

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-1153

23.10.2026

Fremtind Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Skoliose – endring av vilkår - meldefrist – faktisk kunnskap – fal. §§ 12-7 og 18-5.

Forsikrede, f. 2004, var omfattet av en barneforsikring tegnet av forsikringstaker, forsikredes mor. Forsikrede fikk påvist skoliose 3.4.20. Forsikrede fremsatte krav 20.3.25 om utbetaling under barneforsikringen. Foretaket avslo kravet med den begrunnelse at det var meldt for sent. Saken reiser spørsmål om kravet er tapt som følge av at det er meldt for sent. Nemnda bemerket at vilkårene som regulerte retten til utbetaling ble endret fra de opprinnelige vilkårene. Foretaket hadde ikke i tilstrekkelig grad informert om denne endringen i vilkårene i tråd med fal. § 12-7. Nemnda fant derfor at de opprinnelige vilkårene måtte legges til grunn ved forståelsen av hva som ga rett til utbetaling. Etter de vilkårene hadde ikke meldefristen begynt å løpe. Forsikrede hadde videre krav på å få dekket rimelige og nødvendige utgifter til advokat. Nemnda ga forsikrede medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede fikk diagnosen skoliose 3.4.20, jf. poliklinisk notat.

Forsikrede var omfattet av en barneforsikring, tegnet av forsikringstaker (forsikredes mor). Forsikringen hadde avtalt aldersmessig opphør 12.3.24.

I årlig fornyelsesbrev sendt forsikringstaker 13.1.16 fremgår:

Vi har gjort følgende endringer siden sist fornyelse:

- Presisering av hva dekningen medisinsk invaliditet er, når et forsikringstilfelle inntreffer og meldefrist. Ved sykdom inntreffer forsikringstilfellet to år etter at sykdommen/sykdomstilstanden ble konstatert. Ved ulykke inntreffer forsikringstilfellet på ulykkestidspunktet. Meldefristen er ett år etter at forsikringstilfellet har inntruffet. Dette er beskrevet i punkt 4 i vilkårene.

[...]

I fremlagt redigert journal fremgår det at skoliose ble konstatert ved røntgenundersøkelse i april 2020. Røntgenfunnet viste venstrekonveks skoliose thoracolumbalt med toppunkt i TH12, og Cobbs vinkel ble målt til 41 grader mellom TH10 og L3. Det ble anbefalt henvisning til barneortoped.

I poliklinisk notat i juni 2020 fremkommer at forsikrede ble informert om tilstanden og at hen kunne bruke ryggen uten restriksjoner. Det fremkom at forsikrede hadde en del plager med smerter og tretthet, samt et kosmetisk ubehag. Ved kontroll i august samme år ble operativ behandling diskutert, men man ble enige om å fortsette konservativ behandling og ny kontroll våren 2021.

I september 2021 skrev legen i tillegg til skolen at forsikrede på grunn av skoliose trengte tilpasset gymnastikk samt at det ble anbefalt dobbelt boksett slik at forsikrede slapp å bære tungt.

I poliklinisk notat fra mars 2022 fremkommer at forsikrede tok kontakt som følge av at smertene var mer konstante, men ikke hadde øket i intensitet. Røntgen viste uendret stilling, og det var derfor fortsatt ikke aktuelt med operasjon.

Forsikrede opplyste til legen i mai 2023 at det var vanskelig å kombinere full sommerjobb med regelmessig trening, samt at hen oppfattet at treningen var helt avgjørende for å opprettholde rett rygg og unngå for mye smerter.

Forsikrede ba i juli 2023 om en bekreftelse på at hen trengte å utsette planlagte studier i utlandet på grunn av ryggsmertene, men legen kunne ikke bekrefte dette ettersom legen allerede hadde bekreftet god helse i forbindelse med søknaden om studieplass.

Det ble tatt MR av thoracolumba i januar 2024 hvor det i journalnotat samme måned er notert at det «er ingen progresjon fra siste bilder».

