

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-209

19.5.2025

Frende Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

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

Klager ble diagnostisert med kreft i 2013. Han var ferdigbehandlet i 2015, og ble fulgt opp med årlige kontroller frem til 2021. I helseerklæring tilknyttet søknad om dekning for kritisk sykdom av 2024 opplyste han om tidligere kreftsykdom. Foretaket avslo søknaden med henvisning til kreftsykdommen. NHV vurderte at det forelå betydelig risiko for både arbeidsuførhet og for kritisk sykdom. Foretakets rådgivende lege vurderte at reservasjon ikke kunne benyttes for å begrense risikoen fordi spekteret av senskader var omfattende, og årsakssammenhengene var ofte uklare. Saken reiste spørsmål om foretakets avslag var saklig begrunnet. Nemnda uttalte at vurderingen av om avslag på tegning av kritisk sykdomsforsikring var saklig måtte bero på om forsikrede hadde en markert økt risiko for en eller flere av de opplistede sykdommene/ tilstandene. Foretaket hadde fremlagt dokumentasjon som underbygget økt risiko for en rekke diagnoser, men foretaket hadde ikke fremlagt dokumentasjon på at det også var økt risiko for hver og en av de øvrige diagnosene. Foretaket hadde derfor ikke saklig grunn til å avslå forsikringen i sin helhet. Nemnda ga forsikrede delvis medhold.

Saksfremstilling

Klager ble «diagnostisert med T-ALL i mai 2013.

Han ble behandlet med HR-induksjonskemoterapi med oppstart 30.5.13.

Han var ferdigbehandlet i november/ desember 2015. Han var ikke blitt behandlet med stråling.

Klager ble videre fulgt opp med årlig kontroller som ble avsluttet i omtrent oktober 2021.

Av poliklinisk notat datert 20.10.21, fremgår:

Avtalt årlig kontroll.

[...]

Vurdering og behandling:

Pas er i veldig fin form. Ingen fatigue, ingen infeksjonstest og fine blodprøver, derfor ikke mistanke om recidiv. Pga flytting til [...] avsluttes kontrollene her nå.

Klager søkte om kritisk sykdom- og uførepensjonsforsikring, med utfyllelse av helseerklæringsskjema 4.1.24. Han opplyste da om tidligere gjennomgått kreftsykdom.

Foretaket avslo søknaden 7.1.24, under henvisning til tidligere gjennomgått kreftsykdom.

Etter innhenting av ytterligere journalopplysninger, ble saken vurdert av NHV. I vurderingen 5.6.24 fremgår:

KOMMENTAR:

Kunden har gjennomgått ordinær behandling for akutt lymfatisk leukemi, etter såkalt NOPHO protokoll. Det innebærer behandling med følgende kjemoterapeutika: merkaptopurin, vinkristin, metotreksat, cytarabin og

