

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-1045

27.10.2025

Fremtind Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – genetisk betinget syndrom – karensklausul – fal. § 13-5.

Mor (forsikringstaker) tegnet barneforsikring for sitt barn (forsikrede), da hen var omtrent fem måneder gammel. I forkant av tegningen var det i forsikredes journal notert noe stivhet og at hen sjeldent ville ligge på rygg eller mage. I løpet av karenperioden på tre måneder, ble det notert videre stivhet/slapphet i kroppen, samt vedvarende problemer med mage- og ryggkleie. Det ble også notert skjeling, som forsikredes mor opplyste at hadde vært der siden fødsel, men blitt verre. Etter utløpet av karenperioden, ble det gjort en kromosonanalyse, som avdekket avvik. Forsikrede ble diagnostisert med et genetisk betinget syndrom. Foretaket avsto krav om utbetaling av hjelpestønad, under henvisning til at sykdommen hadde vist symptomer i karenperioden på 3 måneder. Saken reiste spørsmål om foretaket kunne påberope seg symptomklausulen. Nemnda bemerket at den eneste sakkyndige vurderingen som forelå, var fra rådgivende lege i foretaket. Denne konkluderte med at det var sannsynlighetsovervekt for sammenheng mellom de tidlige motoriske symptomene og det senere påviste genetiske syndromet. Foretaket kunne derved påberope seg symptomklausulen. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker tegnet barneforsikring for forsikrede, som da var 4 måneder, 25.6.19.

Før tegningen og helseerklæringen

Forsikrede var til tre kontroller på helsestasjonen før hen var 1 måned gammel. Det fremkommer at hen har en favorittside, og virket stiv i kroppen, samt sjelden vil ligge på ryggen, men ved undersøkelse senere samme måned er disse forhold ikke nevnt. Forsikrede ble undersøkt av fysioterapeut da hen var ca. 6 uker, og ble da henvist til manuellterapeut. De fikk øvelser og ved kontroll i begynnelsen av mai fremkommer at hen var mindre stiv og det ble gitt råd og anbefalinger videre. Det fremkom for øvrig at forsikrede smilte og ga god kontakt.

I helseerklæring 24.6.19 svarte forsikringstaker «Nei» på samtlige spørsmål, utover informasjon om vekt, høyde, svangerskapsuke og at barnet hadde vært til fastsatte kontroller ved helsestasjonen. Vi fremhever bl.a. følgende spørsmål:

Avviker barnet fysisk eller psykisk på annen måte fra jevnaldrende barn, eller er det mistanke om forsinket utvikling?

Har barnet, eller er det mistanke om at barnet har noen medfødte lidelser, misdannelser eller syndromer?

Har barnet blitt kontrollert eller behandlet for annen sykdom, skade eller tilstand?

[...]

Har du opplysninger om andre særlige forhold som du må forstå er viktig for selskapets vurdering av risikoen ved å forsikre barnet?

Etter tegning - karenperioden

Foretaket aksepterte søknaden 25.6.19.

Forsikrede var til flere kontroller på helsestasjonen i de neste tre månedene. Det fremkommer samme opplysninger om at forsikrede ikke var glad i å ligge på magen, men at hen kunne snu seg fra rygg til mage. Det ble notert godt samspill og språk. Ved undersøkelse i midten av september var det notert at forsikrede skjeler, spesielt på det ene øyet, og forsikrede ble henvist til øyelege. Senere ble det notert at forsikrede ikke lenger rullet seg over på magen.

Etter karenperioden på tre måneder

I journalnotater fra oktober 2019 fremkommer at henvisningen til øyelege ble avvist og at hen derfor ble henvist til privat øyelege. Det var fortsatte problemer med mageleie, og forsikrede fikk øvelser for å trene på dette.