Forsikringstaker sendte skademelding til foretaket 20.3.25, og opplyste om «Skoliose», med symptomer fra 11-12 års alderen. Videre fremkom:

[Forsikrede] har konstante og kroniske smerter, men går regelmessig til osteopat både for å lindre og for å rette ut skjevheter i muskulatur som oppstår flere steder på kroppen som et resultat av skoliose. Etter å ha prøvd både fysioterapi og kiropraktikk for smertene, var det til slutt osteopati som var det som kunne hjelpe [forsikrede] i hverdagen. Operasjon ble diskutert da [forsikrede] var 16 år. Hen har imidlertid innstilt seg på å se litt an. En operasjon kan ha uventet resultat fremover, og [forsikrede] vil derfor forsøke med regelmessig trening for å styrke hele kroppen og se om det kan redusere smerter nå og på sikt. Det er derfor avklart med ortopedisk avdeling på [sykehus] at det ikke blir operasjon i første omgang.

[...]

Da [forsikrede] var 16 år, ble hen diagnostisert med skoliose. På det tidspunktet var vi ikke kjent med at denne diagnosen kunne gi grunnlag for en forsikringsutbetaling. Nylig ble vi via andre i samme situasjon imidlertid gjort oppmerksomme på at tilstanden til [forsikrede] kan kvalifisere for utbetaling gjennom barneforsikring i henhold til vilkårene for varig medisinsk invaliditet.

Med en skjevhetsgrad på 40 % (se dokumentasjon fra behandlende lege på [...] sykehus) lever [forsikrede] med konstante smerter som påvirker hennes livskvalitet og funksjonsevne betydelig, og hen har et stort behov for behandling. Som foreldre er det sterkt beklagelig å få vite at vi ikke tidligere var kjent med muligheten for økonomisk bistand. [Forsikrede] var selvsagt heller ikke i posisjon til å kunne vite dette på det tidspunktet. En slik bistand ville kunne bidra til å dekke kostbare behandlinger som har vist seg nødvendige for [forsikrede] for å kunne opprettholde et så normalt livsløp som mulig bestående av studier og trening. Det vil også kunne avhjelpe eventuelle konsekvenser knyttet til redusert deltakelse i arbeidslivet i fremtiden, og utfordringer knyttet til fremtidige svangerskap. [...]

Foretaket avslo kravet 3.4.25, under henvisning til oversittet meldefrist.

Foretakets rådgivende lege vurderte saken 4.8.25. Legen konkluderte med: «Siden operasjonsindikasjon har vært diskutert helt siden diagnosen ble stilt, er det vel allerede da at FO burde ha vært klar over at det kunne foreligge VMI selv uten operasjon».

I klagen til FinKN fremgår at «Hen fikk først i 2025 faktisk kunnskap om forsikringen og dens dekning, og kravet ble meldt umiddelbart etter dette».

Foretaket har opplyst at forsikringsbevis og vilkår også i januar 2023 ble sendt forsikringstaker.

Forsikrede har i det vesentlige anført at meldefristen etter fal. § 18-5 ikke er oversittet, fordi fristen etter loven begynner å løpe når «den berettigede» – det vil si forsikrede selv, ikke hen mor – fikk positiv kunnskap om de forhold som begrunner kravet. Selskapets syn på identifikasjon mellom foreldre og barn er i strid med både lovens formål og rimelighetsbetraktninger. Et bortfall av dekning som følge av foreldrenes manglende kunnskap eller misforståelser vil måtte settes til side som urimelig etter avtaleloven § 36. Se avgjørelse 2016-436, 2025-21 og 2025-22. Forsikrede

var ikke gjort kjent med forsikringen eller meldefristen, og oppnådd myndighetsalder endrer ikke dette.

Familien var fra diagnosetidspunktet kjent med at skoliose er en varig tilstand, men ikke at denne diagnosen kunne gi rett til utbetaling under forsikringen eller at den ble ansett som varig medisinsk invaliditet i forsikringsrettslig forstand. Slik kunnskap oppstod tidligst i 2025, da familien for første gang ble gjort oppmerksom på at skoliosen kunne gi rett til utbetaling under barneforsikringen. Det er ikke hensyntatt operativ behandling i vurderingen av varig medisinsk invaliditet slik dette kommer frem av vilkårenes pkt. 4.3. Invaliditeten lot seg derfor ikke objektivt fastsette, og forsikrede kunne dermed ikke ha positiv kunnskap om den. Det er foretaket som har bevisbyrden. Foretaket har ikke framlagt en vurdering som angir invaliditetsgrad eller hensyntar operasjonsspørsmålet. Foretaket har unnlat å innhente ekstern sakkyndig vurdering, og den bevismessige tvilen dette medfører må gå ut over foretaket.

