

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-492

15.5.2025

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – tegning – uriktige opplysninger – lungekreft – avkortning – oppsigelse – fal. §§ 13-1a, 13-2 og 13-3.

Forsikringstaker fylte 14.12.23 ut helseerklæringsskjema i forbindelse med tegning av barneforsikring. Han svarte bl.a. ja på plager knyttet til tørr hud og eksem, og nei på spørsmål om mistanke om, undersøkelse av, eller behandling for annen sykdom. Det ble ikke opplyst om at forsikrede hadde vært slapp og blek i lang tid før tegning, og at blodprøver hadde gitt grunnlag for innleggelse på sykehus på tegningsdagen. Etter utfyllingen av helseerklæringen ble forsikrede diagnostisert med lungekreft. Foretaket avsto krav med henvisning til grov uaktsom forsømmelse av opplysningsplikt ved tegning, og sa opp forsikringen med 14 dagers varsel. Saken reiste spørsmål om foretaket hadde sannsynliggjort at det forelå grov uaktsomhet ved tegning, og om det derfor kunne avkorte ansvar med 100 %, samt si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Nemnda viste til at da forsikringen ble tegnet, var forsikrede under utredning for en potensiell alvorlig sykdom. Forsikringstaker hadde dermed gitt objektivt uriktige opplysninger ved tegningen. Dette var grovt uaktsomt. Forsikringstaker unnlot også å ettersende informasjon om mulig tumor som han fikk 2 timer etter at forsikringen ble tegnet. Den grove uaktsomheten ble ansett å ligge i øvre sjiktet og nemnda hadde ingen innvendinger til foretakets avkortning på 100 %. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker tegnet «standard barneforsikring» for barnet sitt (ca. 6 år) 14.12.23. Det ble fylt ut helseerklæringsskjema samme dag, med bankID-signering kl. 19:49.

Helseinformasjon før utfyllelse av helseerklæringsskjema 14.12.23

I fastlegejournal 11.12.23 fremgår at forsikrede spiste lite, og nylig hadde fått rykninger i høyre ankel. Forsikrede var undervektig grad 1, blek, og det ble tatt blodprøver.

Den 13.12.23 noterte legen «Kfr. barnelege og ser samtidig at etterbestilt CRP i går var 99. Normal diff. Ringer mor og avtaler kontroll her i dag. [...]»

I journal senere samme dag er det notert:

Anamnese Mor forteller at alle hjemme har hatt ØLI med hoste og [forsikrede] har hatt litt gult ekspektorat. Litt vondt i hodet.

[...]

Tiltak Kfr vakthavende barnelege [...] Rtg thorax for å utelukke basal pneumoni. Ellers er det (...) vi behandler og ikke CRP.

Info til mor om jern nå og rtg thorax i dag eller i morgen og rekontakt lege hvis mer slapp.

Røntgen 13.12.23 viste: «R: Rund velavgrenset fortetning ved høyre midtlapp, mulig bronkogen cyste, CT evt MR kan vurderes ved utredning. Pneumoniuspekt fortetning høyre underlapp. Se tekst».

I legevaktnotat 13.12.23 (kl. 18:26) er det oppført: «Diagnose/operasjonskoder: Feber (A03) Epigastriet smerte (D02) Lungebetennelse (R81) Tiltak Hun hadde IKKE feber; Far gikk feil etter røntgenbilder var tatt Skulle gått i akutt-mottak.»

I journal 14.12.23 kl. 19:13 ble det notert:

Ringer vakthavende barnelege. Han anbefaler at de ser på henne og at jeg melder i mottak. Tiltak: Ringer mor og forklarer funn og anbefalt oppmøte i akutt-mottak

Diagnose Hoveddiagnose: unormalt funn billeddiagnostikk IKA A91

Bidiagnose: Pneumoni INA R81

Bidiagnose: Undervektig INAT08

Bidiagnose: Jernmangelanemi B80

I innsomstnotat sykehus 14.12.23 fremgår under innleggelsesårsak: «Oppfylning høyre lunge». Under «Aktuelt» står det at forsikrede:

har ifølge foreldrene virket slapp noen måneder. Hostet siste måneden, slimtilblandet, gulig på farge. Spist dårlig, men er generelt småspist.

