

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-1163

16.12.2024

Gjensidige Forsikring ASA

Livsforsikring/uføredkninger/pensjon

Alvorlig sykdom – tidligere kreft – avslag – saklig begrunnet – fal. § 1B-3.

Klager søkte om forsikringen Alvorlig sykdom i desember 2022, og opplyste om at han i 2016 fikk akutt lymfatisk leukemi som ble behandlet med stråling, cellegift og stamcelletransplantasjon. Klager ble 100 % friskmeldt etter over fem års oppfølging. Foretaket avslo søknaden, under henvisning til at det forelå økt risiko for sekundær kreft og for hjerte- og karsykdommer, også lenge etter at behandlingen er avsluttet. Saken reiste spørsmål om foretakets avslag var saklig begrunnet. Etter en vurdering av fremlagte dokumenter bemerket nemnda at foretaket hadde sannsynliggjort at klager hadde økt risiko for residiv, sekundærkreft og for hjerte- og karsykdommer. Foretaket hadde derimot ikke sannsynliggjort en forhøyet risiko knyttet til forsikringsavtalens øvrige diagnoser. Foretaket hadde etter dette ikke saklig grunn for å avslå søknaden i sin helhet. Klager fikk delvis medhold.

Saksfremstilling

Klager søkte om forsikringen Alvorlig sykdom i desember 2022. Han opplyste i helseerklæringen "at han i 2016 fikk akutt lymfatisk leukemi som ble behandlet med stråling, cellegift og stamcelletransplantasjon".

Klager fikk avslag 7.3.23, under henvisning til at det forelå "økt risiko for sekundær kreft og for hjerte- og karsykdommer, også lenge etter at behandlingen er avsluttet." Det ble også vist til tidligere avslag gitt i 2019 og 2020.

Lege skrev 8.6.23:

Det bekreftes at [klager] har vært pasient (...) siden høsten 2016. Han fikk påvist meget alvorlig kreftsykdom i form av T-lymfoblastlymfom. Denne sykdommen krever rask og tøff behandling. Han startet umiddelbart behandling med svært kraftig cellegift og ble deretter stamcelletransplantert (høydosebehandling med autolog stamcellestøtte) og fikk strålebehandling. Behandlingen ble avsluttet i juni 2017. Uten denne behandlingen er prognosen svært dårlig, og responderer man ikke underveis er prognosen svært dårlig (forventet levetid maks 3-6 måneder). Han har blitt fulgt opp på vår poliklinikk i etterkant, oppfølgingen ble avsluttet i juni 2020. Han var også til kontroll i november 2021 og ble omfattende utredet uten funn, samt utredet med blodprøver i des-21 med normale funn.

Han er nå 100% friskmeldt (etter over 5 års oppfølging).

Etter klage 27.6.23, ble saken fremlagt for Nemnda for helsevurdering (NHV) som 17.7.23 skrev:

Aktuell sak: T-lymfoblastlymfom er en variant av akutt lymfatisk leukemi med spesielt hurtigvoksende tumorvev. Derfor er rask oppstart av potent kjernaterapi nødvendig. Det har vært vanlig å benytte den såkalte NOPHO-protokoll som omfatter fire medikamenter; vincristin, prednison, et antracyclin og cyclofosamid eller L-asparaginase, alternativt et fem-medikamentregime med vincristin, prednison, et antracyclin, cyclofosamid og asparaginase. Det er vel kjent at slike medikamentkombinasjoner medfører betydelig økt risiko for både sekundærkreft og for hjerte/ karsykdom. Både antracycliner, vincristin og cyclofosamid i de doser som benyttes ved denne type malign blodsykdom, kan medføre både sekundærkreft

og hjerte-/karsykdom. Risikoen for sekundærkreft er spesifikt omtalt på Kreftforeningens hjemmesider.

Generelt: I en britisk registerstudie fant man en 20-doblet risiko for for tidlig død og en 10-doblet risiko for kreftsykdom blant barn som overlevet behandling for akutt lymfatisk leukemi (Kane 2022).

