

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-1046

18.11.2024

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Behandlingsforsikring – lipødem – forsikringstilfelle – vilkårsendring – informasjon - fal. §§ 12-7 og 11-2.

Forsikrede var omfattet av en kollektiv helseforsikring tegnet av ektefellens arbeidsgiver. Foretaket endret vilkårene slik at lipødem var unntatt dekning fra 1.2.21. Forsikrede fikk påvist lipødem i lår, legger og ankler 5.11.21 og foretaket avsto krav om behandling for lipødem med henvisning til vilkårsendringen. Forsikrede ble operert 18.5.22 med fettsuging i ankler, legger og knær. Etter klage fra forsikrede, godtok foretaket 3.6.22 å dekke operasjonen, da det ikke hadde varslet arbeidsgiver (forsikringstaker) tilstrekkelig om vilkårsendringen før fornyelse 1.2.22. Foretaket oversendte nye vilkår samt informasjon om endringen til forsikrede 3.6.22. Forsikrede ble operert i lår 15.8.22, som foretaket dekket. Forsikrede fikk henvisning til operasjon i armer 3.3.23. Foretaket avsto kravet, da henvisningen måtte anses som et nytt forsikringstilfelle som var omfattet av vilkårsendringen. Saken reiste spørsmål om henvisningen av lipødem i armer måtte anses som ett nytt forsikringstilfelle, samt om foretaket tidligere hadde gitt et 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 3.3.23 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 er omfattet av en helseforsikring tegnet av ektefellens arbeidsgiver.

Forsikringen ble fornyet 1.2.21, og det ble inntatt følgende unntak i vilkårene:

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). (...)

I "Vilkår september 2021" for "Vertikal Helse", ble det opplyst om "(v)iktige endringer". Det fremkom ikke adressat for dokumentet. I dokumentet fremkom vilkårsendringen i pkt. 8.11:

8.11 Utredning og behandling av fedme og vektrelaterte sykdommer

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

Forsikrede ble henvist 26.10.21 til kirurg. Det fremkom av henvisningen at forsikrede gjennom mange år hadde hatt plager med smerter "i beina" og at hun hadde "lipødem tilstand".

Forsikrede fikk påvist lipødem i "lår, legger og ankler" ved konsultasjon 5.11.21:

Ved undersøkelse har hun disproporsjonal fettfordeling med mer fett på lår, legger og ankler enn på overkropp. Hun har litt knudrete fettvev og er palpasjons øm på lår, legger og ankler og har uttalt mansjett tegn ved ankler. (...) Pasienten har klassiske lipødem karakteristika og hun har en medisinsk indikasjon for en evt. operasjon. (...)

Forsikrede meldte sak til foretaket 13.11.21, og vedla ovennevnte henvisning.

Foretaket avsto dekning 16.11.21, og viste til unntaket for lipødem i vilkårspkt. 5.2.12.

Forsikrede var til ny konsultasjon 2.5.22, hvor det fremkom:

Pasienten har tidligere vært til lipødem-konsultasjon og hun har nå bestemt seg for operasjon. Hun får ikke dekning fra forsikringsselskapet. Hun ønsker operasjon raskest mulig. (...) Hun settes opp til operasjon og får informasjon om inngrepet og risiko for komplikasjoner som blødning, infeksjon, smerter, hevelse, ujevnheter og arr. Planlegger fettsuging av ankler, legger og delvis knær i første omgang, og eventuelt lår senere. Pasienten får informasjon om at lår av og til må fettsuges i to omganger. (...)

Forsikrede opplyste i e-post til foretaket 4.5.22:

Viser til avslag i skadesak (...) Ber om at avslaget sendes meg, alternativt legges inn på nytt på (...) "min side" i selskapet. Etter det vi kan se er det ikke mulig å gjenfinne avslaget der lenger. Det er aktuelt å klage over vedtaket. (...)

Forsikrede ble operert 18.5.22 med fettsuging i ankler, legger og knær. I operasjonsbeskrivelsen fremkom "(e)v. ny opr. om 3 mnd".

Forsikrede klaget på avslaget 22.5.22, og foretaket ga forsikrede medhold i klagen ved brev 3.6.22, med henvisning til at det ikke hadde varslet kunden (arbeidsgiver) tilstrekkelig om vesentlige endringer i forsikringsvilkårene forut for poliseforfall 1.2.22. Foretaket vedla varsel om de aktuelle endringene og opplyste til forsikrede:

(...) Det gjøres årlig en revisjon av helseforsikringsvilkårene, og disse skal ligge ved forsikringsdokumentene som sendes ved årlig fornyelse. Vi ser ved gjennomgang av tilgjengelige forsikringsdokumenter at vi siden fornyelse i 2015 har sendt forsikringsbevis per post, og forsikringsvilkårene er kun tilgjengelig elektronisk. I forsikringsbeviset informeres det om dette, og at forsikrede kan logge seg inn på www.if.no/vilkar med en kode for å få tilgang til fullstendig vilkårstekst. Det står også at dersom man ønsker å få tilsendt forsikringsvilkårene på papir så er det mulig å kontakte If på 02400.

