkårsendringen 1.1.21, viste nemnda til juridisk teori og konkluderte med at forsikrede ikke kunne påberope manglende varsling om vilkårsendring i et tilfelle hvor hun likevel var kjent med endringen. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede var omfattet av en kollektiv helseforsikring via arbeidsgiver, og ble 7.9.20 henvist til "utredning og vurdering terapi" i forbindelse med langvarige plager/smerter i legger.

På dette tidspunktet hadde foretaket unntak for "utredning, operasjon og annen behandling knyttet til overvekt", jf. vilkårspkt. 5.2.12 (vilkårsperiode 1.1.20-31.12.20).

Forsikrede opplyste at hun meldte inn skadesak til foretaket 12.10.20.

Foretaket sendte nye forsikringsdokumenter til forsikringstaker(arbeidsgiver) 27.11.20, i forbindelse med at forsikringen ble fornyet 1.1.21. I vedlegget "(v)i informerer" fremkom informasjon om endringer i forsikringen:

Helseforsikring

Det er gjort endringer i helseforsikringsproduktet, og de viktigste endringene er listet opp under.

(...)

5.2.12 Utredning og behandling av overvekt

Forsikringen omfatter ikke utredning, behandling eller operasjon og annen behandling knyttet til generalisert eller lokalisert fedme (herunder, men ikke begrenset til lipødem). (...)

I epikrise 24.9.21 fremgikk at forsikrede hadde "(l)ipødem, grad 1", og videre:

(...) har fra 20 års alder hatt smerter og økende volum i begge underekstremiteter. Plaget med smerter, tyngdefølelse og trykkfølelse spesielt på tykkleggene. Uttalt blåmerketendens. Trent og vært nøye med kosthold hele livet, bare greid å slanke overkroppen. Ikke særlig plaget i overarmene bortsett fra et område på strekkesiden distalt.

Undersøkelsen viste følgende:

Finner et mindre ømt område med lø vev på nedre del av overarmers strekkeside. På setet moderate forandringer, mer hardt om ømt lateralt, finner der og nedover bakside lår grovere lobulering/cellulitter. På lår og legger forøket symmetrisk mengde vev, relativt hardt. Finner mediale fettputer ved knær, samt pretibiale ømme fettputer. Ankelmansjetter. (...)

Videre vurderte legen at "(h)os denne pasienten må det til tre seanser, legger, forside lår og bakside/seteregion".

Forsikrede oversendte 27.9.21 ovennevnte henvisning til foretaket, som opprettet ny sak, da tidligere sak var blitt lukket.

Foretaket avsto dekning 29.9.21 med henvisning til at forsikringen ikke dekket utredning, operasjoner eller annen behandling knyttet til lipødem. Det ble vist til forsikringsvilkår for perioden 1.1.21- 31.12.21, pkt. 5.2.12.

Forsikrede klaget to ganger på foretakets avslag, og foretaket informerte forsikrede på telefon 22.11.21 at det opprettholdt avslaget.

Det fremgikk av foretakets interne notater 14.12.21:

Kundens arbeidsgiver/forsikringsrådgiver har tatt kontakt (per telefon i forrige uke) for en prat om avslaget, kunde forstår det ikke og mener det er feil. Hun mener ny sak (meldt i september i år) omhandler samme skadetilfelle som ble avsluttet i desember 2020. Vi tar en ny runde med produkt/pris, adm dir og medisinsk ansvarlig, men lander på avgjørelsen fra KVVU møte om at hun ikke har fulgt de anbefalingene/rådene som forela ved avslutning av den forrige saken, og at ny sak vil anses som nytt forsikringstilfelle, og skal bli vurdere på nye vilkår.

Det oppleves som at forklaringen blir forstått, og det blir også gitt t ilbud om at kunde kan benytte våre formidlingstjenester (privat behandling som hun betaler selv, men med våre rabatter). Dette blir tatt godt imot, og tilbudet skal videreformidles t il kunde. Saken/klagen er avslutte fra KVVU sin side, kunde kan ta kontakt hvis hun ønsker å benytte formidlingstjenestene.