Subsidiært anføres at Fremtind ikke kan påberope seg 2016-vilkårene, fordi endringen ikke ble varslet i samsvar med fal. § 12-7 fjerde ledd – den ble presentert som en «presisering» fremfor en endring, og det foreligger ikke dokumentasjon for at varslingen skjedde «sammen med premievarslet for den nye forsikringsperioden» der endringen trådte i kraft. Dersom de eldre vilkårene legges til grunn, er forsikrede ennå ikke «bedømt varig medisinsk invalid», slik at retten til erstatning overhodet ikke har inntrådt og meldefristen ikke har begynt å løpe.

Forsikrede har også anført at foretaket skal dekke hennes advokatutgifter.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede ikke har rett til utbetaling, under henvisning til oversittet meldefrist, jf. fal. § 18-5 første ledd. Forsikringstilfellet inntraff to år etter at skoliosen ble konstatert 3.4.20, det vil si 3.4.22. Meldefristen utløp dermed 3.4.23, og kravet – fremmet 20.3.25 – var derfor for sent fremsatt. Foretaket mener forsikrede senest fra sin 18-årsdag 12.3.22 hadde tilstrekkelig kunnskap om at tilstanden kunne utgjøre en varig medisinsk invaliditet, blant annet fordi operasjonsindikasjon hadde vært diskutert siden diagnosen ble stilt.

Når det gjelder nemndas avgjørelser 2016-436, 2025-21 og 2025-22, er foretaket av den oppfatning av at disse ikke er direkte relevante i foreliggende sak. I sakene ble meldefristen sett bort fra fordi den berettigede, som er barnet, var mindreårige. I denne saken var forsikrede myndig ved forsikringstilfellets inntreden i 2022. Meldefristen etter fal. § 18-5 begynte å løpe uavhengig av om forsikrede var kjent med at sykdommen var dekket av forsikringen, jf. f.eks. avgjørelse 2024-739 og 2025-753.

Vilkårsendringen i 2016 ble lovlig (jf. fal. § 12-7 fjerde ledd) varslet gjennom fornyelsesbrevet av januar 2017, som forsikringstaker hadde plikt til å sette seg inn i.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om foretaket kan avslå kravet under henvisning til oversittet meldefrist, jf. forsikringsavtaleloven § 18-5 første ledd.

Fra loven siteres:

§ 18-5.(frist i ulykkes- og sykeforsikring for å gi melding om forsikringstilfellet og for å foreta rettslige skritt)

Den som i ulykkes- eller sykeforsikring har rett til erstatning, mister retten dersom kravet ikke er meldt til forsikringsforetaket innen ett år etter at den berettigede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet.

Saken gjelder krav om menerstatning som følge av skoliose.

Meldefristen er (iht. kravet i fal. § 11-1 første ledd bokstav c) inntatt i de fremlagte forsikringsbevisene:

Meldefrist

Forsikrede, forsikringstaker eller den som har rett til erstatning må melde ulykkes- eller sykdomstilfellet til selskapet uten ugrunnet opphold. Den som har rett til erstatning mister retten dersom kravet ikke er meldt innen ett år etter at den berettigede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet.

Forsikringsavtalen/vilkårene regulerer når man har et dekningsmessig krav. I denne saken er det fremlagt flere forsikringsbevis og oversendelser av forsikringsdokumentasjon (alle til forsikringstaker). I en av oversendelsene er det inntatt vilkår gjeldende fra 2005, og øvrige gjelder fra 2016. I forbindelse med vilkårsrevisjonen i 2016 (datert 1.6.16) foretok foretaket flere endringer.

