

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-459

7.5.2025

If Skadeforsikring NUF

Livsforsikring/uføredkninger/pensjon

Super barneforsikring – prematur fødsel – avslag – fal. § 1B-3.

Klager søkte om barneforsikring for datteren. Datteren ble født i uke 31 av svangerskapet, med en vekt på 1429 gram. Foretaket avsto søknaden, og viste til at prematur fødsel kunne gi økt risiko for senskader og forsinket utvikling. Både klager og foretaket fremla studier, artikler og dokumentasjon fra NHV. I skriv fra barnelege ved nemnda for helsevurdering, der de fleste artiklene o.l. ble gjennomgått, fremgikk at barneforsikring bør utstå til fylte 7 år for barn med fødselsvekt under 1500 gram. Saken reiste spørsmål om foretakets avslag på super barneforsikring var saklig begrunnet. Nemnda la til grunn at foretakets begrunnelse for avslag var i tråd med NHVs retningslinjer, og fant at foretaket hadde tilstrekkelig saklig grunn for å kunne kreve lengre observasjonstid av barnets motoriske og kognitive utvikling. Avslaget var saklig begrunnet og nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Klager søkte om barneforsikring da klager var ca. 2 ½ måned gammel. I helseerklæringsskjema ble det blant annet opplyst om prematur fødsel, og at det ikke lenger var noen symptomer eller behov for behandlinger, men at hun fulgte standard oppfølgingsopplegg.

Klager oppsummerte epikriser som følger:

(Barnet) ble født i uke 31 + 3 den (...) med en fødselsvekt på 1 429 gram. Hun var innlagt på (sykehus) i en uke, før hun ble overflyttet til (annet sykehus). Herfra ble hun utskrevet til hjemmet med oppfølging av avansert hjemmesykehus (...) Hun hadde pustestøtte de første ukene etter fødsel. Det var ikke behov for respirator. Hun fikk morsmelk og morsmelkerstatning via sonde frem til (...) (Barnet) har alltid vært helt frisk, og alle undersøkelser, inkludert undersøkelse av øyne og ultralyd av hjernen, viste normale forhold. Hun har aldri hatt behov for antibiotikabehandling.

I utskrivningsnotat fra nyfødt intensiv fremgår:

(...) Forløp: Det var normal barnelegeundersøkelse ved fødsel. Oppholdet på (...) har i all hovedsak dreid seg om umodne lunger, RDS, gulsott og ernæring (...)

Vurdering: Mor PE med foster i seteleie som ble født lett prematurt, ved keisersnitt etter 2 doser celeston, i GA 31+3. IVH og infeksjon ikke påvist. RDS uten behov for invasiv pustestøtte eller curosurf. Lysbehandlet.

Ved us 25/5: Vekt 1360 g, stabil på High-flow 5L/21 % O₂, RF 30-50/min, SpO₂ > 92 %. 3 apnoer siste døgn uten behov for stimulering. HR 150-180/min, våte bleier med urin og avføring (...)

Foretaket avsto søknaden under henvisning til "at barnet var født prematurt/lav fødselsvekt. Dette kan gi en økt risiko for senskader, samt en forsinket utvikling fysisk og psykisk. [...] Du er velkommen til å søke Standard Barneforsikring på nytt når barnet har fylt 18 måneder, Super Barneforsikring kan søkes igjen når barnet har fylt 7 år." Foretaket opplyste også om muligheten til å tegne ulykkesforsikring, som ikke krevde helsevurdering.

Klager klagde på avslaget. I klagen fremgår følgende om barnets utvikling/helsesituasjon:

Avslutningsvis vil vi nevne at (barnet) pr nå, 10 måneder gammel, ikke har vist noen tegn til å være preget av sin tidlige start på livet. Hun har både vekt og høyde tilsvarende 50% av barn som er født til termin på hennes fødselsdato. Sammenlignet med hennes termindato, er hun blant de 85% største. Hun viser aldersadekvat sosial utvikling og motorikk. Det er ingen tegn til avvik eller forsinket utvikling.