Det er også vist at denne overdødeligheten varer i flere tiår etter at behandlingen er avsluttet (Berkman 2022). Risikoen for sekundærkreft varierer etter hvilken type kjemoterapi som er gitt, men det er ingen tvil om at den kjemoterapi som gis ved maligne blodsykdommer, medfører en klart økt risiko for annen malign sykdom. Både kjemoterapi og strålebehandling (som gis mot brystkassen) medfører også økt risiko for hjertesykdom.

Langtidskomplikasjoner etter kreftbehandling, inklusive sekundærkreft og hjertekarsykdom, er også belyst i en rekke studier fra norske miljøer. Samlet sett vurderes risikoen for kreftsykdom eller hjerte/ karsykdom som så stor at det ikke er aktuelt å tilby forsikring mot kritisk sykdom. I de tilfeller hvor kreftsykdommen og behandlingen av denne ligger mange år tilbake i tid, vil det dels bli gjort skjønnsmessige vurderinger slik at slik forsikring likevel kan tilbys (eventuelt mot tillegg i premien), eller at 10-årsregelen kommer til anvendelse. En del kjemoterapi som gis ved malign sykdom omfatter medikamenter som gir klart lavere risiko for både sekundærkreft og hjerte-/karsykdom. Kunder som er behandlet med slike regimer, kan i en del tilfeller likevel tilbys forsikring mot kritisk sykdom.

Noen referanser [...]

Foretaket opprettholdt vurderingen 8.8.23.

Klager ga 13.11.23 følgende beskrivelse av forløpet:

Fra november 2016 til mai 2017 gjennomgikk han cellegiftbehandling. Stamcelletransplantasjon ble deretter utført med vellykket resultat. Behandlingen ble avsluttet i juni 2017, med stråling av området rundt halsen hvor kulen hadde oppstått.

[...]

[Klager] har siden avslutning av behandlingen vært i svært god form, og hatt et høyere aktivitetsnivå enn folk flest. Han har trent aktivt [...], styrketrening, jobb [...] og studier. ... [Klager] er i dag fulltidsstudent [...]. [Han] opplyser at han i dag føler seg helt fantastisk. Han merker ingenting til behandlingen han har gjennomgått.

Foretaket viste til Helsedirektoratets rapport "Seneffekter etter kreftbehandling" (IS-2872, utgitt 21. april 2020) punkt "12.2 Utløsende årsak og alvorlighetsgrad"

Mer enn halvparten av langtidsoverleverne etter barnekreft utvikler seneffekter, og det rammer de fleste diagnosegrupper (75). Høyest risiko har de som har fått behandling med stråling, men også cellegiftbehandling med antracykliner, alkylende cellegifter, platinumderivater, glukocortikoider, epipodophyllotoksiner og/eller antimetabolitter kan utløse seneffekter (76).

[...] Hovedårsaken til utvikling av seneffekter etter barnekreftbehandling er intensiv behandling gitt i en livsfase med vekst og utvikling og er sjelden forårsaket av selve kreftsykdommen. Risikoen for utvikling av alvorlige seneffekter kan derfor være større hos barn enn hos voksne, og seneffektene kan oppstå lang tid etter kreftbehandlingen. I det lange løp har barnekreftoverlevende elleve ganger så høy dødelighet som normalbefolkningen, og økt dødelighet på grunn av kardiovaskulære sykdommer og nyoppstått kreft vedblir mer enn 25 år etter diagnosen (78).

I rapporten er det også i pkt. 12.4 inntatt informasjon om de viktigste seneffektene etter barnekreftbehandling, og det er da listet opp "Kardiovaskulære seneffekter", sekundær kreft, kognitive seneffekter og endokrine langtidseffekter, samt kronisk utmattelse.

Foretaket viste videre til Helsedirektoratets nasjonal faglige retningslinje "Kreft hos barn - handlingsprogram", sist oppdatert mai 2020, som oppstiller tre risikonivåer for utvikling av somatiske seneffekter ut fra behandlingsform. Klager var i nivå tre "Høy risiko", da han var behandlet med svært kraftig cellegift og stamcelletransplantasjon.