Forsikrede oversendte en oppsummering av saken til forsikringsrådgiver 20.1.22, som deretter kontaktet foretaket på nytt, da forsikrede fortsatt var uenig i at behandlingsbehovet ble vurdert som et nytt forsikringstilfelle. Det fremkom fra foretakets interne notater "(f)ra KVVU møte 27.01.22" (datert 31.1.22 i loggen):

(...) diskuterer at dekning av den saken vi ha betydning for kundeforholdet, og vi ønsker ikke å bruke mer tid på den. (...) det blir enighet om at forsikringsansvarlig skal få tilbud om at vi går delvis utenfor vilkårene i denne saken med å dekke, men at dette vil få en konsekvens for pris ved fornyelse. Han blir veldig glad for at vi kan gjøre dette, og godtar at dette vil vises mtp pris ved fornyelse.

Telefon til kunde fredag ettermiddag med informasjon om dette, og at mediinsk rådgiver vil kontakte henne denne uken for å hjelpe henne videre.

Foretaket sendte deretter godkjenning til klinikken 31.1.22 og opplyste at "(d)et er dekning for utredning/kons".

Foretaket har videre opplyst at det 15.3.22 fikk informasjon fra klinikken om at forsikrede var satt opp til operasjon av lår, og at det feilaktig godkjente denne uten å gjøre en god nok vurdering.

Forsikrede gjennomførte operasjon "WAL Legger" 30.4.22, og "WAL forside lår/ridebukseområde" 1.7.22. Det fremkommer av epikrisen 1.7.22 at neste planlagte inngrep var "(b)akside lår, sete".

Forsikrede ble akutt innlagt på hjerteavdeling 7.7.22, og ble 8.7.22 sendt videre til sykehus, hvor hun fikk påvist kronisk tett kransåre som måtte opereres. Foretaket ble informert 14.7.22 om at forsikrede derfor måtte vente ca. ett år på neste lipødemoperasjon.

Foretaket opplyste 18.7.22 til klinikken om at det skulle holde saken åpen. I e-post til forsikrede fra foretaket 2.8.22 fremkom:

(...) Til informasjon har vi fått epikrisen (...) og holder saken din åpen hos oss i påvente av neste operasjon. Du tar kontakt med oss eller klinikken når du er klar. (...)

Forsikrede ble deretter operert 14.9.22.

I epikrise 17.6.23 fremgikk at forsikrede var:

(...) fin på forside lår og legger. Ikke plaget av smerter i opererte områder. Føler det er smerter bak og på sete, armer og på magen som plager henne nå. Ønsker operasjon i oktober. Bakside lår og sete. Lite lipødemvev i seteregionen. Deretter er det indisert med wal armer der hun har mer plager, i tillegg til på buken under umbilikalnivå, der det er småknudrete ømme noduli. (...)

Foretakets medisinske direktør vurderte saken 18.8.23:

Pas har tidligere fått dekket operativ behandling av lipødem på legger. Undertegnede har feilaktig godkjent operativ behandling av lipødem på lår. Det er nå søkt om operativ behandling av lipødem på sete, armer og mage. Det er første gang disse palgene nevnes og saken vurderes derfor opp mot 2022 vilkår. Det er ikke dekning av operativ behandling av lipødem. Dette i samråd med kvalitetsansvarlig, teamleder og rådgiver.

Foretaket avsto dekning på den nye forespørselen fra klinikken, og på videre behandling av lipødem 22.8.23, med henvisning til at det nå var beskrevet nye områder som var behandlingstrengende og som dermed måtte vurderes etter nye vilkår.

Foretaket bekreftet 12.9.23 at det ville dekke behandling av bakside lår, med henvisning til at dette ble muntlig godkjent 4.7.22. Foretaket avsto samtidig dekning av sete, mage og armer.

Klinikken sendte forespørsel til foretaket om dekning av "operasjon av bakside lår mandag 06.11.23", og foretaket godkjente denne. Videre fremkom i epikrisen 6.11.23:

(...) Pas kommer for 3 gangs WAL, planlagt bakside lår og sete. Har fått mer smerter i det siste. Også opplevd vekst på armer, ømhet og smerter ved trykk. (...) Neste planlagte inngrep: armer

Foretaket dekket denne operasjonen, selv om sete opprinnelig ble avslått.

Foretaket opplyste til klinikken 8.11.23 at det ikke dekket operasjon av armer.