Var i [...] i helgen, klaget over at (...) var sliten.

Tilsett av fastlege i går. Påvist jernmangelanemi med Hb 9,5. MCH 21. Transferrinmetning 5 %.

Oppstart jern mikstur. CRP 99 uten sikker agens.

Fastlege rekvirerte rtg thorax som viser rund velavgrenset fortetning ved høyre midtlapp, usikker etiologi.

Innlegges barneavdelingen for ytterligere utredning.

Forsikrede ble innlagt for ytterligere utredning, og legen bestilte «CT thorax med kontrast, samt orienterende blodprøver inklusiv tumormarkører».

CT 14.12.23 viste «R: Stor solid lesjon i høyre lunge».

I telefonjournalnotat fra konfererende sykehus 14.12.23 (etter samtale med behandlende sykehus) fremgår opplysninger om funn på CT og røntgen, og ønske om vurdering hos det aktuelle sykehuset. Det ble avtalt at onkolog skulle ta kontakt dagen etter.

Utfyllelse av helseerklæringsskjema 14.12.23 kl. 19:49

I helseerklæringsskjemaet svarte forsikringstaker «ja» på spørsmålet om «Luftveislidelser, allergier, eksem o.l». Det ble svart «nei» på spørsmålet om «Lungebetennelse», og følgende spørsmål:

Jeg har gått igjennom listene over, og bekrefter at barnet ikke har eller har hatt noen av nevnte sykdommer/lidelser/skader

Nei (ikke valgt)

Har barnet blitt undersøkt eller behandlet for annen sykdom, skade, plage, problem eller symptom (fysisk eller psykisk) som ikke tidligere er nevnt i skjemaet?

Nei

Er det mistanke om sykdom (fysisk eller psykisk), eller er det anbefalt/planlagt fremtidige undersøkelse/behandling/operasjon, ut over det som er nevnt tidligere i skjemaet? Gjelder også henvisning til fysioterapeut og PPT hvor behandling eller utredning ikke er igangsatt.

Nei

Ifm. utfyllelsen erklærte forsikringstaker «at opplysningene er så fullstendige og nøyaktige som mulig [...]».

Etter tegningen

I epikrise etter innleggelse sykehus fra 14.12 til 15.12.23 fremgår diagnosen: «D48.9 Svulst med usikkert/ukjent malignitetspotensial, uspes. / I lunge».

I telefonnotat 15.12.23 fremgår at barneonkologer var «enige om at dette er en tumor», og de ønsket biopsi. Videre at legen «ringer direkte til foreldre for å informere og avtale».

I journalnotat fra konfererende sykehus 15.12.23 fremgår «Tumor i høy hemithorax, i. underkant av 6 x 6 cm [...] Stabile forhold og vært permet hjem. Diffuse symptomer, slapp, orket mindre enn vanlig, ikke resp påvirket. [...] Snakket med foreldrene i kveld som naturlig har mange spørsmål, men virker å føle seg greit ivaretatt. De tar kontakt med [bostedssykehuset] ved økende symptomer eller plager».

I epikrise etter innleggelse sykehus 14.2.24 til 21.2.24 fremgår at det ble tatt «CT veiledet biopsi 21.12.23. Patologisvar forenelig med variant av inflammatorisk myofibroblastisk tumor». Hun ble operert 15.2.24.

I skademelding 16.2.24 opplyste forsikringstaker om «Sjelden lungekreft av typen IMT. Hun er blitt operert og fjernet deler av høyre lunge». På spørsmål om første tidspunkt for symptomer, ble det opplyst at forsikrede:

har vært bleik og tynn i lang tid. Mistenkte lungebetennelse pga høy CRP og lavt jern hos fastlege. Tilfeldigvis oppdaget svulst når røntgen bilde ble tatt. (Forsikrede) fikk diagnose lungekreft av type IMT i slutten av januar.