I journal fra helsestasjonen rett før forsikrede fylte 1 år, fremkommer at mor var bekymret og mente at forsikrede hadde stagnert i utviklingen. Hun følte at hun ikke fikk kontakt med forsikrede. Videre at øyelege dagen før hadde beskrevet at forsikrede hadde kraftig redusert syn og skulle starte med briller. Dagen etter ble det notert at behandler skulle følge opp forsikrede i barnehagen ettersom det var nedgang i motoriske ferdigheter.

I journalnotat fra februar fremkom klart forsinket utvikling og man startet utredning for kromosomavvik. Forsikrede fikk diagnostisert en genetisk betinget syndrom i april 2020.

I tverrfaglig journalnotat i mai fremgår bla. at foreldrene «forteller at de reagerte når [forsikrede] var ca et halvt år pga. sen utvikling. [...]».

I legeerklæring fra september 2020 fremkommer at barnet hadde et langt større behov for hjelp, tilsyn og oppfølging enn funksjonsfriske jevnaldrende og kvalifiserte for hjelpestønad.

I skademelding (med krav om utbetaling av hjelpestønad) 13.2.24, opplyste forsikringstaker at symptomene oppstod i «1 års alderen» og at forsikrede nå var fullstendig avhengig av hjelpemidler i hverdagen. De mottok hjelpestønad fra Nav.

Foretaket fremla saken for dets rådgivende lege, som 11.6.24 skrev:

[...] Det foreligger gode notater fra helsestasjonen, og allerede 120619 går det frem at FO følges opp av manuell terapeut, tydeligvis fordi [forsikrede] er noe sen motorisk. [Forsikrede] har spesielt problemer med å ligge på maven. 170919 beskrives det at [hen] er passiv og slapp i både mageleie og ryggleie. 190919 beskrives det at [hen] har sluttet å rulle seg særlig fra rygg til mage. Disse observasjonene på helsestasjonen viser at FO var sen i den motoriske utviklingen. Dette har fortsatt og endt med at [forsikrede] fikk diagnosen [...] syndrom. I retrospekt kan det ikke utelukkes at den observerte motoriske forsinkelse skyldes det senere diagnostiserte og genetisk verifiserte [...] syndrom.

Etter spørsmål fra saksbehandler, svarte legen 19.6.24:

Det er betydelig sannsynlighetsovervekt for at det er en sammenheng mellom disse tidlige motoriske symptomene og den senere diagnosen [...] syndrom.

Foretaket avsto kravet 19.6.24, under henvisning til at sykdommen hadde vist symptomer før det var gått tre måneder etter at avtalen ble inngått.

Foretaket la saken frem for rådgivende lege på nytt 19.9.24:

Det er stor sannsynlighetsovervekt i retrospekt for at FO sene motoriske utvikling var tidlige symptomer på [...] syndrom. Siden syndromet er så sjeldent, er det meget forståelig at det tok tid før diagnosen ble stilt.

I epikrise av 28.8.25 er det bla. beskrevet at henvisning til sykehus 17.9.19 ble avvist med begrunnelse:

Ut fra de opplysninger som foreligger er det ikke funnet grunnlag for å iverksette utredning/behandling ved sykehuset nå. De helseproblemer som er beskrevet forutsettes utredet og behandlet av privatpraktiserende øyelege.

Videre:

Det foreligger altså ingen kontakt med sykehuset [...] det første halve året av [forsikredes] liv som indikerer en bekymring knyttet til alvorlig sykdom eller syndrom.

Etter at foretaket mottok epikrisen, ble saken igjen fremlagt foretakets rådgivende lege, som opprettholdt sitt standpunkt.