I vilkårene 2005 fremgår:

5. Erstatning ved varig medisinsk invaliditet

5.1 Medisinsk invaliditet som skyldes sykdom

SpareBank 1 Livsforsikring svarer for varig medisinsk invaliditet som følge av sykdom når forsikrede har vært rammet av sykdommen i et sammenhengende tidsrom av ett år. Tidsrommet regnes fra den dagen sykdommen ble konstatert av lege

5.1.1 Fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad - sykdom

Fastsettelse av varig medisinsk invaliditetsgrad ved sykdom skal bygge på alminnelige medisinske erfaringer. Fastsettelsen skjer uten hensyn til i hvilken grad den forsikredes arbeidsevne er blitt nedsatt.

Sykdom som medfører at det kreves livslang behandling, men som ikke gir noen synlig funksjonshemming, kan maksimalt føre til en medisinsk invaliditetsgrad på 25%.

5.3 Felles vilkår om retten til erstatning ved varig medisinsk invaliditet

[...]

b) Ved sykdom inntreffer retten til erstatning når sykdomstilstanden har stabilisert seg, ikke er livstruende og den forsikrede er bedømt varig medisinsk invalid. Slik vurdering foretas tidligst ett år etter at sykdommen ble konstatert, jfr. pkt. 5. 1. Erstatning utbetales i forhold til varig medisinsk invaliditetsgrad.

c) Varig medisinsk invaliditetsgrad fastsettes senest fem år etter ulykken eller etter at sykdommen ble konstatert. Fastsettelsen av den varige medisinske invaliditeten skal omfatte sannsynlig fremtidig forverring.

I vilkårene fra 1.6.16 er følgende fastsatt:

4. Varig medisinsk invaliditet

Erstatningen skal kompensere for tapt livsutfoldelse og livskvalitet når skaden eller sykdommen har ført til en varig funksjonsnedsettelse. En slik varig funksjonsnedsettelse kaller vi medisinsk invaliditet.

4.1 Medisinsk invaliditet som skyldes sykdom

4.1.1 Konstatering av sykdom

En sykdom ansees som konstatert når diagnose for sykdom/sykdomstilstand første gang er stilt av lege. Ved sammensatte sykdommer/sykdomstilstander anses sykdommen som konstatert når første diagnose er stilt av lege.

4.1.2 Forsikringstilfellets inntreden

Ved sykdom inntreffer forsikringstilfellet to år etter at sykdommen ble konstatert (se punkt 4.1.1).

4.1.3 Fastsettelse av varig medisinsk invaliditetsgrad ved sykdom skal bygge på alminnelige medisinske erfaringer.

[...]

4.3 Fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad – felles for sykdom og ulykke

Ved fastsettelse av varig medisinsk invaliditet vurderes sannsynlig fremtidig funksjonsbortfall basert på dagens medisinske kunnskap. Er det sannsynlig at tilstanden vil bli bedre ved operasjon eller behandling vil dette bli tatt med i vurderingen av endelig medisinsk invaliditet. Fastsettelse av varig medisinsk invaliditetsgrad skjer uten hensyn til i hvilken grad den forsikredes arbeidsevne er blitt nedsatt. Ved fastsettelse av varige medisinsk invaliditet kan Fremtind Livsforsikring AS kreve at forsikrede skal undersøkes av en lege som selskapet har oppnevnt [...]

[...]

4.5 Hvem erstatningen utbetales til

Utbetalingen tilfaller forsikrede. Er den forsikrede fortsatt umyndig når utbetalingen skjer, vil beløpet utbetales i samsvar med vergemålslovens bestemmelser.

4.6 Meldefrist

Krav på erstatning må meldes innen ett år etter at forsikringstilfellet er inntruffet. Når forsikringstilfellet inntreffer fremgår av henholdsvis punkt 4.1.2 (sykdom) og 4.2.2 (ulykke) ovenfor.

Rett til erstatning etter 2005-vilkårene inntreffer etter vilkårspkt. 5.3 b) «når sykdomstilstanden har stabilisert seg, ikke er livstruende og den forsikrede er bedømt varig medisinsk invalid.»

Etter 2016-vilkårene anses en sykdom konstatert «når en diagnose for sykdom/sykdomstilstand første gang er stilt av lege», jf. vilkårspkt. 4.1.1, og det følger av vilkårspkt. 4.1.2 at forsikringstilfellet inntreffer «to år etter at sykdommen ble konstatert».