Foretaket viste også til at:

T-lymfoblastleukemi/ lymfoblastisk lymfom behandles i henhold til nasjonal faglig retningslinje for lymfekreft etter NOPHO-protokoll eller modifisert Hammersmith-82-regime, konsolidering med høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS). Lymfekreft - handlingsprogram – Helsebiblioteket (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne lymfomer, 7.

utgave 2023).

Og:

Det er godt dokumentert at denne type behandling medfører betydelige seneffekter på flere organsystemer. En norsk studie publisert november 2022 undersøkte 399 kreft-overlevende som hadde gjennomgått høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS). Total late effect burden in long-term lymphoma survivors after high-dose therapy with autologous stem-cell transplant and its effect on health-related quality of life | Haematologica (Haematologica Vol. 107 No. 11 (2022): November 2022).

Studien viste at etter en median oppfølgingstid på 8 år hadde hele 98% en eller flere senskader, og 56% hadde senskader klassifisert som alvorlige eller livstruende, de alle fleste hadde påvirkning av flere organsystemer.

De fant økt risiko for en rekke seneffekter, som sekundærkreft, flere hjerte-karsykdommer (bl.a. hjerteklaffefeil, hjertesvikt), obstruktiv og restriktiv nedsatt lungefunksjon, perifere nevropatier, hormonforstyrrelser, seksuell dysfunksjon, kronisk fatigue og psykiske helseplager.

De viser til at flere studier har vist høy forekomst av senskader også hos barn som har gjennomgått samme behandling. En studie fra 2017 fant at 100% hadde senskader grad 1 - 4, og 67% hadde senskader klassifisert som grad 3 -4. Dette tilsvarer nesten samme forekomst som den norske studien (henholdsvis 98% og 56%). Chronic disease burden and frailty in survivors of childhood HSCT: a report from the St. Jude Lifetime Cohort Study - PMC (nih.gov) (Blood Advances 2017 Nov 14; 1(24): 2243–2246)

Foretaket fremla for rådgivende lege spørsmålet om hvilke konkrete diagnoser (i forsikringen) som påvirkes av kreften og behandlingene for denne, som ifølge brev 13.12.23 skrev:

Sekundær kreft relatert til tidligere kreftbehandling kan opptre hos kreftoverlevende som er blitt behandlet med enten stråleterapi og/eller visse typer kjemoterapi. I tillegg til kreftbehandlingen er også alder ved diagnose, prognose og forventet levetid, miljømessige faktorer, genetiske faktorer og livsstil risikofaktorer for sekundær kreft.

Jo yngre en pasient er ved tidspunkt for primærbehandling, desto høyere er risikoen for utvikling av sekundær kreft, særlig der primærkreften har en god prognose. Dette skyldes sannsynligvis økt sårbarhet for behandlingen, med større risiko for behandlingsinduserte DNA-forandringer hos yngre mennesker, i tillegg til en forventet lang levetid etter primærbehandling. Det finnes således best dokumentasjon på insidensen av sekundærkreft hos kreftoverlevende behandlet for kreftformer med høy kurasjonsrate i ung alder; som leukemi/lymfom hos barn, lymfom hos voksne og testikkelkreft.

Stråleterapi mot thorax hvor hjertet er inkludert i strålefeltet, øker risikoen for isjemisk koronarsykdom samt hjertesvikt, kardiomyopati, arytmier og klaffefeil. Flere cytostatika er cardiotoksiske, og gir økt risiko for kardiomyopati, iskemisk hjertesykdom og hjertesvikt.

Hovedårsaken til utvikling av seneffekter etter barnekreftbehandling er intensiv behandling gitt i en livsfase med vekst og utvikling og er sjelden forårsaket av selve kreftsykdommen. Risikoen for utvikling av alvorlige seneffekter kan derfor være større hos barn enn hos voksne, og seneffektene kan oppstå lang tid etter kreftbehandling.

