

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-673

16.6.2026

Fremtind Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Kreft – faktisk kunnskap – meldefrist – fal. § 18-5.

Forsikrede fikk påvist prostatakreft, og fremsatte krav om utbetaling under Kritisk Sykdom forsikring 12.11.24. Foretaket avsto kravet som følge av at det var meldt for sent. Partene var uenige om når forsikrede fikk faktisk kunnskap om de forhold som begrunnet kravet. Saken reiser spørsmål om kravet er tapt som følge av at det er meldt for sent. Nemnda bemerket at den på bakgrunn av de fremlagte dokumentene ikke kunne se at forsikrede i tilstrekkelig grad hadde sannsynliggjort at han ikke fikk kunnskap om de faktiske forhold som var nedtegnet i journalen 13.9.22. Ettersom forsikrede meldte kravet mer enn ett år etter dette tidspunktet var meldefristen oversittet. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede tegnet Kritisk Sykdom forsikring 24.12.12.

I forsikringsbeviset som gjaldt fra 1.2.13 fremgår:

Utbetaling

Forsikringssummen utbetales som et engangsbetrag til forsikringstaker dersom forsikrede får stilt en av følgende diagnoser: kreft, hjerneslag, hjerteinfarkt, multippel sklerose (MS), nyresvikt, koronar bypass-operasjon / angioplastikk (PCI) eller organtransplantasjon. Dekningene er nærmere definert i punkt 2 i vilkårene for Kritisk Sykdom. Diagnosen må være stilt i forsikringstiden og før avtalt utløpsdato.

[...]

Meldefrist

Forsikrede, forsikringstaker eller den som har rett til erstatning må melde 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.

Foretaket sendte 20.12.21 ut forsikringsdokumenter ved fornyelse, gjeldende fra 30.4.20. Det fremgår av disse vilkårene:

Har du blitt rammet av en sykdom?

Husk at du må melde fra om dette innen ett år fra du oppdaget det. [...]

11. Foreldelse

Krav på forsikringssum som forfaller ved død, foreldes etter 10 år. Andre krav på erstatning eller forsikringssum foreldes etter 3 år. Fristen begynner å løpe fra utløpet av det kalenderår den berettigede fikk nødvendig kunnskap om det forhold som begrunner kravet. For øvrig kommer lovgivningens alminnelige regler om foreldelse til anvendelse.

Meldefristen fremgår også av fornyelsesdokumentene som ble sendt ut 20.12.22, gjeldende fra 15.8.22.

Det fremgår av epikrise 13.9.22 fra sykehus at det ble påvist forhøyet PSA til 4,8, samt at det ved undersøkelse ble funnet en "liten perifer T2a tumor i midtre prostata":

Som ønsket avtales det med pasienten at jeg oversender histologisvaret til urolog [...] for videre oppfølging.

Videre ble det notert i epikrise 22.9.22 at det i telefonkonsultasjon ble foreslått en avventende holdning og nye prøver og konsultasjon etter 5 mnd. Hoveddiagnose var lavgradig prostatakraft.

I epikrise 6.12.23 fremgås at det var en progresjon av kreftsykdommen.

Forsikrede fremsatte krav om erstatning under forsikringen ved skademelding 12.11.24, og opplyste:

Oppdaget forhøyet PSA i 22, diagnostisert med prostatakraft i lav kategori og satt på aktiv overvåkning i offentlig helsevesen. Stigende PSA verdi i år 9.5 ug/L, MR prostata 10/10-24 avdekket T-stadium basert på palpasjon og bildefunn: T2a, og biopsi 29/10-24 avdekket Gleason grad: 4 + 3 = score 7. Hoveddiagnose: C61 Ondartet svulst i blærehalskjertel

Foretakets rådgivende lege vurderte saken 20.1.25 og konkluderte med at forsikrede ville fått erstatning for T2 cancer i prostata om han hadde meldt fra i 2022.