I epikrise 12.1.24 fremkom:

Operert i nov med bakside lår og sete. Alt har gått greit. Meget fornøyd. Avslag fra forsikring på armer, selv om det ble innitialt dekket. Har hatt infarkt mm siste året som førte til forsinkelse i behandling. Pasienten er således ikke ferdigoperert i henhold til initial plan. Det er betydelig med lipødemvev på armene i tillegg til at hun er smerteplaget. Smerteplagene er hovedårsak til operasjonsindikasjonen. Det er nærmest nødvendig å gjennomføre operasjonene der det er lipødemvev slik at også den funksjonelle kosmesen blir bra. Det er således ikke tilrådelig å operere bare et område, feks legger da det vil gi meget stor og kosmetisk sjerende forskjell i størrelse på legger og lår, med tilhørende dårlig funksjonelt resultat.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun har krav på behandling av lipødem i sin helhet.

Forsikrede meldte saken til foretaket allerede 12.10.20, og da var lipødem omfattet av forsikringsvilkårene. Foretaket godkjente behandlingsløpet på telefon 27.1.22 og e-post 30.1.22,

og kan derfor ikke stoppe behandlingen av lipødem når dette først er igangsatt. I den første epikrisen 12.10.21 er det angitt at det var lipødem i armer og bein. Foretaket godkjente ikke 1, 2 eller 3 operasjoner, men forsikrede fikk medhold i saken iht. epikrisen 12.10.21. Det blir derfor feil å avslå lipødemoperasjon av armer med henvisning til vilkårene for 2021, ettersom foretaket har akseptert at det er vilkårene for 2019/2020 som skal gjelde for saken i sin helhet. Det er vanlig for lipødemdiagnosen at tilstanden oppstår flere steder på kroppen, men at det ikke kan opereres alle steder samtidig. Dette fordi det er en for stor påkjenning for kroppen. Lipødem er en kronisk betennelsestilstand i kroppen, og forsikrede ønsker å bli ferdig med operasjon av de områder hvor hun har denne betennelsen. Legen har også uttalt at det ikke er tilrådelig å operere bare et område. Behandlingsløpet ble lagt for ett og samme skadetilfelle, og det derfor ikke et nytt skadetilfelle hver gang ny operasjon skal gjennomføres. At foretaket behandler sakene som de nå gjør, er lite forutsigbart for forsikrede, og kommer heller ikke arbeidsgiver til gode da forsikringen skal hjelpe å få arbeidstakere tilbake i jobb raskest mulig. Forsikrede føler seg lurt dersom foretaket ikke fullfører behandlingsløpet, og fører henne ut i mulig uføre. Forsikrede ville ha vært ferdig operert ila 2022 og foretaket hadde ikke stilt spørsmål, dersom hun ikke hadde fått hjerteinfarkt.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede ikke har krav på operasjon av lipødem i armer. Denne operasjonen må anses som et nytt forsikringstilfelle etter vilkårpunkt 4.2. Foretaket gir ikke en "blancofullmakt" til klinikken ved oppstart av en sak. Klinikken må etter hver konsultasjon/behandling sende en forespørsel om dekning av neste planlagte konsultasjon/behandling. Foretaket sender deretter en godkjenning per forespørsel. Dette følger også av kravet til forhåndsgodkjenning i vilkårpunkt 4.3. Lipødemplagene i armene ble første gang omtalt i den medisinske dokumentasjonen i september 2021, dvs. etter vilkårsendringen i januar samme år. Forsikringstilfellet i forhold til armene inntrådte i juni 2023. Det var først på dette tidspunktet at foretaket mottok en henvisning med behandlingsforslag for armene. Det er irrelevant for retten til å få dekket behandling av armene at forsikrede hadde startet utredning av leggene forut for vilkårsendringen. Foretaket har heller aldri gitt dekningstilsagn på operasjon for lipødem i armene. Det medfører ikke riktighet at foretaket initialt ga dekning for operasjon av armer, slik lege har uttalt i epikrise 12.1.24. Når det gjelder spørsmålet om foretaket har tilstrekkelig informert om vilkårsendringen, har foretaket vist til at det omstridte forsikringstilfellet (operasjon av armer) oppstod etter at vilkårene ble endret 1.1.21, slik at det avgjørende er om forsikrede hadde fått informasjon om endringen i henhold til loven før dette tidspunktet. Videre at forsikrede, og forsikringsrådgiver, fikk informasjon om vilkårsendringen gjennom kommunikasjon og avslagsbrev forut for juni 2023 knyttet til andre henvisninger på andre kroppsdeler. Det aktuelle vilkårpunktet var inntatt i sin helhet forut for korrespondansen og avslaget. Det fremgår videre av foretakets interne notater 14.12.21 og 31.1.22 at både forsikredes arbeidsgiver og forsikringsrådgiver tok kontakt med foretaket "for en prat om avslaget" og var dermed også informert om endringen i vilkårpunktet forut for det omstridte forsikringstilfellet.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder krav om dekning av utgifter til operasjon av lipødem i armer under kollektiv behandlingsforsikring. Saken reiser spørsmål om operasjonen må anses som et nytt forsikringstilfelle, jf. vilkårpkt. 4.2, og om foretaket har gitt bindende dekningstilsagn. Videre reiser saken spørsmål om foretaket har gitt forsikrede tilstrekkelig informasjon om endring av vilkårene, jf. fal. § 12-7, samt om fal. § 11-2 fjerde ledd kan anvendes analogisk på fal. § 12-7 fjerde ledd.