Kilder:

-Seneffekter etter kreftbehandling (helsedirektoratet.no)

-Til deg som har fått strålebehandling for lymfekreft – Viktig informasjon om oppfølging og forebygging av mulige seneffekter A4.pdf (helsedirektoratet.no)

Mer enn halvparten av langtidsoverlevende etter barnekreft utvikler seneffekter, og det rammer de fleste diagnosegrupper

Chronic Health Conditions in Adult Survivors of Childhood Cancer | NEJM

En studie av 162 overlevende etter stamcelletransplantasjon i barne- og ungdomså fant at 28% hadde milde seneffekter, 41% hadde moderate, mens 24% hadde alvorlige og 1% alvorlige og funksjonshemmende seneffekter. Risikofaktorene for alvorlig eller funksjonshemmende senskader var høy alder (dvs ungdomsårene), og en behandling som også inneholdt strålebehandling.

High burden of late effects after haematopoietic stem cell transplantation in childhood: a single-centre study | Bone Marrow Transplantation (nature.com)

Den aktuelle kunden tilhører denne gruppen - han var 16 - 17 år gammel og har gjennomgått både svært kraftig cellegift, høydosebehandling med autolog stamcellestøtte og strålebehandling mot halsen.

Etter gjennomgått kreftbehandling er det økt risiko for tilbakefall av samme kreftsykdom.

I tillegg er det betydelig økt risiko for sekundærkreft, altså kreft i andre organer enn den primære kreftsykdommen. Det vil si at en person som allerede har hatt kreft har økt risiko for å utvikle ny kreftsykdom, sammenlignet med friske. Videre kan selve kreftbehandlingen medføre betydelig risiko for sekundærkreft.

Sekundærkreft kan oppstå mange tiår etter avsluttet behandling. Det kan bli svært vanskelig i en oppgjørssituasjon å skulle bevise at den aktuelle kreftsykdommen er en sekundærkreft, enten etter strålebehandlingen eller cellegiftbehandlingen. Produktet Alvorlig sykdom dekker så å si alle kreftformer og flere potensielle følger av kreftsykdom. Av den grunn må reservasjonen i forsikringen gjelde alle kreftsykdommer og følger av disse, som for eksempel utlagt tarm, amputasjon, organtransplantasjon, tverrsnittslammelse, nyresvikt, sinusvenetrombose, og alvorlig infeksjonssykdom som hjernebetennelse/ hjernehinnebetennelse pga svekket immunforsvar.

Som nevnt er en rekke cellegiftbehandlinger cardiotoksiske, og gir økt risiko for kardiomyopati, iskemisk hjertesykdom og hjertesvikt. Stråling mot brystkassen gir økt risiko for påvirkning av hjerteklaffer og kransarterier og gir økt risiko for angina pectoris og hjerteinfarkt samt hjerteklaffefeil.

Stråling mot halsregionen gir økt risiko for påvirkning av blodårene på halsen, som er ansvarlige for blodforsyningen til hjernen. Dette gir økt risiko for fremtidig hjerneslag.

På bakgrunn av dette må det derfor også settes reservasjon for diagnosene hjerneslag, hjerteinfarkt, alvorlig angina pectoris og hjerteoperasjon for hjerteklaffefeil.

Hos personer som har gjennomgått hjernebestråling vil det være en betydelig økt risiko for fremtidig utvikling av godartet hjernehinnesvulst i kraniet. Denne kunden har ikke mottatt strålebehandling mot hodet i denne omgang, men han har gjennomgått stråling mot halsen som kan gi økt risiko for utvikling av godartet svulst i strålefeltet, i tillegg til påvirkning av halspulsårene. Det må derfor også settes reservasjon for godartet svulst i hjernehinner eller ryggmarg."

Foretaket fremla 10.1.24, på oppfordring fra klager 9.1.24, til illustrasjon et forsikringsbevis for en alternativ dekning "Alvorlig sykdom unntatt kreft" med flere reservasjoner. I brevet fremgår at prisen er på kr 1 529, mot kr 2 185 for den omtvistede søknaden. I forsikringsbeviset fremgår at det er samme diagnoser som er dekket som under Alvorlig sykdom, med unntak av kreft. Det er tatt følgende reservasjoner:

Unntak for Hjerneslag, Hjerneinfarkt, Alvorlig angina pectoris, Hjerneoperasjon, Svulst i hjerne/hjernehinner/ryggmarg, Utlagt tarm, Amputasjon, Organtransplantasjon, Tverrsnittslammelse, Nyresvikt, Blodpropp i hjernens venesystem og Alvorlig infeksjonssykdom i hjernen