Foretaket fremla NHVs retningslinjer, oppdatert i februar 2019, hvor det fremgår at:

Lav fødselsvekt er vekt under 2500 gram. Barn med lav fødselsvekt har en betydelig risiko for å utvikle motoriske/neurologiske og/eller kognitive problemer. Dette har klar konsekvens for barneforsikring. Jo mindre barn, desto større risiko. Jo mindre skade, desto senere kan følgetilstandene manifestere seg.

Videre følger det av retningslinjene at ved vekt under 1500 gram utstår vurdering til fylte 7 år, deretter R13 (Motoriske/kognitive utviklingsforstyrrelser og/eller psykiske lidelser, herunder ADHD/ ADD). Unntaket kan søkes slettet etter at barnet er ferdig med 4. klasse. For vekt mellom 1500-1999 gram utstår vurderingen til gjennomført fireårs kontroll på helsestasjonen, deretter R13.

Foretaket fremla også NHVs bakgrunnsnotat fra november 2011 til "Barn med lav fødselsvekt". Her fremgår:

(...)

Dødeligheten for disse gruppene er gått ned, og mange av de større komplikasjonene er blitt sjeldnere, men i de siste 10 – 20 år er man blitt klar over at mindre motoriske komplikasjoner og kognitive vansker ikke er sjeldne. Et problem er at mindre følgetilstander ofte ikke er erkjennbare i de første leveår, men først erkjennes i skolealder.

Betydelig prematur fødsel er oftest forbundet med forhold hos moren, men følgen for barnet er risiko for hjerneblødning/hjerneskada, lungesvikt og øyeproblemer, hvilket kan gi betydelige problemer for dem som overlever.

Lav fødselsvekt i forhold til forventet kan ha sin forklaring ved forhold så vel hos moren som hos fosteret. Disse barna har risiko for peri-/neonatale komplikasjoner og utvikling av neurologiske komplikasjoner som cerebral parese og andre følgetilstander (Henriksen og Clausen 1997, Evensen 2010)

Det foreligger en rekke oppfølgingsstudier, både nasjonale og internasjonale, av disse barna.

Et problem er at studiene har forskjellige inklusjonskriterier, f.eks grad av prematuritet, og ulik oppfølgingstid, f. eks i 10 eller 20 år.

Imidlertid er det generelle inntrykk at det er stor likhet mellom studiene, og NHV har valgt å basere sine forslag på utvalgte norske og noen få sentrale internasjonale studier. NHV har også skjønnsmessig valgt å basere fødselsvekt som basis for vurderingen siden de psykomotoriske følgetilstandene stort sett er de samme for premature barn og SGA-barn

Videre ble det i bakgrunnsnotatet også vist til studier som ga uttrykk for at det ved 14 års alder var større risiko for CP, motoriske problemer, lav IQ og psykisk diagnose for barn som ved fødsel veier under 1500 gram, (VLBW - very low birth weight), og for SGA-barn (small for gestational age/lette i forhold til svangerskaps alder ved fødsel). Samt at det var større risiko for lav IQ og hjelpeundervisning for 20-åringer som var født med fødselsvekt under 1500 gram.

I skriv fra barnelege i Nemnda for helsevurderingen ble de fleste av artiklene, dokumentasjonen fra NHV o.l. gjennomgått. Barnelegen vurderte at retningslinjene er basert på norsk data, og at dette i stor grad samsvarer med nyere utenlandske studier. Videre siteres:

Definisjonen på en prematur fødsel er at den skjer før 37 hele uker av svangerskapet. Den videre inndeling er vanligvis basert på svangerskapets lengde. Barn som fødes før uke 35 innlegges vanligvis i nyfødintensiv avdeling, barn født i uke 32-34 vil ha noe ekstra overvåkning og kan trenge noe pustestøtte, barn født i uke 27-31 vil ofte trenge pustestøtte og gjerne ernæring gjennom sonde mens barn født etter kortere svangerskap betegnes som ekstremt premature og vil trenge kortere eller lengre tid med intensivbehandling.