Det er forsikringsvilkårene som fastsetter hvilke hendelser som gir rett til utbetaling under forsikringen. Kun hvis vilkårene i forsikringen er oppfylt, har forsikrede rett på erstatning, jf. blant annet Finansklagenemndas avgjørelse 2020-203 og 2018-477.

Det er sikker rett at det er kravstiller, som her er forsikrede, som har bevisbyrden for at vilkårene for erstatning er oppfylt, jf. 2020-186. Det betyr at det er forsikrede som må sannsynliggjøre (dokumentere) i tilstrekkelig grad at vilkårene for utbetaling er oppfylt. Foretaket har bevisbyrden for at vilkårene i en unntaksbestemmelse er oppfylt, jf. 2022-894 og 2021-661.

Finansklagenemndas mandat er å vurdere hvorvidt et tilfelle faller innenfor eller utenfor forsikringens dekningsområde. Nemnda har ikke mandat til å anmode eller pålegge foretaket og utbetale erstatning utover vilkårene, for eksempel basert på rimelighet, eller å behandle klager som gjelder misnøye med foretakets saksbehandling og kundeservice. Nemnda har ikke medisinsk kompetanse og kan ikke foreta en medisinsk vurdering. Nemnda kan heller ikke overprøve det medisinskfaglige skjønnet som leger har utvist i en sak.

Nemnda ser først på spørsmålet om operasjonen av lipødem i armene utgjør et nytt forsikringstilfelle.

Hva som utgjør et forsikringstilfelle, er definert i vilkårspkt. 4.2. Nemnda bemerker at definisjonen er identisk for gamle og nye vilkår. Fra vilkårene siteres:

Forsikringstilfellet inntreffer når forsikrede melder sak med en ny henvisning til utredning, behandling eller operasjon.

Krav til henvisningen:

- Må dokumentere nødvendig medisinsk indikasjon for å starte utredning og behandling.

(...)

Nemnda vurderte liknende vilkår i avgjørelse 2024-385, som også gjaldt en kollektiv behandlingsforsikring. I nærværende sak er forsikringstilfellet definert som "ny henvisning til utredning, behandling eller operasjon" som utstedes i forsikringstiden. Når det gjelder spørsmålet om når et "forsikringstilfelle" skal anses å ha inntruffet, har Høyesterett lagt til grunn at:

Uttrykket "forsikringstilfeller" er innarbeidet i forsikringsbransjen. Det knytter seg til de begivenheter eller tilstander som må foreligge før ansvar kan gjøres gjeldende mot selskapet. Hva som skal anses som et forsikringstilfelle, må derfor avgjøres på grunnlag av en tolkning av forsikringsavtalen", jf. Rt-2014-379 avsnitt 19.

Som vist til ovenfor, bestemmer vilkårene at forsikringstilfellet inntreffer når forsikrede får utstedt en "ny henvisning til (...) behandling" som dokumenterer at det er medisinsk indikasjon for å "starte utredning og behandling".