Diagnosene som er igjen etter reservasjonene er følgende:

Utposning på blodåre i hjernen
Utposning på hovedpulsåren (aortaaneurisme)
Multippel sklerose (MS)
ALS og andre motornevro sykdommer
Alvorlig epilepsi
Alzheimers sykdom og demens
Parkinsons sykdom og parkinsonisme
Alvorlig leddgikt
Alvorlig synstap
Alvorlig hørselstap
Alvorlig brannskade

Foretaket opplyste 17.1.24 at klager ikke har fått tilbudet om denne forsikringen, da produktvarianten ikke er i alminnelig salg, og fordi han ligger i øverste risikogruppe.

"Spesialforsikringen "Alvorlig sykdom uten kreft" tilbys ikke til offentligheten og kan ikke selges av rådgivere i Gjensidige. Det er følgelig ikke et produkt som reguleres av fal. § 1B-3, men er et

alternativ for kunder som får unntak for kreft, men som tilhører en risikogruppe som kvalifiserer til øvrige dekninger"

Klager har i det vesentlige anført at foretaket ikke har saklig grunn til å nekte han forsikringen Alvorlig sykdom. Forarbeidene viser at foretaket må dokumentere at det foreligger forsvarlige og relevante analyser, herunder statistikk, av risikoen. Dessuten må det foreligge en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. I dette ligger blant annet krav til sammenheng mellom de analyser av risikoen som legges til grunn for avslaget og den konkrete saken, jf. Ot.prp. nr. 41 2007-2008 s. 99.

Det anføres at avgjørelse 2018-246 må tolkes dithen at et foretak ikke kan avslå en søknad om forsikring med en generell begrunnelse om tidligere kreftsykdom. Det må foretas en medisinsk vurdering av søkerens konkrete sykdom og behandling. Dette også sett i sammenheng med kreftsykdommers svært ulikeartede utvikling, individuell respons, samt stadig forbedrede behandlingsmetoder med mer effektiv, målrettet og treffsikker behandling. Klager er nå 100 % friskmeldt, etter over 5 års oppfølging. I tillegg har allmenntilstanden vært såpass god at han kan yte idrett på høyt nivå, studere på heltid og jobbe på siden. Det er ingen indikasjoner på at han skal få tilbakefall eller av andre grunner ikke på lik linje som allmennheten for øvrig skulle kunne være forsikret.

Subsidiært må foretaket tilby forsikringen med reservasjoner for kreft og følger av denne. Slike reservasjoner / premiedifferensiering kan benyttes som effektive risikotiltak. Han er ikke uenig i at fremlagte studier/rapporter viser økt risiko for kardiovaskulære seneffekter og sekundærkreft. Det er imidlertid ikke fremlagt relevant dokumentasjon som tilsier en forhøyet risiko for øvrige sykdomsdiagnoser som inngår i forsikringen, verken på gruppe- eller individnivå. Foretaket ønsker å ta reservasjon for flere diagnoser uavhengig av årsak, f.eks. amputasjon. All den tid amputasjon også kan være en følge av helt andre årsaker enn kreft, er dette en for vidtrekkende reservasjon. Klager kan heller ikke se at eventuelle utfordringer av oppgjørsteknisk karakter kan begrunne et avslag på forsikringen med reservasjoner. Det vil her være snakk om en alminnelig årsakssammenhengsvurdering av hva som anses som mest sannsynlig årsak til den eventuelle nyoppståtte tilstanden. Dette antar klager at foretaket har gode mekanismer for å kunne håndtere, jf. også de generelle bemerkningene om dette i LB-2019-104500. Det må være opp til han selv å avgjøre om det gjenstående produktet er noe han ønsker å kjøpe eller ikke, jf. 2017-479 og 2015-210. Førstnevnte avgjørelse har for øvrig store likheter med foreliggende sak, og uttalelsene er av prinsipiell karakter. Det anføres at saken har direkte overføringsverdi til denne saken, og må tillegges avgjørende betydning.