Endringen innebærer at meldefristen ikke lenger løper fra det tidspunktet forsikrede er bedømt varig medisinsk invalid, men at fristen i stedet starter å løpe når det har gått to år etter at sykdommen ble konstatert.

Forsikrede fremsatte krav 20.3.25 om utbetaling under barneforsikringen. Forsikrede er per i dag fortsatt ikke «bedømt varig medisinsk invalid». Dersom 2005-vilkårene skal anvendes, har rett til erstatning ikke inntrådt og meldefristen har ikke begynt å løpe.

På denne bakgrunn tar nemnda først stilling til hvilket vilkårssett som får anvendelse.

Forsikrede har anført at foretaket ikke kan påberope seg 2016-vilkårene, fordi endringen ikke ble varslet i samsvar med fal. § 12-7 fjerde ledd. Foretaket anfører på sin side at endringen i vilkårene ble lovlig (jf. fal. § 12-7 fjerde ledd) varslet gjennom fornyelsesbrevet av januar 2017, som forsikringstaker hadde plikt til å sette seg inn i.

Endring av vilkårene i sykeforsikring reguleres i fal. § 12-7 fjerde ledd, som fastsetter at:

«Vil forsikringsforetaket endre vilkårene i forbindelse med fornyelsen, skal det sammen med premievarslet for den nye forsikringsperioden gi forsikringstakeren de nye vilkår med en redegjørelse for de endringer som er gjort. En endring som det ikke er redegjort for på denne måten, kan foretaket ikke påberope seg.»

I det fremlagte fornyelsesbrevet fra januar 2017 er endringen beskrevet på følgende måte, i et punkt under overskriften «Hva er nytt?»:

Presisering av hva dekningen medisinsk invaliditet er, når et forsikringstilfelle inntreffer og meldefrist. Ved sykdom inntreffer forsikringstilfellet to år etter at sykdommen/-sykdomstilstanden ble konstatert. Ved ulykke inntreffer forsikringstilfellet på ulykkestidspunktet. Meldefristen er ett år etter at forsikringstilfellet har inntruffet.

Endringen er i brevet omtalt som «Presisering av hva dekningen medisinsk invaliditet er, når et forsikringstilfelle inntreffer og meldefrist.» Nemnda finner det klart at det er tale om en materiell endring, og at det er villedende å omtale endringen som en presisering. At dekningstidspunktet endres og at fristen begynner å løpe uavhengig av om forsikrede er bedømt varig medisinsk invalid, innebærer i et tilfelle som det foreliggende en innskrenking av forsikredes rettigheter etter avtalen. Når det ikke helt konkret sies noe om hvordan dette har vært regulert frem til nå, og

hvilke konsekvenser endringer får for de forsikrede, gis heller ikke forsikrede noen oppfordring til å undersøke om det i realiteten er tale om en endring som innebærer at en må vurdere om forsikringstilfellet er inntrådt på en annen måte enn tidligere, og at meldefristen kan løpe ut før forsikrede er bedømt varig medisinsk invalid.

Nemnda finner det klart at det aktuelle kulepunktet i premievarselet fra januar 2017, ikke oppfyller lovens krav om at foretaket skal «gi forsikringstakeren de nye vilkår med en redegjørelse for de endringer som er gjort», jf. fal. § 12-7 fjerde ledd.

Konsekvensen av at foretaket ikke har oppfylt kravene oppstilt i fal. § 12-7 fjerde ledd, er etter bestemmelsens annet punktum at foretaket ikke kan påberope seg endringen.

Etter dette finner nemnda at 2005-vilkårene må legges til grunn. Etter disse vilkårene har som nevnt ikke meldefristen begynt å løpe. Foretaket kan dermed ikke avslå kravet på dette grunnlaget.

Forsikrede har fremsatt krav om dekning av advokatutgifter. Det følger av nemndspraksis, bl.a. FinKN 2023-784 og FinKN 2023-109, at foretaket er ansvarlig på objektivt grunnlag for en klagers rimelige og nødvendige advokatutgifter ved uriktige avslag på forsikringsdekning. Nemnda utmåler ikke erstatningsbeløp.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).