Etter nemndas oppfatning stiller ikke ordlyden "ny henvisning" i seg selv noe krav til at den nye henvisningen skal gjelde andre helseplager enn tidligere henvisning. Med andre ord dekker ordlyden også en ny henvisning som gjelder de samme helseplagene og den samme behandlingen som forsikrede tidligere har blitt henvist for.

Forsikrede ble henvist til "utredning og vurdering terapi" i forbindelse med plager i legger den 7.9.20. Foretaket endret vilkårene den 1.1.21. I den kliniske dokumentasjonen nevnes plager i armer i en epikrise datert 24.9.21, og forsikrede fikk påvist "(l)ipødem, grad 1". Forsikrede ble imidlertid ikke henvist til behandling i armene. I epikrise datert 17.6.23 fremgår det at forsikrede er plaget av smerter i armer, og at det er indisert "wal armer". Slik saken er opplyst for nemnda, kan forsikringstilfellet for operasjon av armer ikke anses å ha inntruffet før 17.6.23.

Saken skal behandles under vilkår for perioden når aktuelle forsikringstilfelle inntraff, altså 17.6.23. Nemnda har ikke mottatt kopi av vilkår for perioden 17.6.23, men nemnda forstår det slik at aktuelle vilkår er videreført etter endringen 1.1.21. Det fremgår av vilkårpunkt 5.2.12 for perioden 1.1.21-31.12.21 at:

5.2.12 Utredning og behandling av fedme

Forsikringen omfatter ikke utredning, behandling eller operasjon og annen behandling knyttet til generalisert eller lokalisert fedme (herunder, men ikke begrenset til lipødem). (...)

Vilkårene unntar lipødem fra dekning, og ettersom behandlingsbehovet for operasjon av armer gjelder diagnosen "lipødem", kommer unntaket til anvendelse. Slik saken er opplyst for nemnda, har forsikrede derfor ikke krav på dekning av operasjon for lipødem i armer.

Nemnda ser deretter på spørsmålet som foretaket har gitt dekningstilsagn på operasjon av armer, eller om foretaket har gitt dekningstilsagn for at hele saken skal behandles etter gamle vilkår.

Nemndspraksis viser at vurderingen av om foretaket har bundet seg til å dekke operasjoner må avgjøres etter en konkret og helhetlig vurdering av kommunikasjonen mellom partene i saken, se bl.a. FinKN-2013-520, FinKN-2016-256, FinKN 2022-843 og FinKN 2022-632.

Det er forsikrede som har bevisbyrden, og som må sannsynliggjøre at et gitt faktum fremstår som mest sannsynlig. Forsikrede må altså sannsynliggjøre at foretaket har forpliktet seg til å dekke behandlinger utover vilkårene. Finansklagenemndas saksbehandling er skriftlig, og nemndas vurderinger forankres typisk i bevis og notater nedtegnet tidsnært til de aktuelle hendelser. Slik saken er opplyst for nemnda, kan nemnda ikke se at det i den oversendte kommunikasjonen er gitt et dekningstilsagn for operasjon av lipødem i armer. Etter nemndas syn er det heller ikke sannsynliggjort i tilstrekkelig grad at foretaket har gitt dekningstilsagn for at hele saken skal behandles under gamle vilkår.

Saken reiser også spørsmål om foretaket i tilstrekkelig grad har informert om endringene i vilkårene. Eventuelt om foretaket er avskåret fra å påberope seg endringen som følge av mangelfull informasjon om endringen.

Aktuelle forsikringsavtale er en kollektiv forsikringsavtale, dvs. at forsikredes arbeidsgiver har tegnet en forsikring til fordel for de ansatte – de forsikrede.

I fal. § 12-7 reguleres automatisk fornyelse av ulykkes- og sykeforsikring og endring av vilkårene, som er tilfelle for avtalen i foreliggende sak. Bestemmelsens fjerde ledd lyder:

Vil forsikringsforetaket endre vilkårene i forbindelse med fornyelsen, skal det sammen med premievarslet for den nye forsikringsperioden gi forsikringstakeren de nye vilkår med en redegjørelse for de endringer som er gjort. En endring som det ikke er redegjort for på denne måten, kan foretaket ikke påberope seg.