Atter subsidiært må foretaket tilby forsikringen vedlagt foretakets brev 10.1.24.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at foretaket har saklig grunn til å avslå søknaden, jf. fal. § 1B-3. En forsikringsnektelse er ikke mer omfattende enn nødvendig i denne saken. De forsikringsmedisinske anbefalingene fra Nemnda for helsevurdering er medisinsk relevante og oppdaterte, og det foreligger ikke tilstrekkelig rettslig grunnlag for å pålegge foretaket å tilby en forsikring uten kreft, hjerte- og karsykdommer og andre diagnoser som måtte stå i sammenheng med kreftbehandlingen. Det er en overrisiko for en rekke seneffekter som kan være omfattet av forsikringens øvrige diagnoser, og det vil være uforholdsmessig krevende for foretaket å gi en fullstendig liste over diagnoser som man medisinsk saklig kan gi unntak for. Lovgiver har i forarbeidene Ot. prp.nr. 41 (2007-2008) s. 99 fremhevet at fal. § 1B-3 (gamle § 12-12) ikke skulle innebære en slik plikt til vurdering av hvert konkrete tilfelle, se særlig setningen: "Bestemmelsen er ikke ment å pålegge selskapene å vurdere den konkrete helserisikoen i alle tilfelle." Foretaket er derfor heller ikke pålagt å vurdere risikoen i hver av de 24 diagnosene som er dekket av Alvorlig

sykdom forsikringen. Det ville medført behov for mye spesialkompetanse og ressurser for å behandle hver enkelt søknad på denne måten, og sjansene for å utbetale en erstatning for en risiko man i utgangspunktet ikke ønsket å forsikre ville blitt høy.

Foretaket mener også at saken skiller seg mye fra FinKN-2017-479 både ved krefttypen, behandling med stamcelletransplantasjon og at kreftbehandlingen skjedde mens forsikringssøker var veldig ung.

Flere studier påviser en statistisk sterkt forhøyet risiko for hjertesykdom og sekundærkreft for den gruppe pasienter som har gjennomgått den sykdom og behandling som klager har gjennomgått. Studiene viser også økt risiko for en rekke seneffekter, som sekundærkreft, flere hjertekarsykdommer (bl.a. hjerteklaffefeil, hjertesvikt), obstruktiv og restriktiv nedsatt lungefunksjon, perifere nevropatier, hormonforstyrrelser, seksuell dysfunksjon, kronisk fatigue og psykiske helseplager. HelseDirektoratets retningslinjer for barn som har mottatt kreftbehandling, og dokumentert at han ut fra behandlingsform tilhører gruppe 3 "Høy risiko" for utvikling av somatiske seneffekter. Foretaket mener at dette er medisinsk begrunnet og at dette da skiller seg markant fra faktum i FinKN-2018-246, hvor klager var plassert i feil risikogruppe.

Foretaket har ikke mulighet til å fremlegge statistisk materiale som eksempelvis viser risikoen for utlagt tarm isolert, selv om man vet at klager kan få ny kreft i tarmen som igjen kan medføre behov for stomi. Et annet eksempel er en søker som tidligere har hatt prostatakreft som får ny kreft i skjelettet som igjen medfører tverrsnittlammelser. Det ville i et slikt tilfelle ikke være tilstrekkelig å ta unntak for kreft, hvis diagnosen tverrsnittlammelse skulle blitt stående på forsikringen. Det vil heller ikke vært tilstrekkelig å gi unntak for "kreft eller følger av kreft". Det kan eksempelvis bli veldig krevende i en oppgjørsprosess å måtte bevise årsakssammenheng mellom alvorlig epilepsi og tidligere kreft, hvis ny kreft eller behandling medfører hjerneskader. Det har gode grunner for seg at foretaket kan gi avslag til gruppen kreftpasienter med høy risiko, og dermed unngå å vurdere den individuelle kunde opp mot de konkrete diagnosene forsikringen omfatter med de dokumentasjonskrav det medfører.