PEG asparaginase i tillegg høydose steroider. Han er fulgt ved spesialavdeling frem til 2021. Det er, såvidt NHV oppfatter, ikke påvist sikre senfølger etter behandlingen hverken underveis eller ved avsluttet oppfølging i 2021, men oppfølgingsperioden er kort. Det er vel kjent at individer som gjennomgår tung kjemoterapi har en klar overhyppighet av sykdommer og overdødelighet på lang sikt, selv om den tilgrunnliggende kreftsykdom er vellykket behandlet. Spesielt hjerte-, kar- og kreftsykdommer (sekundærkreft i andre organsystemer) forekommer med klar overhyppighet. Det er videre også godt kjent at langtidskomplikasjoner i form av økt tretthet (fatigue) er en viktig og hyppig forekommende langtidskomplikasjon. Slike komplikasjoner kan opptre kort tid etter behandling, men også flere tiår senere. I henhold til NHVs retningslinjer vil 10-årsregelen først være aktuell når det i) har gått ti år siden avsluttet kontroll for aktuell sykdom, og ii) kunden ikke har hatt langtidskomplikasjoner som kan tilskrives kreftbehandlingen i denne perioden. Den aktuelle kunden har ikke hatt langtidskomplikasjoner hittil, men det er mindre enn 10 år siden oppfølging ble avsluttet. Følgelig kan informasjon om tidligere sykdom her benyttes (det vil si kunnskap om gjennomgått kreftbehandling). Hvis kunden fremdeles er fri for langtidskomplikasjoner 10 år etter avsluttede kontroller, kan selskapet ikke lenger benytte informasjon om tidligere gjennomgått behandling. Det er viktig å forstå at risikovurdering ved tegning av forsikring må skje på gruppenivå. Enkeltindivider vil kunne ha både høyere og lavere risiko enn andre innen samme gruppe. Retningslinjene tilsier avslag på både uføredekning og kritisk sykdom for den aktuelle kunde. For uføredekning synes det ikke hensiktsmessig å benytte reservasjoner da langtidsplagene er mangeartede, og tilstander som utpreget fatigue kan være vanskelig å sette i sammenheng med behandlingen kunden har gått gjennom. Det er vist at NOPHO-protokoll innebærer økt risiko for hjerte-/karsykdom (Jarfelt 2016) mens risikoen for nyre-, lever- og gastrointestinalsykdom ikke synes økt (Skou 2014). Både vincristin og cytarabine er potente antimetabolitter, spesielt vincristin (antracyclin) medfører en klart økt risiko for sekundærkreft (Johnson 2024). Det er anført i klagen fra kundens advokat at han kun er behandlet med kjemoterapeutika og derfor skal vurderes som lavrisiko i henhold til Helsedirektoratets retningslinjer med tanke på senfølger (Kreft hos barn - handlingsprogram). Dette er feil. Kunden har gjennomgått behandling med tung kjemoterapi (anti metabolitter og antracykliner). Det plasserer ham i risikogruppe 2 eller risikogruppe 3. Dosene som er gitt i NOPHO-protokoll kan karakteriseres som høye (det vil si risikogruppe 3). Det er i en stor norsk registerstudie (Ghaderi 2013) vist at risikoen for arbeidsuførhet er økt med en faktor på 4-5 hos langtidsoverlevende etter kreftbehandling i ungdomsalder eller tidlig voksen alder. Samlet sett vurderes risiko som betydelig for både arbeidsuførhet og for kritisk sykdom. Risikoen er størst for hjerte-/karsykdom og spesielt sekundærkreft. Bruk av reservasjon frarådes da spekteret av seneffekter med tanke på arbeidsuførhet er omfattende. Tilsvarende vil reservasjon for kritisk sykdom måtte omfatte både hjerte-/karsykdommer generelt og kreftsykdommer.

Vurdering I RI K avslag (akutt lymfatisk leukemi)

Foretaket opprettholdt avslaget på søknadene 11.6.24. Det ble vist til at foretaket hadde "produktmeldt kritisk sykdom til Finanstilsynet (jf. forskrift til forsikringsvirksomhetsloven § 2-8), og i denne produktmeldingen er det fastsatt at produktet som hovedregel ikke tillater reservasjoner. De reservasjoner som tillates gjelder ikke de forhold som klager omfattes av. [Foretaket] kan derfor ikke tilby reservasjoner i denne saken."

I klagen til Finansklagenemnda 1.10.24 fremgår at klager fortsatt er i «veldig god form. Han opplyser at han i dag overhodet ikke er preget av den tidligere kreftsykdommen. Han er erklært helt frisk». Videre at han:

har etter kreftbehandlingen stort sett vært frisk og rask. Han hadde en periode med noe ekstra slitenhet i 2017. Dette var kun en kort periode, og [han] forklarer at dette knyttet seg til forkjølelse og influensa. Fastlege bekrefter at [han] hadde en periode med infeksjoner. [Han] har ikke vært plaget med dette hverken før eller etter, hvilket overlege [...] bekrefter.

[Han] har tatt et krevende studium [...]. Han er i dag i fast 100 % stilling [...] Han lever et sunt og aktivt liv, med blant annet mye trening. [...]

I intern e-post 1.11.24 fremgår følgende om muligheten for reservasjoner på Kritisk sykdomsdekningen:

Produktmeldingen (foretaket) har sendt til Finanstilsynet slår fast at produktet kritisk sykdom kun tillater reservasjoner i enkelte tilfeller. Disse tilfelle er avklart med (foretakets) reassurandør, (...)

I utgangspunktet tillates ikke reservasjoner på produktet kritisk sykdom, men [reassurandør] har gitt tillatelse til følgende reservasjoner under reassuranseavtalen:

- Reservasjon for øresykdommer eller nedsatt hørsel
- Reservasjon for øyesykdommer eller nedsatt syn
- Reservasjon for underlivskreft

Reservasjon for underlivskreft ble tatt inn etter at Nemnda for helsevurdering (NHV) innførte egne retningslinjer for celleforandringer i livmorhals og denne reservasjonen benyttes kun i forbindelse med dette.

