

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-846

7.8.2026

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – tegning – opplysninger - grov uaktsomhet – oppsigelse – fal. §§ 13-1, 13-2, 13-3 og 13-4.

Forsikringstaker tegnet barneforsikring for sitt barn (forsikrede) i 2017. I helseerklæringen opplyste hun om synsplager, men leverte en ellers «ren» erklæring. Hun svarte bl.a. nei på spørsmål om barnet hadde en utviklingshemming eller om helsepersonell hadde påpekt at barnets fysiske eller psykiske utvikling avvek fra jevnaldrende, om barnet var blitt undersøkt for plage/symptom som ikke var blitt nevnt i skjemaet, og om det var anbefalt/planlagt fremtidig undersøkelse/behandling i forbindelse med dette. I 2024 fikk barnet påvist atypisk autisme og ADHD, og forsikringstaker meldte krav under forsikringen. Foretaket innhentet helseopplysninger, som viste undersøkelser og oppfølging av barnet før tegning i forbindelse med sen motorisk utvikling. Foretaket mente derfor at forsikringstaker grovt uaktsomt hadde forsømt opplysningsplikten ved tegning, og avkortet utbetalingen av de fremsatte kravene med 50 % og sa opp dekningene for barnet. Saken reiste spørsmål om forsikringstaker ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avkorte kravet og si opp dekningen. Nemnda bemerket at journalen fra helsestasjonen ikke var veldig tydelig på plager og omfang av disse. Ut over synsplager som det var opplyst om, kunne ikke nemnda se at foretaket med sannsynlighetsovervekt hadde dokumentert uriktige opplysninger om annet enn henvisning til hørselsundersøkelse. Når dette ikke senere var omtalt, og ikke lenger fremstod aktuelt ved tegning, kunne ikke nemnda se at forsikringstaker var mer enn lite å legge til last for at hun ikke opplyste om dette. Nemnda ga forsikringstaker medhold.

Saksfremstilling

Forsikringstaker (mor) tegnet i januar 2017 en barneforsikring på barnet, med dekninger for bl.a. utvidet hjelpestønad, sykehusopphold, utvalgte sykdommer, uførhet og varig medisinsk invaliditet. Begge foreldre er i nåværende forsikringsbevis oppgitt som forsikringstakere, med samme adresse.

Før tegning

Ved 5-månederskontroll i oktober 2012 noterte helsestasjonen at forsikrede var svak i høyre skulder, og henviste til fysioterapeut for vurdering.

I notat desember 2015 etter ekstrakontroll fremkommer at bakgrunnen for kontakten var at mor ønsket vurdering av barnets hørsel. Videre at forsikrede brukte briller, samt at barnet var noe senere enn andre barn hva gjaldt grov- og finmotorikk. Videre at forsikrede ikke var "tørr" enda.

Helsestasjonen var i januar 2016 i kontakt med barnehage for utredning av hørsel, og det ble avtalt videre samarbeid vedrørende kartlegging og tester.

Barnehagen kontaktet helsestasjonen i mai 2016 etter å ha tatt ASQ og RAS-test. Det fremkom igjen at forsikrede var noe sen grov- og finmotorisk i forhold til barn på samme alder, samt at forsikrede trengte forutsigbarhet og mindre grupper for å kunne være konsentrert. Det fungerte fint i barnehagen, så helsestasjonen så ikke grunn for ytterligere henvisninger.

Foretaket har opplyst at ASQ-test er «kartlegging av kommunikasjon, grovmotorikk, finmotorikk, problemløsningsevner, og personlig/sosial utvikling», og at RAS er «kartlegging av språkutvikling».

Barnehagen var på ny i kontakt med helsestasjonen i desember 2016 og opplyste at forsikrede var veldig myk i ledd og motorisk forsinka. Videre at forsikrede ble "fjern" enkelte dager, og at hen da kunne ha uhell med avføring. Det ble avtalt at helsestasjonen skulle observere forsikrede noen dager senere. Etter denne observasjonen samme måned ble det notert at forsikrede trengte å øve på balanse, og det ble avtalt ny observasjon noen uker senere.