Forsikrede har i det vesentlige anført at kravet ikke er meldt for sent. Foretaket har urettmessig lagt til grunn september 2022 som starttidspunkt for fristens utgangspunkt, da forsikrede første gang fikk konstatert lavgradig prostatakraft, ettersom denne diagnosen rent faktisk ikke oppfylte de kravene som stiltes i dagjeldende vilkår. Det fremkommer av vilkårene at prostatakraft må ha en Gleason score på 7 eller høyere eller en TNM-klassifisering på minst T2 N0 M0. At det ved diagnostiseringen i 2022 også var opplyst en alternativ TNM klassifisering, var ikke forsikrede kjent med i 2022. Forsikrede ble informert fra lege i 2022 om at sykdommen var relativt stabil og ikke krevde behandling. Sykdommen ble ufarliggjort i samtalen, og han fikk ikke på dette tidspunktet angitt en medisinsk diagnose som oppfylte kravene i forsikringsvilkårene. Det fremgår uttrykkelig av journalnotatet 13.9.22 at legen ikke informerte forsikrede om resultatet, men at histologisvaret ble oversendt urolog for videre oppfølging. Det var derfor ikke grunnlag for forsikrede å melde inn et forsikringskrav. Forsikrede fikk ikke tilsendt alle epikriser og journaler under sykdomsforløpet, og var derfor avhengig av å stole på den informasjonen han fikk av legene. Han kan da heller ikke lastes for å ikke ha slik kunnskap, og det foreligger således ikke sannsynlighetsovervekt for faktisk kunnskap om en diagnose iht. til vilkår slik at foretaket ikke kan påberope seg meldefristen.

Forsikrede fikk først kjennskap til en dekningsberettiget sykdom/diagnose i desember 2023, da han ble diagnostisert med C61 ondartet svulst i blærehalskjertel, Gleason score 7, en diagnose som kvalifiserte for forsikringsutbetaling. Forsikrede meldte kravet i november 2024, innenfor 12-månedersfristen i fal. § 18-5. Foretaket har også i løpet av sykdomsforløpet i 2022/2023 endret sine vilkår rundt diagnostisering knyttet til denne type sykdom. En mulig årsak til endringen kan være erfaringer rundt uklarheter rundt i de vilkår som hadde vært anvendt tidligere. Uklarheter i forsikringsvilkår skal tolkes til fordel for forsikringstakeren, og meldefristen kunne derfor ikke begynne å løpe før forsikrede fikk kunnskap om en diagnose som kvalifiserte for utbetaling, altså i desember 2023.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at kravet er for sent meldt.

Informasjon om meldefristen på ett år er inntatt i klagers forsikringsbevis, og gjentatt i oversendelsen av nye forsikringsdokumenter til forsikrede.

Det er ingen uklarhet i vilkårene når det kommer til hva slags prostatakraft som dekkes. Vilårene for Kritisk Sykdom-produktet må nødvendigvis være medisinske. Kundene må derfor melde kravet til foretaket, slik at det kan innhente medisinske opplysninger og gjøre en vurdering av om sykdommen er dekket. Foretaket kan ikke ta risikoen for at kundene selv feilvurderer diagnoser de har fått og derfor lar være å melde kravet.

De forhold som begrunner kravet i denne saken er kreftdiagnosen som forsikrede ble kjent med allerede i september 2022. Han fikk beskjed om at diagnosen ikke krevde umiddelbar behandling og at det var en relativt vanlig form for prostatakreft, men hadde like fullt blitt gjort kjent med at han hadde fått en kreftdiagnose. Det fremgår av epikrisen fra 13.9.22 at tumoren var vurdert til T2. Dette er i samsvar med rådgivende leges uttalelse om at en prostatacancer som er palpabel per er definisjon er T2. Forsikrede ville derfor fått erstatning for T2 kreft i prostata dersom han hadde meldt kravet i tide, ettersom unntakene i vilkårspkt. 3.1 ikke kom til anvendelse. Selskapet fastholder derfor at kravet er for sent fremsatt ved skademeldingen den 12.11.24, over to år senere.

Ettersom forsikrede angivelig har gjort en vurdering av at diagnosen han ble meddelt på sykehuset i 2022 ikke oppfylte kravene som stilles i vilkårene, da han fikk vite at det var lavgradig kreft med Gleason score 3 + 3, må det antas at han var kjent med vilkårene da han fikk diagnosen. I vilkårene fremgår det også andre kriterier enn Gleason score, som kan gi rett til utbetaling ved prostatakreft, jf. «minst (T2 N0 M0) i klassifiseringssystemet TNM». Det fremgår ikke av klagen hvordan forsikrede kunne konkludere med at heller ikke disse kriteriene var oppfylt og at hans kreftsykdom ikke kvalifiserte til utbetaling, da han kun hadde fått diagnosen meddelt muntlig og angivelig ikke hadde sett noen skriftlig dokumentasjon. Det fremstår uansett underlig at klager kunne være så sikker på dette, uten å undersøke om kreften var utviklet til minst T2 N0 M0 i klassifiseringssystemet TNM. Foretaket har også bemerket at det fremstår noe selvmotsigende når forsikrede først sier at han ikke hadde tilegnet seg noen kunnskap om kreftsykdom, men samtidig sier at han allerede i 2022 så gjennom forsikringsvilkårene og vurderte disse opp mot kreftdiagnosen sin.