Foretakets rådgivende lege viste i notat 12.11.24 til legehåndboken hvor det fremgår at rundt:

[...] 25% av personer som er kurert for kreft har moderat eller høy risiko for seneffekter. Etter barnekreft har over 50 % risiko for seneffekter av ulik alvorlighetsgrad

Symptomer/plager er vedvarende fatigue hos 35 % av langtidsoverlevende etter kurativ behandling, overhyppighet av angst og depresjon og somatiske symptomer avhengig av behandlet region, krefttype og behandlingsregime.

Årsakssammenhenger er ofte sammensatte. Flere seneffekter forekommer gjerne samtidig og de samme tilstandene kan være hyppig forekommende i befolkningen ellers.

Hvilke seneffekter man observerer vil avhenge av observasjonstid, mange seneffekter kan oppstå flere tiår etter avsluttet behandling.

Seneffekter er et bredt spekter av tilstander og spenner fra alvorlige tilstander (hjerte- /karsykdom, sekundærkreft) til plagsomme symptomer (eksempelvis kronisk tretthet).

Mange av tilstandene er hyppig forekommende i befolkningen for øvrig, utredning og behandling er gjerne den samme:

- Sekundær kreft
- Hjerte- og karsykdom
- Lungesykdom
- Kronisk tretthet/utmattelse/fatigue
- Hormonforstyrrelser
- Kognitive vansker
- Angst og depresjon
- Muskel- og skjelettplager og skader

Seneffekter etter kjemoterapi:

- Infertilitet
- Lunge- og hjertesvikt
- Sekundær kreft inkludert leukemier/ myelodysplasi
- Nervesystemet
- Nyresvikt
- Nedsatt tann- og munnhelse
- Kognitive vansker som konsentrasjonsproblemer
- Tretthet/utmattelse, redusert fysisk yteevne

- Opptil 35 % av kreftpasienter som har vært igjennom kurativ behandling opplever fysisk, mental og/eller emosjonell utmattelse
- Kan medføre grader av uførhet og nedsatt livskvalitet i betydelig grad

Det fremgikk også økt sjanse for død som følge av hjerte-/karsystem eller ny kreftdiagnose og at depressive symptomer doblet risikoen for død hos kreftpasienter.

Rådgivende lege viste videre til legehåndbokens gjennomgang av fatigue, og påpekte blant annet at det forelå mange differensialdiagnoser (alternative sykdommer med tilsvarende symptombilde som fatigue).

På bakgrunn av dette vurderte rådgivende lege:

1. Ad. forhøyet risiko for uførhet

Det er korrekt som advokat ... viser til i klagen at risiko for sekundærkreft, hjerte- og karsykdommer,

nevrologiske symptomer og fatigue er dominerende årsaker til avslag for søkere som er behandlet for barnekreft, men som vedlagte referanser og dokumentasjon viser er denne listen langt fra uttømmende. Langtidsplagene er som NHV skriver i sin siste uttalelse, så mangeartede at det er umulig "å avgrense mot den særlige risikoen gjennom mer begrensede tiltak enn en total forsikringsnektelse typisk gjennom begrensninger i dekningsfeltet." En reservasjon for kreft og følgetilstander av kreft vil ikke kunne anses dekkende.

Jeg er uenig i at det ikke i tilstrekkelig grad er lagt frem relevante analyser og statistikker som underbygger at klager har en forhøyet risiko for senere oppstått sykdom med forhøyet risiko for uførhet. Jeg viser i den forbindelse til referanse 11 (bilag 4) i listen over (Ghaderi S et al. Increased uptake of social security benefits among long-term survivors of cancer in childhood, adolescence and young adulthood: a Norwegian population-based cohort study. Br J Cancer. 2013 Apr 16;108(7):1525- 33) som viser at risikoen for arbeidsuførhet er økt med en faktor på 4-5 hos langtidsoverlevende etter kreftbehandling i ungdomsalder eller tidlig voksen alder. Knappt 10 % av studiepopulasjonen mottok uførepensjon, og totalt 339 forskjellige diagnoser ble identifisert med neoplasmer etterfulgt av endokrine sykdommer, ernæringsmessig og metabolske tilstander, immunrelatert sykdommer og nevrologiske sykdommer som hovedårsaker til uførheten.

Samlet sett mener jeg studien som spesifikt har kartlagt behovet for økonomiske hjelpetiltak hos kreftoverlevende, klart viser at det er markert økt risiko for arbeidsuførhet hos langtidsoverlevende etter kreftbehandling i ung alder.