Forsikringstaker har i det vesentlige anført at hun har rett til utbetaling av hjelpestønad. Det er ikke sannsynliggjort at foretaket kan benytte symptomklausulen. Om et symptom har inntrådt i karenstiden beror på en konkret vurdering, hvor foretaket har bevisbyrden, jf. FSN-6587. Forsikredes syndrom er en sjelden sykdom som debuterer ulikt og hvor det vanskelig kan sies noe konkret om sykdomsutviklingen videre. Det er derfor vanskelig å angi hva som er karakterisk for diagnosen, særlig fra barnet er nyfødt til de er omkring 2 år. På tegningstidspunktet var det ikke noe som tydet på at forsikrede omtrent ett år senere (i april 2020) skulle bli diagnostisert med syndromet. Foretaket har ikke tilstrekkelig bevist at sykdommen viste symptomer de tre første månedene etter tegning. Alle barn utvikler seg ulikt og angivelse av fravær og/ eller manglende utvikling beror på skjønn. De tegnene foretaket viser til i karenstiden er vanlige for mange barn i denne alderen og tillegges uforholdsmessig stor vekt. At det i retrospekt er mulig å se forsikredes forsinkede motoriske utvikling som tidlig utslag av sykdommen anføres å være for vagt og diffust til at foretaket kan gjøre symptomklausulen gjeldende. Det er ikke grunnlag for å hevde at de tegn foretaket har pekt på er tegn som forsikringstaker rent faktisk har oppdaget og oppfattet som noe unormalt jf. LB-2019-161231. Mange barn i denne alderen trenger støtte og hjelp til mageleie ol., og dette kan vanskelig sies å være karakterisk for senere påviste diagnose. Man må her være under den nedre grense for når et innledende symptom omfattes av en symptomklausul jf. blant annet FinKN 2024-451 og FinKN 2021-1284.

Foretaket kunne også ved enkle grep utformet spørsmålene i helseerklæringen til å omfatte konkrete og presise spørsmål om barnet har eller går til behandling hos fysioterapeut eller manuell terapeut. Hvis det var stilt spørsmål om dette, og spørsmålet hadde blitt besvart med ja, måtte foretaket også vurdert risikoen og eventuelle forbehold som kunne tas. Foretaket kan ikke avbøte dette ved å legge en altfor lav terskel til grunn for hva et symptom er for å hevde seg ansvarsfrie for den risikoen foretaket påtok seg ved tegning.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at det er sannsynliggjort at forsikrede hadde symptomer på senere konstaterte syndromet i karenstiden, jf. unntaket inntatt i vilkårene pkt. 14 bokstav a. Det viser til observasjoner/funn beskrevet i journalnotat 17.9.19, samt etterfølgende konsultasjoner. For at symptomklausulen skal kunne anvendes, er det tilstrekkelig at man i ettertid forstår at forhold som har vist seg i karenstiden i virkeligheten var symptomer eller tegn på den lidelsen/sykdommen som senere er blitt konstatert. Det betyr altså ikke at lidelsen/sykdommen må ha blitt konstatert innenfor tre måneders perioden. Det er heller ingen betingelse at forsikrede har oppsøkt lege for at symptomklausulen kan benyttes, eller at de selv burde ha skjønnet at barnet hadde symptomer eller tegn, da det ikke stilles krav til subjektiv kunnskap.

Foretaket er ikke enig i at beskrivelsene fra helsestasjonen er for vage og diffuse til at de kan legges til grunn som symptomer på senere sykdom. Det er beskrevet slapphet/passivitet i «mage og ryggleie», dvs. at det nettopp er angitt konkrete stillinger som barnet har vansker med. Symptomene ble oppfattet av helsestasjonen som såpass markerte at det ble satt opp time hos fysioterapeut kun to dager senere, som tilsier at symptomene er mer enn kun vage/diffuse.

Rådgivende lege har vurdert saken to ganger og konkludert med at det er betydelig og stor sannsynlighetsovervekt for at det er en sammenheng mellom de tidlige motoriske symptomene og den senere diagnosen. Forsikringstaker har ikke fremlagt medisinske vurderinger som trekker i annen retning.