Slik saken er opplyst for nemnda, kan nemnda ikke se at foretaket har sannsynliggjort at forsikrede har fått tilstrekkelig informasjon om endringen i vilkåret i henhold til kravene i fal. § 12-7, fjerde ledd. I utgangspunktet har derfor ikke foretaket sannsynliggjort at forsikrede har fått tilstrekkelig informasjon om vilkårsendringen, med den konsekvens at foretaket ikke kan påberope seg endringen.

Foretaket har imidlertid vist til at vilkårsendringen ble formidlet til forsikringstaker, forsikringstakers forsikringsrådgiver og forsikrede gjennom kommunikasjon og avslagsbrev forut for juni 2023 knyttet til andre henvisninger på andre kroppsdeler. Det er vist til avslagsbrev datert 29.2.21 og 19.11.21. Nemnda forstår foretaket dithen at forsikrede derfor har fått informasjon om endringen på annen måte.

Det fremgår av fal. (før lovendring 1.7.22) § 11-2 om forsikringsbevis at:

Så snart avtalen er inngått, skal forsikringsforetaket i et skriftlig dokument gi forsikringstakeren et forsikringsbevis som fastslår at avtale er inngått og henviser til vilkårene. Sammen med beviset skal foretaket gi forsikringstakeren de vilkår som skal gjelde for avtalen.

I forsikringsbeviset skal foretaket fremheve:

- a. om det har forbeholdt seg at ansvaret først skal begynne å løpe når første premie er betalt, jf § 12-2 første ledd.
- b. hvilke forbehold det har tatt om begrensning av ansvaret på grunn av den forsikredes helsetilstand eller i forbindelse med endring av risikoen, jf §§ 13-5 til 13-7, og hvilke sikkerhetsforskrifter som skal gjelde, jf § 13-9,
- c. frist for å gi melding om forsikringstilfellet, jf. § 18-5 første ledd.
- d. retten til å benytte utenrettslige tvisteløsningsordninger, eller andre liknende ordninger som er etablert for å løse tvister.

Videre fremkommer i fjerde ledd:

Har forsikringsforetaket forsømt sin plikt til å gi informasjon i samsvar med annet ledd bokstavene a til c, kan det bare påberope seg vedkommende bestemmelse dersom forsikringstakeren likevel var kjent med vilkåret.

Bestemmelsen ble videreført i fal. § 11-1 etter lovendring 1.7.22, uten at det har noen betydning her fordi innholdet er det samme. Spørsmålet blir dermed om bestemmelsen i fal. § 11-2, fjerde ledd om forsikringsbevis, kan anvendes analogisk, slik at den også gjelder for vilkårsendringer ved automatisk fornyelse av avtalen etter § 12-7. I rettslitteraturen er det fremhevet at det gir "dårlig sammenheng å ha en annen regel her enn i fal. § 3-1 tredje ledd og § 11-1 fjerde ledd, og nemnda har derfor tolket bestemmelsen om sikredes kunnskap analogisk, slik at sikrede ikke kan påberope seg manglende varslings om han likevel var kjent med forholdet", se Bull/Wilhelmsen Forsikringsrett 2. utgave s. 228. Se også se Brynhildsen, Lid og Nygård, "Forsikringsavtaleloven med kommentarer" 4. utgave, s. 494. Nemnda slutter seg til teoriuttalelsen; formålet om å sikre at forsikrede er informert slår til i dette tilfellet.

I denne saken ble vilkårene endret 1.1.21. Etter dette ble avtalen slik nemnda forstår det, automatisk fornyet 1.1.22 og 1.1.23. Forsikringstilfellet for operasjon av armer inntraff 17.6.23. En analogisk anvendelse av regelen i § 11-2 fjerde ledd anvendt på regelen etter § 12-7 fjerde ledd, innebærer at forsikrede må ha vært kjent med endringen senest ved fornyelsen av forsikringsavtalen det året da forsikringstilfellet inntraff, jf. § 11-2 første ledd og ordlyden "(s)å snart avtalen er inngått". I nærværende sak var forsikrede "kjent med vilkåret" ved første avslag 29.9.21, og dermed før fornyelsen av avtalen i 2023. Det vil si før forsikringstilfellet for operasjon av armer inntraff. Etter nemndas oppfatning har foretaket gitt forsikrede tilstrekkelig informasjon om vilkårsendringen, jf. § 12-7 fjerde ledd jf. § 11-2 fjerde ledd.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).