I NHV er det valgt å dele de premature barna etter fødselsvekt der den mest premature gruppen vil ha vekt under 1500g. Dette tilsvarer en svangerskapslengde på under 32 uker. Grunnen til dette er å få med barn

som er for små i forhold til svangerskapets lengde (Finken MJJ et al. Children born small for gestational age: differential diagnosis, molecular genetic evaluation, and implications, Endocr Rev, 39: 851-94, 2018).

Å inkludere alle barn med kortere enn 32 ukers svangerskapslengde eller "very preterm born children" er ikke uvanlig når det gjelder forskning i dette feltet (Twilhaar ES et al. Cognitive outcomes of children born extremely or very preterm since the 1990s and associated risk factors. A metaanalysis and meta-regression, JAMA Pediatrics 172:361-7, 2018) selv om de medisinske problemene ikke nødvendigvis korrelerer med svangerskapets lengde. Det finnes imidlertid mest litteratur vedrørende ekstremt premature barn, dvs barn født etter mindre enn 27 ukers svangerskap. I denne gruppen har det skjedd en klar bedring av resultatene når det gjelder de vanligste komplikasjonene som nekrotiserende enterokolitt, infeksjoner, hjerneblødning, prematuritets retinopati og bronkopulmonal dysplasi, men nevrologiske utviklingsproblemer var dessverre ennå ganske vanlige (Bell EF et al. Mortality, in-hospital morbidity, care practices, and 2-year outcomes for extremely preterm infants in the US, 2013-2018, JAMA 327:248-63, 2022).

Det er den nevrologiske utviklingen som henger etter hos de premature barna. Det gjelder antakelig alle barna som blir født prematurt. Dette er konklusjonen i en fransk studie publisert i 2021 (Pierrat V et al. Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIAGE-2 cohort study, BMJ 372:n741, 2021). Forskningsaktiviteten på dette området er økende ikke minst fordi det ikke er klart hvorfor dette viktige området i barnets utvikling, ikke følger med den ellers positive trenden når det gjelder omsorgen for premature barn, se ellers Inder TE, Volpe MD, Anderson PJ, Defining the neurologic consequences of preterm birth. N Engl J Med, 389: 441-53, 2023.). En viktig konsekvens av dette er at ADHD/ADD er hyppigere hos premature barn enn terminfødte (Ask H, et al, Association of gestational age at birth with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorders in children, JAMA Pediatr 172:749-56, 2018). Her er barna undersøkt ved 5- og 8-års alder. Denne undersøkelsen er norsk. Vårt land har et oversiktlig helsevesen slik at oppfølgingsstudier/ registerstudier på dette området er mulige å gjennomføre. En slik viktig norsk studie som riktignok nå er 15 år gammel, men den tar for seg viktige aspekter (cerebral parese, psykisk utviklingshemming, mottar uføretrygd og andre) i voksenlivet for de barna som ble født premature (Moster D, Lie RT, Markestad T, Long-term medical and social consequences of preterm birth, N Engl J Med, 359: 262-73, 2008).

Når det gjelder barn med lav fødselsvekt så har det vært en stor positiv utvikling gjennom de siste 20- 30 årene, men dessverre så henger den nevrologiske utviklingen etter.

Frem til barnet er fylt 7 år er det for mange mulige komplikasjoner til at risiko kan avgrenses på en god måte med reservasjon, og barneforsikring bør følgelig utstå til fylte 7år for barn med fødselsvekt under 1500g.

Fra fylte 7 år og til ferdig med 4. klasse, bør reservasjonen R13 motoriske/kognitive utviklingsforstyrrelser og/eller psykiske lidelser, herunder ADHD/ADD brukes i risikovurderingen.