Foretaket avsto kravet 7.5.24, under henvisning til grov uaktsom forsømmelse av opplysningsplikten ved tegning av forsikringen, jf. fal. § 13-1 og 13-2. Foretaket sa også opp forsikringen med 14 dagers varsel, jf. fal. § 13-3. I avslaget fremgår:

Den 25. april 2024 ble det så gjennomført en samtale med dere begge. Da kom det frem at du først ble gjort kjent med funn på CT rundt kl 21:00 den 14. desember 2023. Det ble da opplyst at mor ... hadde ringt deg opp og at du via høyttaler ble informert om prøvesvar fra lege på sykehuset. Helseerklæringen ble fylt ut og signert kl 19:49 samme dato. På oppfølgingsspørsmål fra foretaket på hvorfor det ble besvar "nei" på spørsmål i helseerklæringen som omhandlet om [forsikrede] var under utredning eller var anbefalt undersøkelse, så svarte du at du mente dette kunne være fordi (forsikrede) ikke hadde fått påvist noen lungebetennelse som du hadde oppfattet at (forsikrede) var til undersøkelse for.

I klagen av 6.8.24 lagde forsikringstaker følgende tidslinje:

Mistanke om lungebetennelse: 14 Desember
Tegning av forsikring: 14 Desember, kl 19.49
Beskjed om mulig svulst: 14 Desember, ca. kl 22
Kreftdiagnose: 20 Desember
Operert: 21 Februar
[...]

I oversendelse 9.9.24 opplyste forsikringstaker at de ikke ble orientert om funnene på røntgen eller CT før tegningstidspunktet.

Ingen forteller verken meg eller min kone at man har funnet en klump som muligens er en "bronkogen cyste". Jeg fikk heller ikke se røntgenbildene, som jeg heller ikke spurte om. Dette er intern informasjon mellom helsepersonell. Ordene "cyste/kreft" får vi høre etter at [sykehuset] har vurdert bildene (kveld, 14 des.), som er etter helseerklæringen er sendt inn (kveld, 14 des.).

Foretaket klargjorde 13.11.24 hvordan en forsikringssøker får opp flere spørsmål om hen trykker bekreftende på et overordnet spørsmål i helseerklæringen:

Når det gjelder utfyllingen av helseerklæringen i denne saken, er det korrekt at klagers far svarte ja på "Luftveislidelser, allergier, eksem ol". Et ja-svar gjør at man må besvare noen underspørsmål, som også fremgår av helseerklæringen, se de påfølgende spørsmål i bilag 3 til tilsvaret. På disse spørsmål svarte klagers svar nei på alle unntatt tørr hud og eksem. Dette ga intet grunnlag for individuell oppfølging av helseerklæringen på dette punktet. [...]

Forsikringstaker har i det vesentlige anført at det ikke foreligger grunnlag for avkortning eller oppsigelse av forsikringen. Forsikringen ble tegnet 2 timer før beskjeden om at en mulig lungebetennelse sannsynligvis var en kreftsvulst. Spørsmålene foretaket viser til har en

begrensning idet det vises til forhold «som ikke tidligere nevnt i skjemaet». Tidligere i skjemaet besvarte forsikringstaker en rekke ja-nei spørsmål om sykdommer, inkludert lungebetennelse. Det ble svart «nei» på spørsmål om forsikrede har lungebetennelse, fordi det ikke var mulig å svare «kanskje». Forsikringstaker svarte også «nei» på de siste spørsmålene, i god tro, siden «lungebetennelse» var et eget punkt i helseerklæringen som forsikringstaker allerede hadde besvart og «som er tidligere nevnt i skjemaet», før de siste spørsmålene kommer. Helseerklæringen manglet altså muligheten for usikre svar. Forsikringstaker vet ikke hva eller hvor foretaket mener man burde ha svart på spørsmålene for å ha fylt det ut rett med den informasjonen som var tilgjengelig på tidspunktet. Det var mistanke om lungebetennelse, men forsikringstaker visste ikke sikkert om dette var tilfelle. Helseerklæringen manglet også muligheten for å sende inn fritekst eller andre kommentarer som kunne nyansere ja-nei spørsmålene.

