

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-672

16.6.2026

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Sykeforsikring - CFS/ME – VMI – avvisning.

Forsikrede var omfattet av forsikring med dekning for «Annen sykdom». Han fikk diverse diagnoser knyttet til psykiske plager. Spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer konkluderte med en samlet vmi på 60 % som følge av CFS/ME. Rådgivende lege vurderte vmi til maksimalt 35 % og avslo kravet under henvisning til at minstekravet om 50 % vmi ikke var oppfylt. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde sannsynliggjort vmi på over 50 %. Nemndas sekretariat avviste saken, og viste til at det ville gå ut over nemndas effektivitet å behandle klagen. Nemnda var enstemmig enig i sekretariatets avgjørelse og avviste saken.

Saksfremstilling

Forsikrede var omfattet av forsikring med dekning for «Annen sykdom».

I legeerklæring ifm. arbeidsuførhet ved søknad om AAP 2.10.22 var det satt hoveddiagnose «Utmattelse» og bidiagnose «Atferd påfallende unnnvikende». I epikrise fra DPS 28.8.23 var det satt diagnosene dystymi, tvangspreget personlighetsforstyrrelse og engstelig (unnnvikende) personlighetsforstyrrelse. Forsikrede innhentet vurdering av 15.9.25 fra spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, som konkluderte med en samlet vmi på 60 % som følge av CFS/ME.

Foretaket fremla vurderingen for rådgivende lege som 26.9.25 vurderte vmi til maksimalt 35 %, med henvisning til pkt. 1.9 og dom fra Hordaland tingrett.

Foretaket avslo kravet 22.10.25 under henvisning til at minstekravet om 50 % vmi ikke var sannsynliggjort oppfylt.

Fra vilkårene:

6 Annen Sykdom (enn yrkessykdom)

Forsikringen gir rett til erstatning ved:

- annen sykdom enn yrkessykdom som rammer den forsikrede og som medfører medisinsk invaliditet på minst 50 % eller ervervsuførhet på minst 40 % i et sammenhengende tidsrom av 2 år, og er bedømt å være varig. Disse betingelsene må være oppfylt i forsikringstiden. Ved vurderingen av om det foreligger sykdom, skal det legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis.
- annen sykdom enn yrkessykdom som rammer den forsikrede i forsikringstiden og som medfører dødsfall.

Regler erstatningsoppgjør

[...]

9.1 Oppgjørsregler

9.1.1 Menerstatning

Erstatningen fastsettes på grunnlag av den invaliditetsgraden som skaden/sykdommen representerer, alder og avtalt forsikringssum.

Medisinsk invaliditetsgrad fastsettes på grunnlag av invaliditetstabellene gitt av Sosialdepartementet i forskrift av 21.4.1997 nr. 373, del 11 og 11 1. Invaliditetsgraden fastsettes uten hensyn til yrke, nedsatt evne til inntektsgivende arbeid, fritidsinteresser o.l.

Dersom en skade/sykdom fører til flere skader/sykdommer på samme person, fastsettes invaliditetsgraden ut fra en samlet vurdering (kalt reduksjonsmetoden). Dersom skaden/sykdommen øker en tidligere funksjonsnedsettelse, gjøres fradrag i medisinsk invaliditet tilsvarende tidligere funksjonsnedsettelse.

Når andre forhold medvirker til at den medisinske invaliditetsgraden blir høyere enn det skaden alene tilsier, ytes forholdsmessig erstatning.

Forsikrede har i det vesentlige anført at den samlede vmi bør fastsettes til 60 %, subsidiært til minst 50 %, og at foretakets rådgivende leges vurdering tillegges redusert vekt som følge av manglende helhetsvurdering og manglende drøftelse av dokumenterte psykiske tilleggslidelser.

Forsikrede bestrider videre at saken kan avvises. Det anføres at avvisning medfører forskjellsbehandling, og at Finansklagenemnda har behandlet lignende saker, jf. eksempelvis 2023-287 og 2025-481. Saken er spesielt godt egnet for skriftlig behandling ettersom fastsettelse av vmi ikke er et medisinskfaglig eller bevismessig spørsmål, men kun et spørsmål om metode.

Den delen av saken som egner seg best for muntlig behandling er alvoret av sykdommen, men sykdommens alvor bør ikke være vanskelig å omsette i en bestemt invaliditetsgrad når metoden for fastsetting er klarlagt, jf. LG-2025-114554.

Til slutt vil avvisning stride mot rettssikkerhetshensyn, ettersom saker knyttet til CFS/ME blir henvis utelukkende til domstolene.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om saken skal avvises fra behandling i Finansklagenemnda.

Nemndas sekretariat avviste saken 28.4.26 i medhold av delegert avgjørelsesmyndighet, jf. lov om klageorganer for forbrukersaker § 22, jf. Finansklagenemndas vedtekter pkt. 4.1 bokstav d.

Det følger av Finansklagenemndas vedtekter pkt. 4.1 bokstav d) at en sak kan avvises dersom:

d) saken ikke lar seg behandle uten at dette i særlig grad går utover klageorganets effektivitet.

Det samme fremgår av lov om godkjenning av klageorganer for forbrukersaker § 14 første ledd bokstav f. Etter Prop. 32 L (2015-2016) pkt. 10.6.1.3 medfører dette at avvisningsregelen kan benyttes «der klageorganet ikke anser tvisten å være egnet for deres behandling, for eksempel på grunn av bevissspørsmål», jf. Prop. 32 L (2015-2016) pkt. 10.6.1.3.

Sekretariatet viste til at Finansklagenemnda har skriftlig saksbehandling, og at saker der det foreligger flere motstridende sakkyndige erklæringer, krever behov for tilgang til medisinsk kompetanse og muntlighet for å avklare korrekt invaliditetsgrad, jf. 2025-1170. Saken ville dermed ikke la seg behandle uten at dette i særlig grad ville gå ut over nemndas effektivitet.

Forsikrede krevde 13.5.26 saken fremlagt for nemnda. Forsikrede anførte at saken i hovedsak omhandlet den konkrete anvendelsen av invaliditetstabellen og at dette egnet seg for skriftlig saksbehandling. Videre at en avvisning av dette spørsmålet ville innebære svekkelse av forsikredes rettssikkerhet.

Nemnda har gjennomgått all den fremlagte dokumentasjonen i saken, og slutter seg til sekretariatets begrunnelse og konklusjon.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Saken avvises fra behandling i Finansklagenemnda.

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