Det forelå heller ikke symptomer før tegning som «med rimelighet» kunne vært fanget opp av helseerklæringen. Alle relevante spørsmål er besvart med «nei». Det forelå kun én konsultasjon hos fysioterapeut. Denne fant sted da barnet kun var litt over én måned gammelt. Konsultasjonen foranlediget ikke noen videre oppfølging før tegning. Foretaket mener det da ikke er grunn til å forvente at dette skulle vært opplyst om, fordi opplysningen alene ikke er egnet til å påvirke foretakets risikovurdering. Det er ikke mangler ved spørsmålsstillingen som er årsak til at risikoen ikke ble fanget opp før tegning, men at det ikke forelå symptomer som var tilstrekkelig klare og stadfestede til at de hadde betydning for forsikringssøknaden.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretaket kan avslå kravet under henvisning til at tilfellet faller inn under forsikringens symptomklausul, jf. fal. § 13-5, annet ledd. Saken reiser også spørsmål om foretaket har reklamert i tide i henhold til fal. § 13-13.

En forutsetning for at foretaket kan avslå kravet under henvisning til at tilfellet faller inn under forsikringens symptomklausul, jf. fal. § 13-5 annet ledd, er at foretaket har gitt forsikringstaker beskjed "uten ugrunnet opphold etter at foretaket ble kjent med" forholdet som medførte at avkortingsreglene kan anvendes, jf. fal. § 13-13.

Nemnda ser derfor først på om foretaket har varslet i tråd med de krav loven stiller.

Utgangspunktet for fristen er tidspunktet når foretaket får kunnskap om forhold som medfører at foretaket kan påberope seg karensklausulen, jf. ordlyden til bestemmelsen i fal. § 13-13 annet ledd annet punktum. I dette ligger et krav om at foretaket må ha positiv kunnskap, se NOU 1983:56 s. 96 og Rt-2013-1235 avsnitt 44, hvor det legges til grunn at en kvalifisert mistanke kan være tilstrekkelig for at fristen begynner å løpe. Lengden på et foretaks frist etter § 13-13 er relativ, og må vurderes konkret i den enkelte sak. Det vil si at foretaket må gis tilstrekkelig tid til å innhente opplysninger som kan bekrefte eller avkrefte foretakets mistanke. Sakens kompleksitet og økonomiske omfang kan tilsi at foretaket tillates å benytte lengre tid, men det må ikke foreligge passivitet fra foretakets side.

I denne saken ble avslag gitt knappe fire måneder etter framsatt krav. Nemnda legger til grunn at foretaket har hatt tilstrekkelig fremdrift i denne perioden, og nemnda er av den oppfatning at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Nemnda går så over til å se på spørsmålet om foretaket kan avslå kravet under henvisning til at tilfellet faller inn under forsikringens symptomklausul, jf. fal. § 13-5 annet ledd.

I fal. § 13-5 annet ledd fremgår:

Ved sykeforsikring kan forsikringsforetaket i vilkårene forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt. Tilsvarende gjelder ved uføredekning i tilknytning til livsforsikring

Foretaket har inntatt et slikt forbehold i forsikringsbeviset og vilkårene. I forsikringsbeviset fremgår følgende under Begrensninger:

Selskapet er ikke erstatningsansvarlige ved:

Sykdom/lidelse som har vist symptomer før det er gått 3 måneder etter at avtalen ble akseptert av forsikringstaker
[...]

Og i vilkårene står det:

14. Øvrige begrensninger i selskapets ansvar

Selskapet er ikke erstatningsansvarlige ved:

a) Sykdom/lidelse som er blitt påvist eller har vist symptomer eller tegn før det er gått tre måneder etter at avtalen ble akseptert av forsikringstaker. [...]

Forsikringen dekker altså ikke sykdom/lidelse som har vist symptomer før det er gått 3 måneder etter at avtalen ble akseptert av forsikringstaker.

Foretaket har i brev 8.8.25 opplyst at avtalen ble tegnet 20.6.19, og nemnda legger til grunn at det er enighet om at karen-/symptomperiodens løp mellom 20.6.19 og 20.9.19.

Det følger av fal. § 13-5 annet ledd at forsikringsforetak kan ved sykeforsikring "forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt".