Foretakets nye vilkår gjeldende fra 15.8.22, ble ikke sendt ut til forsikrede før i desember 2022. Dvs. etter at han fikk kreftdiagnosen som var dekningsmessig under vilkår av 30.4.20, som gjaldt på tidspunktet da han fikk kreftdiagnosen. Det er formelt sett vilkårene av 30.4.20 som gjelder for dette forsikringstilfellet.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om kravet er tapt som følge av at det er meldt for sent, jf. fal. § 18-5.

Fal. § 18-5 første ledd fastsetter at den som «i ulykkes- eller sykeforsikring har rett til erstatning, mister retten dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at den berettigede fikk kunnskap om de forhold som begrunner kravet».

Fristen for å melde krav til foretaket skal fremheves i et «skriftlig forsikringsbevis» som foretaket skal «gi» forsikrede, jf. fal. §§ 11-2, 19-4, jf. § 11-1 annet ledd bokstav c. Forutsetningen for at foretaket skal kunne påberope seg meldefristen er altså at den fremgår av forsikringsbeviset som forsikrede har fått tilsendt. Videre at forsikrede har «fått» forsikringsbeviset.

Etter ordlyden i fal. § 18-5 første ledd er det avgjørende når forsikrede "fikk kunnskap" om de forhold som begrunner kravet. Nemnda har i flere saker lagt til grunn at fristen begynner å løpe på det tidspunktet forsikrede oppfyller vilkårene for å få en utbetaling, jf. f.eks. 2024-330, 2024-329, 2022-506, 2019-369 og 2017-644.

Nemnda har i avgjørelse 2019-982 lagt til grunn at villfarelse med hensyn til hvem eller hva som er omfattet av forsikringsdekningen er uten betydning for meldefristen i fal. § 18-5, såfremt foretaket har gitt tilstrekkelig informasjon om meldefristen etter fal. § 11-2 annet ledd bokstav c. Det samme ble resultatet i avgjørelse 2017-644, 2017-15 og 2019-369.

Det er på det rene at meldefristen er fremhevet i forsikringsbeviset som ble utstedt forsikrede ved tegning, og er gjentatt ved senere fornyelse.

Det følger av vilkårene gjeldende fra 30.4.20 under vilkårspkt. 3.1 for «Kreft»:

Forsikringen dekker ondartede svulster og diagnosen skal være basert på resultatet av histologisk undersøkelse. [...]

Unntak fra dekningen:

[...] Prostatakreft med mindre den er utviklet til minst (T2 N0 M0) i klassifiseringssystemet TNM, eller har en Gleason score på 7 eller høyere. [...]

Det følger av vilkårene gjeldende fra 15.8.22 under vilkårspkt. 3.1 for «Kreft», som gjaldt på tidspunktet da forsikrede fikk kreftdiagnosen at:

Forsikringen dekker kreftsykdom tilsvarende kodegruppe C i ICD-10. Diagnosen skal være stilt i spesialisthelsetjenesten og skal som hovedregel være basert på resultatet av histologisk undersøkelse.

Unntak fra dekningen:

[...] Kreft i prostata som ikke er palpabel eller påvisbar ved bildediagnostikk eller som klassifiseres med en Gleason score på mindre enn 7 (<7)

Foretaket har opplyst at forsikringsvilkårene sendes til forsikrede i slutten av desember hvert år, slik at da forsikrede fikk diagnosen i september 2022, var det vilkårene av 30.4.20 som formelt sett gjaldt for ham. De nye vilkårene gjeldende fra 15.8.22, ble altså ikke sendt ut til forsikrede før i desember 2022, dvs. etter at han fikk kreftdiagnosen, men de kan ha ligget ute på foretakets nettsider allerede i september 2022.

Som nevnt over er det uten betydning om forsikrede var klar over forsikringsdekningen og dens omfang, herunder hvilke kriterier som måtte være oppfylt. Nemnda påpeker likevel at dette er en individuell forsikring, hvor forsikrede selv har inngått en avtale om dekning for kreft.

Spørsmålet er etter dette når forsikrede kan anses å ha hatt kunnskap om de faktiske forhold som utgjorde forsikringstilfellet, som er det samme i begge vilkårssett.

Slik saken er opplyst for nemnda (senest ved advokatbrev av 1. juni d.å.), og basert på nemndas skriftlige saksbehandling, kan nemnda ikke se at forsikrede i tilstrekkelig grad har sannsynliggjort at han ikke fikk kunnskap om de faktiske forhold som er nedtegnet i hans journal 13.9.22.

Meldefristen må derfor anses å ha startet 13.9.22. Forsikrede meldte kravet 12.11.24.

Meldefristen på et år er derfor oversittet og kravet er tapt.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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