Jeg er også uenig med advokat (...) i at det ikke er fremlagt dokumentasjon på langtidsplager utover sekundærkreft og hjerte- og karsykdommer og fatigue hos langtidsoverlevende etter kreftbehandling i ung alder, jf. ovenstående. En reservasjon for kreft og følgetilstander av kreft vil etter min oppfatning ikke kunne anses dekkende for mangfoldet av plager som kan oppstå. Med en rekke mulige årsaker og samvirkende faktorer er erfaringsmessig spesielt fatigue krevende å entydig tilbakeføre til tidligere kreftbehandling. Hos en stor andel vil årsaken være ukjent. Dette avgrensingsproblemet kan etter min oppfatning umulig neglisjeres selv om lagmannsretten har lagt andre føringer på problemstillingen. Bruk av reservasjon kan altså ikke tilrådes da spekteret av seneffekter med tanke på arbeidsuførhet er omfattende.

2. Ad. forhøyet risiko for alvorlig sykdom

Samlet sett vurderes risikoen som betydelig også for alvorlig (kritisk) sykdom. Risikoen er størst for hjerte-/karsykdom og spesielt sekundærkreft, men også andre diagnoser forekommer. Reservasjon for hjerte-/karsykdommer generelt og kreftsykdommer vil ikke nødvendigvis være dekkende siden også nyresvikt og i sjeldne tilfeller organtransplantasjon er mulige konsekvenser av tidligere behandlet barnekreft. Jeg er derfor enig i NHV sin initiale vurdering om Kritisk sykdom forsikring ikke kan innvilges.

3. Oppsummert

[...] Reservasjon kan ikke benyttes for å begrense risikoen da spekteret av seneffekter er omfattende, og årsakssammenhenger langt fra åpenbare i majoriteten av tilfellene. Det kan argumenteres for at dokumentasjonen ikke speiler moderne kreftbehandling med bedret prognose, men innen medisinsk forskning er det likevel det beste faktagrunnlaget vi har å styre etter.

Det er ellers fremlagt kopi av NHVs Retningslinjer for helsevurdering ved Maligne blodsykdommer:

Kreftsykdommer med utgangspunkt i bloddannende organer, har tradisjonelt vært ansett å ha svært dårlig prognose. Nyere behandlingsmuligheter og økt bruk av stamcelletransplantasjon har revolusjonert behandlingen. Muligheten for kurativ behandling er i dag stor, men både tung kjemoterapi og stamcelletransplantasjon er beheftet med hyppige og alvorlige langtidsbivirkninger. Mange av pasientene er i høy alder og ikke aktuelle som forsikringssøkere. På den annen side er det en del unge mennesker, også barn, som gjennomgår behandling for slik sykdom med varig kurativ effekt. Selv om mange pasienter følges livslangt, vil en del forsikringssøkere komme inn under 10-års regelen og derfor ikke vurderes med tanke på tilleggspremie. Langtidsresultater av en del behandlingsformer, blant annet bruk av tyrosinkinasehemmere ved kronisk myelogen leukemi, er bare delvis kjent (på grunn av begrenset oppfølgingstid). Tilleggene må derfor beregnes skjønnsmessig. Tillegg etter kurativ behandling av maligne blodsykdommer (både stamcelletransplantasjon og kjemoterapi), baserer seg på meget økt risiko for sekundærkreft og hjerte-/karsykdom.

Det er også fremlagt kopi av relevante bakgrunnsnotater, samt retningslinjer for Svulster, Fatigue, mv. bl.a.:

Fatigue

[...] Fatigue rammer mange mennesker etter kreftbehandling, ikke minst pasienter som gjennomgår behandling med cellegift og/eller strålebehandling. Fatigue er blant de viktigere årsaker til arbeidsuførhet i tiden etter kreftbehandling, også varig arbeidsuførhet.

Fremtidig fatigueplager vil normalt være en del av det bildet som vurderes med tanke på fremtidig arbeidsuførhet i denne gruppe, og dette burde være godt dekket av de tillegg som beregnes ved risikovurdering av disse kundegrupper. [...]

Fra bakgrunnsnotatene siteres:

[...]

Fatigue etter kreftbehandling

(Bjørø, Poulsen 01.2020)

Langtidseffekter etter kreftbehandling har fått stor betydning. Overlevelsen etter mange av de vanlig forekommende kreftsykdommer er klart bedret og antallet langtidsoverlevende har økt vesentlig.