I forsikringsbeviset du har blitt tilsendt, vises det til hvordan man kan logge seg inn for å se sine til enhver tids gjeldene vilkårssett.

Ved fornyelse av en forsikringsavtale vil det alltid være det nyeste vilkårssettet som er gjeldene for avtalte forsikringsperiode. Således er det i din sak som ble meldt 13.11.21, vilkår utstedt 11 januar 2021 som er gjeldene for forsikringsperioden 01.02.21- 31.01.22.

I varselet for vesentlige endringer som ble lagt inn i september i 2020, presiseres det at utredning og behandling av lipødem ikke lenger er omfattet av forsikringen.

(...)

Varsel om aktuelle endringer i vilkårene ligger vedlagt dette brev.

Det fremgikk av foretakets interne notater fra telefonsamtale med forsikrede 29.6.22:

Kontaktårsak: For info om at avslaget er snudd, og vi skal refundere henne for utlegget hun har hatt for operasjon på (klinikken) ref. brev fra KVV. Info om at hun vil motta brev i posten med utfyllende informasjon ila. få dager. Vi innhenter dokumentasjon fra operasjonen nå, og tar en vurdering videre for hva som dekkes - det er visse kriterier som må være oppfylt for at det skal være dekning for operasjon. Kunde blir veldig glad for dette. (...) Vi avtaler at jeg kontakter henne igjen når dokumentasjon er mottatt fra (klinikken) og saken er vurdert.

Foretaket godkjente 4.7.22 dekning av neste planlagte lipødemoperasjon med "fettsuging av lår", etter vurdering av "Med.Dir". Forsikrede gjennomførte operasjonen 15.8.22, og foretaket godkjente kontroll om 3 måneder knyttet til operasjonen.

Vilkår for perioden 1.2.23-31.1.24 ble utstedt til forsikringstaker 19.12.22. Vedlagt fulgte skriv "(v)i informerer" hvor det fremkom:

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

(...)

Vilkårspunkt 7.12 som omhandler hva forsikringen ikke omfatter i forhold til utredning av vektrelaterte sykdommer og behandling av fedme

Det er lagt inn et unntak hvor forsikringen ikke omfatter utredning, behandling eller operasjon og annen behandling knyttet til generalisert eller lokalisert fedme, herunder lipødem. (...)

I epikrise 3.3.23 fremkom:

Pasienten kommer til kontroll etter fettsuging lipødem underekstremitet. (...) Hun har samme plager i armer, men ikke så sterke smerter som hun hadde i ben og hun forteller at hun derfor hele tiden har fokusert mest på bena og snakket lite om armer ved første konsultasjon. Hun har tatt det opp senere. Hun har vesentlige smerter også i overarmene, våkner ofte om nettene på grunn av smerter og må bevege og massere armene.

Foretaket avsto 30.3.23 krav om dekning av operasjon av lipødem i armer, med henvisning til at dette utgjorde et nytt forsikringstilfelle som måtte vurderes ut fra nye vilkår, hvor lipødem var unntatt dekning etter vilkårs pkt. 7.12. Fra foretakets telefonlogg fra aktuelle samtale fremkommer:

Kontaktårsak: Info om avslag for dekning av operasjon av armer. Bakgrunnen for dette er fordi ut fra de opplysningene vi har tilgang til, så er behandlingsindikasjonen for apr. av armer oppstått nå, og sees dermed på som et nytt forsikringstilfelle som faller på nye vilkår (2022-vilkår). Her er ikke behandling av lipødem omfattet av forsikringen. Vi har dekket det som opprinnelig var planlagt i denne saken. Kunde sier at det er helt greit, hun forstår det. Info om at hun får et avslagsbrev i posten og hun orienteres om klagemuligheter. Kunde vil vente på brevet og se hva hun vil gjøre videre. Info om at såvidt jeg kan se, så er det ikke planlagt noe videre i denne saken foreløpig, og hun har fått de opr. som i utg.punktet var planlagt. Kunde enig i det. Jeg holder saken åpen en stund i påvente av evt. klage.

Foretaket opprettholdt avslaget 23.8.23, og opplyste i brev til forsikrede:

Da din forsikringsavtale sist ble fornyet, fikk du i desember 2022 tilsendte-post med informasjon om at forsikringsavtalen er fornyet og at den er tilgjengelig i "Mine sider". Der ligger all informasjon om fornyelse av forsikringsavtalen, endringer i vilkår spesifiseres, og det nye gjeldende vilkårssettet er gjort tilgjengelig for deg. Vi forutsetter at du har lest igjennom forsikringsdokumentene. Avtalen (og vilkårssettet) er gyldig fra 01.02.2023.

Forsikrede har i det vesentlige anført at hun har krav på dekning av operasjon i armer.