Dersom nemnda kommer frem til at det ikke er saklig grunn for fullstendig avslag, må Gjensidige subsidiært tilby spesialforsikringen "Alvorlig sykdom uten kreft" med unntak for diagnosene som foretakets rådgivende lege har fremhevet som særlig forhøyet risiko i sin redegjørelse, jf. reservasjonene satt i forsikringsbeviset. Det ville være et svært dårlig tilbud til en altfor høy premie.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretakets avslag på søknad om forsikringen Alvorlig sykdom er saklig begrunnet, jf. forsikringsavtaleloven (fal.) § 1B-3.

Bestemmelsen i § 1B-3 ble tilføyd ved lov 18. februar 2022 nr. 5, og viderefører tidligere bestemmelser i forsikringsavtaleloven § 12-12 for personforsikring (og likelydende bestemmelse i fal. § 3-10 for skadeforsikring). I § 1B-3 første ledd er det bestemt at et foretak ikke "uten saklig grunn" kan nekte noen en forsikring "på vanlige vilkår". I annet ledd fremgår det at forhold som medfører "en særlig risiko" skal regnes som "saklig grunn", under forutsetning av at det er "rimelig sammenheng" mellom den særlige risikoen og avslaget.

Nemnda har flere ganger tidligere vurdert om en reservasjon eller avslag på forsikring er saklig begrunnet iht. fal. § 12-12, som nå er videreført i fal. § 1B-3. I disse sakene har nemnda basert seg på følgende rettslige rammer for vurderingen, se bl.a. 2017-653 og 2018-731:

"Etter fal. § 12-12 første ledd kan et foretak ikke nekte noen en forsikring "uten saklig grunn". Paragrafen – og den likelydende bestemmelsen i § 3-10 – ble tilføyd ved endringslov 27. juni 2008 nr. 65. Det fremgår av

forarbeidene til 2008-loven at foretaket må ha saklig grunn til å avslå forsikring, og at det må foreligge en særlig risiko. Foretaket må kunne dokumentere at det foreligger forsvarlige og relevante analyser av risikoen. Dessuten må det være en rimelig sammenheng mellom den særlige risikoen og avslaget. I dette ligger blant annet krav til sammenheng mellom statistiske analyser av risiko som legges til grunn for avslag, og den konkrete saken hvor forsikring avslås, samt at avslaget ikke går lenger enn den særlige risikoen krever, jf. annet ledd første punktum hvoretter forhold som medfører en særlig risiko kan utgjøre saklig grunn, men som krever at foretaket må kunne dokumentere at det foreligger slike forhold. Foretaket kan ikke basere seg på en antakelse, men må kunne vise at standpunktet bygger på forsvarlige analyser, herunder statistikk. I kravet om særlig risiko ligger at helt alminnelige forhold som gjelder store grupper av befolkningen, ikke kan utgjøre saklig grunn. Videre ligger det i dette et krav til hvor betydelig risikoen er, dvs. til mulighetene for at det vil inntreffe et forsikringstilfelle. I utgangspunktet må det kreves en markert risikoøkning. [...].

Lovteksten sier ikke noe om reservasjon, men i Ot.prp.nr.41 (2007–2008) heter det på s. 99 annen spalte at foretakene "der en bestemt risiko anses å være for høy, må vurdere om det er mulig å avgrense mot den særlige risikoen gjennom mer begrensede tiltak enn en total forsikringsnektelse, typisk gjennom begrensninger i dekningsfeltet". En slik begrensning av dekningsfeltet – reservasjon – er mindre inngripende enn en total forsikringsnektelse. Det er ikke noe i lovforarbeidene som tilsier at det gjelder andre regler for reservasjoner enn for en nektelse. Foretaket må således også her kunne dokumentere at en reservasjon bygger på en analyse av risikoen som viser at den utgjør en særlig risiko".

Videre har nemnda presisert at kravet om rimelig sammenheng innebærer at den statistikken som anvendes, holder et tilstrekkelig faglig nivå og er tilstrekkelig oppdatert og tidsmessig, jf. Ot.prp. nr. 41 (2007–2008) s. 45 og FinKN-2017-479.