Å være slapp, blek og ha forhøyet CRP tyder på en eller annen sykdom. Forsikringstaker, som far til flere barn, har hørt denne beskjeden flere titalls ganger. Slike beskjeder medfører ikke grunn til bekymring, og hører med en normal barndom. I verste fall må man ta antibiotika for å bli frisk. Er informasjonen «forhøyet CRP, blek og tynn» nok til å få avslag på barneforsikring? Blir barn med forkjølelse nektet barneforsikring? Tvilstomt. Det er videre spekulativt av foretaket å mene at inngåelsen av forsikringsavtalen synes å være en følge av utredningen. 3 av hans 4 barn har barneforsikring inngått på diverse tidspunkt, og derfor ønsket han å tegne også for forsikrede. Forsikringstaker tegnet altså barneforsikring siden han kom på at forsikrede manglet barneforsikring, men innser at tidspunktet kan vekke mistanke.

Foretaket har i det vesentlige anført at det foreligger grovt uaktsomt brudd på opplysningsplikten ved tegning, slik at det kan avkorte erstatningen med 100 % og si opp forsikringen med 14 dagers varsel, jf. fal. §§ 13-1a til 13-3. Tatt i betraktning det undersøkelsesregime barnet hadde vært og var i på tegningstidspunktet, har foretaket vanskelig for å se at det var riktig å svare nei på spørsmålene som er ment å fange opp undersøkelser og behandlinger som det ikke tidligere er spurt om, samt om det generelt foreligger «mistanke om sykdom». Spørsmålene i helseerklæringen er konkret utformet, og åpner ikke opp for tolkning. Det fremgår også innledningsvis i helseerklæringen at spørsmålene skal besvares så fullstendig og nøyaktig som mulig. Opplysningene om den forsikredes daværende situasjon, anses av foretaket som betydningsfulle for å kunne vurdere sin risiko. Hadde foretaket fått opplysninger om den aktuelle situasjonen, ville ikke forsikringen blitt godkjent. Far som har relevant doktorgrad, fylte altså ut helseerklæring mens barn og mor var på sykehuset for nye bilder og undersøkelser etter å ha blitt henvist dit. Han har erkjent at det var «mistanke om sykdom», men at han ikke var bekymret. Spørsmålet var ikke om han var bekymret, og det skal opplyses om all sykdom man har mistanke om. Inngåelsen av forsikringsavtalen synes å være en følge av utredningen.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretaket har sannsynliggjort grov uaktsomhet ved tegning av barneforsikring, jf. fal. §§ 13-1 a og 13-2, og om foretaket derfor kan avkorte sitt ansvar med 100 %, samt om foretaket kunne si opp forsikringen med 14 dagers varsel, jf. fal. § 13-3.

En forutsetning for at foretaket kan påberope at forsikrede grovt uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen, 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 at det kan påberope seg bevisst uriktige opplysninger, jf. ordlyden til bestemmelsen i fal. § 13-13 annet ledd annet punktum, jf. nemndsavgjørelsene FinKN-2017-552 og FinKN-2012-257. 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. En anførsel om svik eller grov uaktsomhet er en alvorlig beskyldning, som tilsier at foretaket må ha forsvarlig beslutningsgrunnlag for sin beslutning, jf. avgjørelse FinKN-2017-552. 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 avslo foretaket forsikringskravet i underkant av tre måneder etter framsatt krav. I denne perioden har foretaket etter nemndas oppfatning hatt tilstrekkelig fremdrift, og nemnda anser at foretaket har gitt beskjed uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13.