Operasjonen utgjør ikke et nytt forsikringstilfelle. Forsikrede har vært under behandling for samme lidelse siden våren 2022, og det må derfor være vilkårene ved første melding om skade og operasjon som må gjelde. En vilkårsendring kan ikke gis tilbakevirkende kraft for en lidelse som er under etappevis operativ behandling basert på en helsemessig og faglig vurdering og som heller ikke på noe tidspunkt har vært vurdert eller avsluttet. Avslaget er i realiteten et tilbakekall av allerede innvilget forsikringsdekning for behandling av lipødem i samme sak. Armlidelsen var også et tema før konsultasjonen 3.3.23. Avslaget bygger på en uriktig anvendelse av forsikringsavtalens vilkår.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede ikke har krav på dekning av operasjon i armer. Operasjonen er et nytt forsikringstilfelle som skal vurderes iht. de gjeldende forsikringsvilkår, hvor lipødem er unntatt fra dekning. Foretaket har heller ikke gitt dekningstilsagn.

Når det gjelder spørsmål om foretaket har oppfylt sin informasjonsplikt overfor forsikrede vedrørende unntaket, har foretaket vist til at forsikrede ble informert om at utredning og behandling av lipødem er unntatt i forsikringsdekningen i forbindelse med intern klagebehandling 3.6.22 av det opprinnelige avslaget, og ved fornyelse 1.2.23.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om operasjon i armer er et nytt forsikringstilfelle, om foretaket har gitt dekningsstilsagn og om foretaket i dette tilfellet har gitt forsikrede tilstrekkelig informasjon om vilkårsendringen, 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 andre Finansklagenemndas avgjørelser 2020-203 og 2018-477.

Det er sikker rett at kravstiller, altså forsikrede, 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. avgjørelsene 2022-894 og 2021-661.

Finansklagenemndas mandat er videre å vurdere hvorvidt et tilfelle faller innenfor eller utenfor forsikringens dekningsområde. Nemnda har derimot 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 skjønn som leger har utvist i en sak.

Det første som må vurderes i foreliggende sak, er om operasjonen av lipødem i armene utgjør et nytt forsikringstilfelle. I så tilfelle, vil dette medføre at saken må vurderes under de vilkår som gjaldt ved forsikringstilfellets inntreden.

Hva som utgjør et forsikringstilfelle, er definert i vilkårspkt. 4.2. Nemnda bemerker at definisjonen er lik som i avtaleperioden 1.2.20-31.1.21, altså for perioden før endringen. 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 tilsvarende vilkår i avgjørelse 2024-385, som 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.

I nærværende sak ble forsikrede henvist til spesialist første gang 26.10.21, grunnet mange år med plager og smerter i beina som legen mistenkte var lipødem. Ved konsultasjon 5.11.21 uttalte kirurg at forsikrede hadde lipødem, og at det var medisinsk indikasjon for operasjon i "lår, legger og ankler". Det ble derimot ikke uttalt at det var medisinsk indikasjon for operasjon i armer på dette tidspunktet. I den kliniske dokumentasjonen fremgår det først i epikrise datert 3.3.23 at forsikrede har "vesentlige smerter også i overarmene". Nemnda forstår det slik at foretaket har tolket dette som en henvisning til behandling (i form av operasjon) av lipødem i armer. Forsikringstilfellet for behandling av armer kan derfor ikke anses å ha inntruffet før 3.3.23, sett hen til nemndas tolkning av vilkårene for hva som utgjør et "nytt forsikringstilfelle".

Saken må derfor i utgangspunktet behandles under vilkår for perioden når aktuelle forsikringstilfelle inntraff, altså 3.3.23. Det fremgår av vilkårspkt. 7.12 for perioden 1.2.23-1.2.24:

7.12 Utredning av vektrelaterte sykdommer og behandling av fedme

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

Vilkårene har altså unntatt lipødem fra dekning. Ettersom behandlingsbehovet av armer gjelder diagnosen "lipødem", kommer unntaket til anvendelse. Forsikrede har 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 arbeidsgiver har tegnet en forsikring til fordel for de ansatte og deres ektefeller – 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 foretaket 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 altså vist til at vilkårsendringen ble formidlet til forsikrede, i forbindelse med behandling av klagen og ved brev 3.6.22. Nemnda tolker foretaket dithen at det mener at forsikrede uansett har fått informasjon om vilkårsendringen underveis i saksbehandlingen, og dermed var kjent med 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 da 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 varsling om han likevel var kjent med forholdet", se Bull/Wilhelmsen Forsikringsrett 2. utgave s. 228. Se også 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 1.2.21. Etter dette ble avtalen slik nemnda forstår det, automatisk fornyet 1.2.22 og 1.2.23. Forsikringstilfellet for operasjon av armer inntraff 3.3.23. 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 16.11.21, og ved brev 3.6.22 etter den interne klagebehandlingen, og dermed før fornyelsen av avtalen i 2023. Det vil si før forsikringstilfellet for operasjon av armer inntraff. Etter nemndas oppfatning foretaket har 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).