I saker som gjelder tvist om foretaket etter en medisinsk vurdering har saklig grunn til å avslå inngåelse av en forsikringsavtale eller til å sette reservasjoner, utvides nemnda med to medisinske sakkyndige medlemmer fra henholdsvis forsikringsnæringen og brukerorganisasjonene. De medisinske sakkyndige medlemmene skal sikre vurdering av medisinsk faglig nivå. Det er likefullt foretaket som må sannsynliggjøre at det har saklig grunn til å avslå søknaden, og som må sørge for at det foreligger forsvarlige og relevante analyser av risikoen.

For nemnda blir spørsmålet om foretaket har sannsynliggjort at klager med sin sykdomshistorikk og helsetilstand tilhører en gruppe med markert økt risiko for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, slik at det har saklig grunn til å avslå forsikringssøknaden.

Ettersom det er tale om en alvorlig sykdomsdekning, vil forsikringstilfellet være knyttet til om forsikrede får en av de diagnosene som er opplistet i forsikringsbeviset (og nærmere regulert i vilkårene):

- Kreft
- Svulst i hjerne, hjernehinne eller ryggmarg
- Hjerteinfarkt
- Alvorlig angina pectoris
- Hjerteroperasjon
- Hjerneslag
- Blodpropp i hjernens venesystem
- Alvorlig infeksjonssykdom i hjernen
- Utposning på blodåre i hjernen
- Utposning på hovedpulsåren (aortaaneurisme)
- Multippel sklerose (MS)
- ALS og andre motornevro sykdommer

- Alvorlig epilepsi
- Alzheimers sykdom
- Parkinsons sykdom og parkinsonisme
- Alvorlig leddgikt
- Utlagt tarm
- Nyresvikt
- Tverrsnittslammeiser
- Amputasjon
- Alvorlig synstap
- Alvorlig hørselstap
- Alvorlig brannskade
- Organtransplantasjon

I denne saken er det fremlagt dokumentasjon som viser at klager har økt risiko for residiv, sekundærkreft samt hjerte- og karsykdommer, også flere år etter avsluttet behandling. For samtlige diagnoser kan det oppstå følgetilstander. Lovens system tilsier at dersom foretaket kan avgrense mot disse særlige risikoene gjennom mer begrensede tiltak enn en total forsikringsnektelse, så skal foretaket tilby forsikring med begrensninger i dekningsfeltet.

Etter nemndas oppfatning er den fremlagte dokumentasjonen ikke egnet til å sannsynliggjøre hvilken risiko det er (for en i gruppen til klager) for hver og en av de øvrige diagnosene. Foretaket har dermed ikke sannsynliggjort at det er saklig grunn til en total forsikringsnektelse; det vil etter nemndas syn være tilstrekkelig å sette reservasjoner for kreft (både residiv og sekundærkreft) og hjerte- og karsykdommer, samtlige med følgetilstander. Nemnda peker på at følgende diagnoser gjenstår:

- Alvorlig infeksjonssykdom i hjernen
- Multippel sklerose (MS)
- ALS og andre motornevro sykdommer
- Alvorlig epilepsi
- Alzheimers sykdom
- Parkinsons sykdom og parkinsonisme
- Alvorlig leddgikt
- Utlagt tarm
- Nyresvikt
- Tverrsnittslammeiser
- Amputasjon
- Alvorlig synstap
- Alvorlig hørselstap
- Alvorlig brannskade
- Organtransplantasjon

Enkelte av de opplistede diagnosene, slik som stomi, tverrsnittlammelse og amputasjon, kan forekomme både som en selvstendig, ny diagnose og som en følgetilstand etter diagnoser som foretaket har rett til å reservere mot. Det er nemndas oppfatning at klinikken ikke vil være mer

krevenne enn at en typisk relativt enkelt kan avgjøre om det er ny diagnose eller en følgetilstand. Et helt banalt eksempel er amputasjon etter en ulykke.

Nemnda har etter dette kommet til at foretaket ikke hadde saklig grunn til å avslå søknaden i sin helhet, men har saklig grunn til å innta reservasjon for kreft (residiv og sekundære kreftformer) og hjerte- og karsykdommer, med følgetilstander.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Klager gis delvis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), Nils Jørgen Strøm (bransjerepresentant - medisinsk sakkyndig), Bodil Kristoffersen (forbrukerrepresentant) og Pål Wiik (forbrukerrepresentant - medisinsk sakkyndig).