Klager har i det vesentlige anført at vilkårene for å fravike kontraheringsplikten ikke er oppfylt, slik at klager skal gis anledning til å kjøpe Super Barneforsikring. Det vil være stor forskjell på et barn født i uke 25 og et barn født i uke 31. På samme måte er det stor forskjell på et barn med fødselsvekt på 900 gram og et barn med fødselsvekt 1429 gram. Foretaket må fremlegge dokumentasjon som er relevant for dette barnet, altså lett prematur med fødselsvekt over 1400 gram. Nemnda for helsevurdering har samlet alle barn under 1500 gram i en gruppe, men dette er for vidt/omfatter en for stor og heterogen gruppe. Dette da risikoen synes å øke med graden av prematur fødsel og lavere vekt.

Videre har behandling og oppfølging av premature barn utviklet seg drastisk de siste 30 årene, med den følge at de medisinske konsekvensene for barna har blitt sjeldnere og mindre alvorlige, jf. blant annet NHV. Forskning skrevet for 20 år siden, basert på medisinsk behandling utført for 30 – 40 år siden, kan ikke benyttes til å slå fast med tilstrekkelig sikkerhet hvilken risiko dagens premature har for psykomotoriske følgeskader. Foretaket har markert i gult på s. 265 i Moster D et al hvor det konkluderes med risiko for bl.a. cerebral parese, psykisk utviklingshemming og blindhet. Klager forstår både Nemnda for helsevurdering og de øvrige studier slik at dette nettopp er eksempler på medisinske tilstander de premature barna ikke lenger er i forhøyet risiko for å få.

Dokumentasjonen foretaket har fremlagt, omfatter heller ikke vurderingen av i hvilken grad konsekvensene av prematur fødsel har påvirket barnas ervervsevne. Det som er fremlagt, synes å

tilsi at det ikke er noen statistisk signifikant forskjell for barn født i uke 31 enn barna født til termin noe som fremgår i tabell 3 på s. 270 for barn født i perioden 1967-1983.

Foretaket har også unntatt alle F-diagnoser (bortsett fra schizofreni) i vilkårene til Standard Barneforsikring, jf. pkt. 6.1.1. Følgelig synes risikoen å være eliminert i vilkårene. Super barneforsikring har ikke slike unntak, men her kan selskapet ta unntak på bakgrunn av helseerklæringen.

Basert på Finken MJJ et al. Children born small for gestational age: differential diagnosis, molecular genetic evaluation, and implications, Endocr Rev, 39: 851-94, 2018, anføres at observasjonstiden (hhv. 18 mnd. og 7 år for standard og super barneforsikring) går lenger enn nødvendig. Oppsummert knyttes nevrologiske utfordringer til barn som forblir korte. Under langtidskonsekvenser har selskapet markert i gult første avsnitt under overskriften "Neurodevelopment". Avsnittet er en gjengivelse av en svensk studie fra 2001, som ikke er vedlagt, men sentralt er at den knyttet dårlige intellektuelle resultater til manglende "catch-up growth", altså de barna som ikke tok igjen normal vekt og høyde. Samme avsnitt viser til at barn som forble korte hadde langtidsutfordringer knyttet til lavere IQ, dårligere skoleprestasjoner og dårlig oppførsel. Klager leser studien som at premature barn som tar igjen veksten tilsvarende terminfødte barn, bør tilbys forsikring da det er de barna som ikke tar igjen normal vekst som har økt risiko for kognitive utfordringer. Barnet tok igjen vekt og lengde tilsvarende andre barn født på hennes termin dato innen 6 måneder. Ca. 9 mnd. etter fødsel var hun på 50 persentilen for barna med termin dato på hennes fødselsdag. Hun var da helt gjennomsnittlig for et barn med termin på dagen hun ble født, altså barn 9 uker eldre i gestasjonsalder.

Videre er det vist til at det i studien til Inder et al er vist til at barn født før uke 32 i gjennomsnitt har 11-12 poeng lavere IQ. De aller fleste premature barn vil fremdeles ha IQ godt innenfor normalområdet. Unntaket er muligens de svært premature barna, men også her vil arv og sosiokulturelle forhold formodentlig spille en større rolle enn fødselsuke. Formodentlig kan ikke forsikringsselskapet nekte å selge forsikring til mennesker med lav IQ, men som ikke faller inn under kategorien psykisk utviklingshemmet.