Det neste spørsmålet nemnda tar stilling til er om forsikringstakers forsømmelse ved utfyllingen av helseerklæringen kan karakteriseres som grov uaktsom. Bestemmelsen i fal. § 13-2 første ledd fastsetter at dersom forsikringstakeren har «svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a», så vil foretaket være uten ansvar. Av § 13-2 annet ledd følger det at forsikringsforetakets ansvar kan settes ned eller falle helt bort om forsikringstaker ellers har forsømt opplysningsplikten, såfremt det ikke er bare lite å legge vedkommende til last. Er forsikringstaker/ forsikrede mer enn bare lite å laste for de uriktige opplysningene, kan forsikringsforetaket si opp forsikredes dekninger, jf. § 13-3.

Bestemmelsen i fal. § 13-1 a første ledd fastsetter at foretaket ved tegning av forsikring kan be om opplysninger som har betydning for vurderingen av foretakets risiko. Etter annet ledd plikter forsikringstaker å gi «riktige og fullstendige svar» på foretakets spørsmål. På foretakets oppfordring skal forsikringstakeren dessuten «gi opplysninger om særlige forhold» som forsikringstaker «må forstå er av vesentlig betydning» for foretakets vurdering av risikoen. Nemnda har tidligere påpekt at det sentrale i opplysningene som etterspørres, er at de skal danne grunnlag for foretakets risikovurdering. Dette formålet vil derfor stå sentralt ved tolkningen av de enkelte spørsmål og svar, ved vurderingen av om opplysningsplikten objektivt sett er forsømt og ved vurderingen av subjektiv skyld, jf. FinKN-2015-397, FinKN-2012-228, FinKN-2022-1043 og FinKN-2023-736.

Det er foretaket som må bevise at forsikringstaker har handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988–1989) s. 88, samt bl.a. FinKN 2020-460 og FinKN 2020-532. Nemnda legger til grunn at bevisskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet lik den som gjelder for svik, og som er klar sannsynlighetsovervekt både for spørsmålet om det for ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59.

Slik saken er opplyst for nemnda, finner nemnda det tilstrekkelig bevist at forsikringstaker svarte objektivt uriktig på spørsmålene om undersøkelse og mistanke. Spørsmålene er vidt formulerte, men nemnda kan ikke se at problemformuleringene er til å misforstå. Det spørres ikke kun om undersøkelse av sykdom, men også skade, plage, problem eller symptom. Videre spørres det om mistanke og om anbefalte eller planlagte fremtidige undersøkelser. Den medisinske dokumentasjonen som foreligger per tegningstidspunktet viser utredning opp mot et potensielt alvorlig klinisk bilde, og det var derfor objektivt sett uriktig å svare nei på spørsmålene om undersøkelser og mistanke.

Neste spørsmål er om forsikringstaker ved objektivt sett å gi uriktige opplysninger om forsikredes (barnets) helse ved tegning, har utvist grov uaktsomhet. Grov uaktsomhet forutsetter et markert avvik fra vanlig forsvarlig handlemåte.

Nemnda legger til grunn at forsikringstaker må ha forstått at dette var forhold som ville være av betydning for foretakets vurdering av barnets helse ved tegningen, og anser det som grovt uaktsomt av forsikringstaker ikke å opplyse om disse plagene. Nemnda bemerker at forsikringstaker har unnlatt å ettersende utfyllende informasjon om mulig tumor, som er informasjon forsikringstaker opplyser å ha fått ca. to timer etter utfylling av helseerklæring. Nemnda anser den utviste grove uaktsomheten for å ligge i helt øvre sjikt.