Det er et vel kjent faktum at mange pasienter som har gjennomgått kreftbehandling, utvikler tilstander med betydelig økt tretthet (fatigue). Dette reduserer både livskvalitet og arbeidsevne. Økt tretthet debutterer dels under pågående kreftbehandling, både kjemoterapi og strålebehandling, dels rammes pasienter av dette i tiden etter gjennomgått kreftbehandling.

Man finner i liten grad biokjemiske eller immunologiske forhold som forklarer den økte trettheten. I noen tilfeller oppfattes slik fatigue å være uttrykk for psykiske plager, for eksempel depresjoner, men mange pasienter utvikler fatigue uten at man påviser psykiske lidelser eller psykiske plager. Kreftrelatert fatigue har ingen egen diagnosekode og det eksisterer ikke egne kriterier for å klassifisere kreftrelatert fatigue som en egen tilstand.

[...]

Betydningen av fatigue etter kreftbehandling med tanke på arbeidsevne, skal ikke undervurderes. De tillegg/reservasjoner som benyttes hos kreftoverlevende er såvidt omfattende at de burde dekke risikoen for arbeidsuførhet på grunn av fatigue. De gruppene som har størst risiko for å utvikle fatigue etter kreftbehandling, er uansett vurdert å ha betydelig risiko for arbeidsuførhet. [...]

Klager har i det vesentlige anført at foretaket ikke har saklig grunn til å avslå forsikringen. Selv om vurderingene skjer på gruppenivå, anføres at foretaket må foreta en medisinsk vurdering av søkerens konkrete sykdom og behandling, og hvilken risiko dette medfører for at et forsikringstilfelle skal inntreffe. Dette også sett i sammenheng med kreftsykdommers svært ulikeartede utvikling, individuell respons, samt stadig forbedrede behandlingsmetoder med mer effektiv, målrettet og treffsikker behandling. I foreliggende sak har klager hatt ALL som barn / ungdom, behandlet med cellegift. Han har ikke vært behandlet med stråling. Mye av forskningen som det vises til om senvirkninger av kreftbehandling i barndommen, er knyttet til barn som også har blitt behandlet med stråling.

Subsidiært har klager anført at foretaket som et minimum må tilby forsikringen med reservasjon(er) for kreft (residiv og sekundære kreftformer), hjerte- og karsykdommer, med følgetilstander, jf. avgjørelse 2017-479, 2016-156 og 2024-1163. Det er ikke medisinsk dokumentert at han har en forhøyet risiko for brorparten av de opplistede diagnosene i forsikringen. Om han ønsker å benytte seg av et tilbud med reservasjoner må være opp til han å vurdere, jf. avgjørelse 2017-479. Evt. vanskelige årsakssammenhengsvurderinger er ikke tilstrekkelig grunnlag til ikke å tilby forsikring med reservasjoner, jf. LB-2019-104500.

Klager har også anført at evt. begrensninger i produktmelding til Finanstilsynet ikke er relevant i en sak som den foreliggende, om avslag på forsikring etter forsikringsavtaleloven, se bl.a. Ot.prp. nr. 41 (2007-2008) s. 35 og pkt. 4.3.1. Produktet tilbys på vanlige vilkår, og tilbys allmennheten. Avslagsgrunner/reservasjonsnekt må derfor være saklige og forholdsmessige. Dersom produktmeldingen til Finanstilsynet skulle fått betydning for den konkrete vurderingen i saken her, ville det innebære en form for omgåelse av forsikringsavtalelovens krav om saklig grunn for avslag

i den enkelte sak.

Foretaket har i det vesentlige anført at det har saklig grunn til å avslå søknad om Kritisk sykdomsdekning, grunnet særlig risiko hos klager. Vurderingen er basert på klagers medisinske forhold, sammenholdt med statistikk som etter foretakets vurdering "holder et tilstrekkelig faglig nivå og er tilstrekkelig oppdatert og tidsmessig" jf. Ot.prp.nr. 41 (2007–2008) s. 44, jf. vurderingen fra rådgivende lege og NHV, retningslinjer og bakgrunnsnotater.

Subsidiært har foretaket anført at det ikke kan sette reservasjoner, under henvisning til at det i produktmelding av Kritisk sykdom til Finanstilsynet kun er åpnet for enkelte reservasjoner. Kundens aktuelle helseforhold er ikke et forhold som produktet tillater reservasjon for. Man står da igjen med avslag. Det rettslige utgangspunktet er at forsikringsforetakene fritt kan velge hvilke produkter det vil tilby og hvordan det vil utforme sine produkter. Se NOU 1983:56 s. 73/74, Ot prp. nr. 41 (2007-2008) s. 35, pkt. 4.5.3, og Bull og Wilhelmsen Forsikringsrett (2024) s. 239, Wilhelmsen: Forsikringsselskapenes kontraheringsplikt – nye regler eller keiserens nye klær, og avgjørelse 2014-109. Dette innebærer etter foretakets oppfatning også om det skal tillates reservasjoner på produktet.