Samlet har foretaket ikke i tilstrekkelig grad dokumentert at prematur fødsel/lav fødselsvekt medfører en markant økt risiko for medisinsk invaliditet og uførhet, i den grad at det skal gis et avslag. Den merrisiko som følger av prematur fødsel, som ikke allerede er unntatt i vilkårene, kan fanges opp med reservasjon.

Klager har for øvrig kommentert øvrige svakheter ved artiklene.

Foretaket har i det vesentlige anført at det foreligger "saklig grunn" for å avslå forsikringen, jf. fal. § 1B-3. Statistikken og dokumentasjonen viser at det foreligger forsikringsmessig overrisiko – "særlig risiko", jf. § 1B-3, 2. ledd – for forsikringstilfellets inntreden ved prematur fødsel/lav fødselsvekt. Dette støttes av NHVs retningslinjer som er bygget på analyser og studier. Det fremlagte materialet viser at omfang og spredning av mulige senskader er stort. Det ligger i sakens natur at det tar lang tid før bedring i behandling kan dokumenteres som bedring i all risiko for senskader, ut over de nevrologiske og psykiatriske. Det finnes ikke andre og bedre undersøkelser tilgjengelig, som viser noe annet utfall enn de som NHV har vist til. NHV har som kjent gjennomgått forskningen på dette området, og det er gjort en særskilt vurdering i tilknytning til nærværende sak. NHV finner at det særlig er nevrologiske senskader som dominerer nå. Det betyr imidlertid ikke at andre senskader er helt eliminert. Nevrologiske senskader er en sammensatt gruppe. For eksempel vil nedsatt syn og hørsel komme inn under dette. Det kan ta flere år å avklare om for tidlig fødte barn har nedsatt syn og hørsel. Det er vanskelig å lage god nok reservasjon, som avgrenser risikoen tilstrekkelig. Barnelegen i NHV har redegjort for hvorfor de

har plassert barn fra 1500 gram og lavere i samme gruppe. Dette er blant annet fordi studier fra universitetet baserer seg på samme inndeling. Selv om det naturlig nok er variasjoner innenfor en slik gruppe, er det fortsatt en riktig inndeling.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretakets avslag er saklig begrunnet, jf. fal. § 1B-3.

Innledningsvis bemerkes at denne saken gjelder det første avslaget på søknad om Super barneforsikring – søknad datert 4.8.23. Forskjellen mellom sakene består dels i at referansetidspunktet er forskjellig, ettersom det er helsetilstanden på søknadstidspunktet som vurderingen skal baseres på. Dels er forskjellen at denne saken gjelder et totalt avslag på søknad om barneforsikring, mens det i avgjørelse 2025-460 kun er tale om et begrenset avslag – altså avviket mellom standarddekningen og superdekningen (som i realiteten innebærer at færre unntak kommer til anvendelse på uførekapitalen, og at det er inntatt en dekning for uførepensjon/uførerente).

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. FinKN-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 medisinskfaglig 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 risiko.

Spørsmålet er om foretaket har sannsynliggjort at klagers datter med sin sykdomshistorikk og helsetilstand tilhører en gruppe med markert økt risiko for at et forsikringstilfelle vil inntreffe, slik at foretaket har saklig grunn til å avslå forsikringssøknaden.

Nemnda har nøye vurdert den fremlagte medisinske dokumentasjonen, og legger vekt på at det i denne saken er tale om et prematurt født barn, som kun er om lag tre måneder på søknadstidspunktet. Foretakets begrunnelse for avslag ligger godt innenfor NHVs retningslinjer, og sett i lys av dokumentert medisinsk viten om sammenhengen mellom prematur fødsel og utviklingsforstyrrelser, mener nemnda at det klart er saklig grunn for å kreve en lenger observasjonstid av barnets motoriske og kognitive utvikling, og at foretaket kan avslå forsikringssøknaden ved tre måneders alder.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), Trine Almås (bransjerepresentant - medisinsk sakkyndig), Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant) og Pål Wiik (forbrukerrepresentant - medisinsk sakkyndig).