Det følger av fal. § 13-2 annet ledd at foretakets ansvar kan settes ned dersom forsikringstaker ga uriktige opplysninger, og er mer enn lite å laste. Avkortningsregelen er skjønnsmessig. Det vil si at det er opp til nemndas skjønn å fastsette hva som er korrekt avkortning i den konkrete saken. Avkortningen kan være fra 0 til 100 % av erstatningsbeløpet. Ved avgjørelsen følger det av bestemmelsens tredje ledd at det skal «tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for forsikringsforetakets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers», jf. tredje ledd.

Nemnda ser først på «hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen», jf. tredje ledd. Det legges her opp til en pro rata-tankegang: Hva ville selskapet ha gjort dersom det hadde kjent til det rette forholdet: overhodet ikke ha inngått noen avtale, eller inngått en avtale med annet innhold, altså inntatt en reservasjon? Som påpekt av Wilhelmsen, er pro rata-avkortning ved gale opplysninger hentet fra tidligere fal. 1930 § 6, og grunntanken er at forhold som ikke har hatt noen betydning for risikovurderingen, heller ikke bør føre til noen avkortning (Wilhelmsen, «Feil i egenerklæringsskjema ved salg av bolig som forsikringsrettslig innsigelse», Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og trygderett 2018 nr. 4, s. 173 flg.). Momentet må som nevnt sees i sammenheng med utgangspunktet for opplysningsplikten, som skal gjelde forhold som har betydning for risikovurderingen. Foretaket har opplyst at det ikke ville ha godkjent forsikringen ved korrekte opplysninger, og nemnda ser ingen grunn til å betvile det, jf. § 13-4. De uriktige opplysningene har altså medført at forsikringstaker har fått tegne en forsikringsavtale som foretaket ikke ville inngått, dersom foretaket fikk korrekt informasjon. Feilens betydning for risikovurderingen tilsier at det i denne saken skal avkortes.

Formuleringen «skadeforløpet» er uttrykk for et krav om årsakssammenheng mellom det forhold som det er gitt uriktige opplysninger om og den inntrådt skaden. I denne saken tilsier skadeforløpet at det skal avkortes.

Grov uaktsomhet er et moment som i seg selv tilsier avkortning. Nemnda har kommet til at forsikringstaker var svært grovt uaktsom, da han ga uriktige helseopplysninger om forsikrede.

Hva gjelder «forholdene ellers» har nemnda tidligere pekt på at avkortning under barneforsikring fordi forsikringstaker (typisk foresatte) grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger om et forhold som ikke står i sammenheng med forsikringstilfelle (her forsikrede barns uførhet), kan føre til urimelige økonomiske konsekvenser for forsikrede barn, jf. 2023-736. I denne saken stiller dette seg annerledes fordi foresatte i tegningssituasjonen grovt uaktsomt har gitt uriktige opplysninger som har medført at forsikrede har fått en forsikringsavtale som ellers ikke ville vært inngått, slik tilfellet også var i 2024-448. I en situasjon hvor de tilbakeholdte opplysningene har hatt betydning for foretakets vurdering av risiko i relasjon til det senere oppståtte forsikringstilfellet, i den forstand at risikoen i tilknytning til de uriktige opplysningene har materialisert seg, fremstår ikke forsikringen som en «felle» for et forsikret barn fordi forsikringsavtalen ikke ville vært inngått gitt korrekte opplysninger. Avkortning kan derfor ikke sies å føre til urimelige økonomiske

konsekvenser for forsikrede barn.

I tidligere nemndspraksis fra personforsikring har en i saker hvor forsikringstaker har utvist grov uaktsomhet, og forsikringstilfellet skyldes et forhold som det ikke er opplyst om, og forholdet ville hatt betydning for selskapets risikovurdering, typisk avkortet mellom 70-100 %. Foretaket har avkortet 100 %. Nemnda har ingen innsigelser til foretakets avkortningsprosent.

I medhold av forsikringsavtaleloven § 13-3 første ledd kan foretaket si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Finansklagenemnda kan ikke overprøve foretakets utøvelse av denne retten, jf. avgjørelse 2021-638.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant), og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).