Forsikringsvirksomhetsloven slår fast at selskapene skal ha riktige vilkår og premie for å beskytte forsikringskollektivet. Premie og vilkår må igjen ha sammenheng med produktets utforming, og risikovilligheten til forsikringsforetaket vil også ha sammenheng med om produktet har "kritisk masse", det vil si at det er nok kunder til at produktet er økonomisk selv bærende. Foretaket er et relativt ungt forsikringsforetak, og det tar tid å bygge opp forsikringsporteføljer som er store nok til at foretaket kan ta risiko på vegne av forsikringskollektivet på lik linje som de mer etablerte og større foretakene. Frende vil derfor ha en annen risikostrategi enn andre selskap. Risikostyring gjøres blant annet gjennom begrensninger i antall reservasjoner og begrensninger i størrelse på premietillegg – slik det også fremgår av produktmeldingene. Finansklagenemnda kan etter foretakets syn ikke overprøve forsikringsforetakenes risikoappetitt, og forhold som faller innunder kjernen av foretakenes forretningsmessige vurderinger, jf. Ot.prp.nr. 41 (2007-2008) s. 46. Det er et forhold som ligger under Finanstilsynet. Tilsynet har hittil ikke gitt noen innvendinger på den aktuelle produktmeldingen slik den nå foreligger. Etter foretakets kunnskap er det også langvarig praksis at forsikringsforetakene begrenser størrelse på premietillegg og antall reservasjoner gjennom produktmeldinger.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om foretakets avslag på søknad om kritisk sykdomsdekning er saklig begrunnet, jf. 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. 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 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 risiko.

Spørsmålet er 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.

Den aktuelle forsikringen gir rett til en utbetaling ved følgende sykdommer/tilstander:

- Hjerteinfarkt
- Alvorlig Angina Pectoris
- Koronar bypass-operasjon eller angioplastikk (PTCA)
- Hjerneslag
- Kreft
- Hjernesvulst
- Multipel sklerose (MS)
- Motornevro sykdom
- Tverrsnittlammelse
- Parkinsons sykdom
- Blindhet
- Døvhet
- Tap av ben og arm
- Store brannskader
- Operasjon av aorta – som følge av sykdom
- Innsettelse av hjerteklaffprotese eller reparasjon ved operasjon
- Nyresvikt
- Organtransplantasjon
- Tap av taleevne
- Alzheimer før fylte 60 år

Spørsmålet er altså om det foreligger markert økt risiko for at klager får en eller flere av de opplistede sykdommene/tilstandene.

Vurderingen beror på helsesituasjonen på søknadstidspunktet 4.1.24, da det er denne som danner grunnlag for foretakets avslag.

Nemnda har flere ganger tidligere vurdert avslag på søknad om forsikring etter gjennomgått kreftsykdom, se avgjørelse 2024-1163, 2018-246 og 2017-479.

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:

- Multipel sklerose (MS)
- Motornevro sykdom
- Tverrsnittlammelse
- Parkinsons sykdom
- Blindhet
- Døvhet
- Tap av ben og arm
- Store brannskader
- Nyresvikt
- Organtransplantasjon
- Tap av taleevne
- Alzheimer før fylte 60 år

Enkelte av de opplistede diagnosene, slik som blindhet, døvhhet og nyresvikt, 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 krevende enn at en typisk relativt enkelt kan avgjøre om det er ny diagnose eller en følgetilstand. Et helt banalt eksempel er blindhet 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.

Foretaket har anført at foretaket ikke har anledning til å sette reservasjoner, under henvisning til at det i produktmelding av Kritisk sykdom til Finanstilsynet kun er åpnet for enkelte reservasjoner. Foretaket har videre anført at FinKN ikke kan overprøve foretakets risikoappetitt. Nemnda konstaterer at forsikringsavtaleloven § 1B-3 gjelder for forsikringsprodukter som er meldt til Finanstilsynet, og at det faller innenfor Finansklagenemndas kompetanse å ta stilling til spørsmål som reguleres av forsikringsavtaleloven § 1B-3.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Klager gis delvis medhold.

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