Lovens utgangspunkt er at sykdommer som er til stede på tegningstidspunktet er dekket, såfremt opplysningsplikten er oppfylt. Dersom foretaket skal kunne anvende et forbehold etter fal. § 13-5 annet ledd forutsetter det at symptomene med rimelighet ikke kunne vært fanget opp med spørsmål i helseerklæringen på tegningstidspunktet, jf. Rt-2015-695. I nærværende sak kunne etter nemndas syn ikke spørsmål i helseerklæringen fanget opp den senere diagnosen.

Ordlyden "symptomer" i § 13-5 annet ledd gir ikke særlig veiledning, annet enn at plagene må være forenlige med den senere påviste sykdommen. Begrepet kan forstås på flere måter, jf. også LB-2019-161231. Under henvisning til definisjonen av symptomer i store medisinske leksikon, la lagmannsretten i den nevnte avgjørelsen følgende forståelse til grunn:

Lagmannsretten legger (...) til grunn at begrepet "symptom" må forstås slik at objektiv forekomst av tegn på sykdom ikke i seg selv er tilstrekkelig. Det kreves at forsikringstakeren rent faktisk har oppdaget tegnene. Det kreves derimot ikke at vedkommende har kunnskap om at tegnene er eller kan være utslag av sykdom. Det er tilstrekkelig at det som ble oppdaget ble oppfattet som noe "unormalt".

Finansklagenemnda har også uttalt seg nærmere om hva som ligger i begrepet. Fra avgjørelse 2015-488 siteres:

«Om et symptom har inntrådt i karenstiden, vil bero på en konkret vurdering, hvor foretaket har bevisbyrden, se FSN-6587. Det er tilstrekkelig at de første symptomer som leder frem til et senere forsikringstilfelle, foreligger. Det er ingen betingelse at forsikrede/forsikringstaker burde skjønne at forsikrede hadde sykdomssymptomer ettersom det ikke stilles krav om positiv kunnskap».

Det er videre slik at foretaket må sannsynliggjøre at de aktuelle symptomene skyldtes den senere diagnostiserte lidelsen. Det er derfor ikke tilstrekkelig at symptomene var vanlige, forenlige eller typiske for lidelsen, om plagene var utslag av andre forhold, jf. FSN-6181. Oppsummert er det altså tilstrekkelig at man i ettertid forstår at forhold som viste seg i karenperioden, var symptomer på den sykdom som senere ble diagnostisert, jf. også 2021-820. Innledende symptomer på en sykdom, som for eksempel først ikke gir grunn til bekymring, omfattes derfor i utgangspunktet også av en symptomklausul. Her gjelder det likevel en nedre grense. Nemnda har i sin praksis presisert at vage eller generelle symptomer ikke er tilstrekkelig for at foretaket skal kunne avslå erstatning under henvisning til en symptomklausul, se blant annet i 2021-1284 og 2024-451. Herværende sak skiller seg fra avgjørelse 2024-451 ved at det i herværende sak er tale om flere og fortløpende konsultasjoner tilknyttet en motorisk utvikling (som nemnda forstår gradvis innebærer et økende avvik fra gjennomsnittlig utvikling ift. alder). Etter hvert (og innenfor symptomperioden) tilkommer også opplysninger om andre forhold, som skjeling og passivitet/slapphet. Slik saken er opplyst for nemnda, er en ikke under den nedre grensen for hvilke innledende symptomer som omfattes av en symptomklausul.

Finansklagenemnda besitter ikke medisinsk kompetanse, og er avhengig av de medisinske sakkyndige vurderingene som partene fremlegger. I denne saken er det kun fremlagt sakkyndige vurderinger fra foretakets rådgivende lege. I sakkyndigvurderingen konkluderes det med at «betydelig sannsynlighetsovervekt for at det er en sammenheng mellom disse tidlige motoriske symptomene [nevnt i notatene i karensperioden, sekr. merknad] og den senere diagnosen [...]». Slik saken er opplyst, har foretaket sannsynliggjort at sykdommen/lidelsen viste symptomer eller tegn før det var gått tre måneder etter at avtalen ble akseptert av forsikringstaker.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).