I helseerklæring signert av mor med BankID 23.1.17 ble det opplyst om synsplager, spesifisert som langsynthet. Forsikringstaker svarte nei på spørsmålene:

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

Er det mistanke om sykdom, eller er det anbefalt/planlagt framtidig undersøkelse/behandling/operasjon ut over det som er nevnt tidligere i skjemaet.

Har barnet et syndrom, utviklingshemming eller handicap, eller har helsepersonell påpekt at barnets fysiske eller psykiske utvikling avviker fra jevnaldrende.

Forsikringstaker (mor) bekreftet ved signatur:

Jeg erklærer med dette at opplysningene som er gitt i helseerklæringen er så fullstendige og nøyaktige som mulig. Jeg er kjent med at disse opplysningene, sammen med opplysninger som hentes inn fra andre, danner grunnlaget for forsikringsavtalen med If. Jeg er kjent med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til at forsikringen blir sagt opp, at den ikke blir utbetalt, og at If ved svik kan si opp de andre forsikringene jeg har i selskapet.

Etter tegning

I forbindelse med henvisning til utredning ved BUP, skrev helsestasjon i april 2018 at forsikrede strevde med overganger. Helsestasjonen anbefalte vurdering hos spesialist.

Av journalnotat samme måned fra sykehus fremkom at forsikrede hadde en klart sen utvikling i forhold til forventet, og det ble anbefalt utredning av kognitiv funksjon, og tatt kromoson- og genprøver.

Helsestasjon noterte i mai 2018 i forbindelse med overgang til skole at foreldrene tidlig hadde reagert på forsikredes motoriske utfordringer, og at forsikrede ventet på utredning ved BUP. Videre at helsestasjonen mente forsikrede hadde behov for ekstra ressurs ved skolestart, for så å evaluere behovet.

Forsikrede ble utredet ved BUP i perioden mai til desember 2018, som redegjorde for forsikredes utfordringer, og forsikrede fikk diagnosen R45,8 "Andre spes. sympt./tegn med kilkn. til emosjonell tilstand". Det ble anbefalt videre veiledning med fokus på arbeid med hvordan forsikrede kunne ta egne initiativ til mestring.

Forsikrede ble fulgt opp videre av BUP i februar og april 2023. Oppsummert fremkom noe sen språkutvikling, samt at det siden 3 års alder hadde vært bekymring knyttet til den motoriske utviklingen. Tester viste ingen tydelig indikasjon på nonverbale vansker.

Barnepsykiatrisk post noterte etter innleggelse/utredning i januar 2024 at forsikrede fremsto med symptomer i autismespekteret, og det ble satt diagnose atypisk autisme, da det ikke var klare symptomer før 36 måneder og noe sprikende resultater i utredningen.

Forsikringstaker (far) fylte ut skademelding 29.1.24. Han opplyste om innleggelse ved BUP i perioden desember 2023 til utgangen av januar 2024, første legekonsultasjon «ca dato 05.05.2018» og diagnose at diagnosen ble satt i januar 2024. Videre:

Har fått påvist følgende etter utredning: Diagnose(r): F 84.1 atypisk autisme F 90.0 forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet F 98.0 ikke organisk enurese F 98.1 ikke organisk encoprese Akse 2: spesifikke utviklingsforstyrrelser: F 82 spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter Akse 3: evnenivå 3000 ikke påvist psykisk utviklingshemning Akse 4: somatisk sykdom 4000 ingen tilstand påvist Akse 5: psykososiale faktorer: 8.0 disharmoniske relasjoner med jevnaldrende Akse 6: funksjonsnivå CGAS 50-41: moderat påvirket funksjon på de fleste sosiale områder eller alvorlig forstyrrelse av funksjon på et område CGAS ved inntak: 48.

Det ble opplyst om:

Videre oppfølging fra BUP [...] både ved atypisk autisme og ADHD. Muligens medisinsk oppfølging knyttet til ADHD, men SL må gjennom kursing og utprøving før det bestemmes.

Videre ble det opplyst om innvilget hjelpestønads sats 3 fra Nav og langvarige sykehusopphold.

Etter flere påminnelser, mottok foretaket fullmakt fra forsikringstaker 6.4.24.

Foretaket ba om erklæring fra fastlege 11.4.24, og sendte purringer til legekontoet 14.6.24 og 30.7.24.

Foretaket mottok fastleges legeerklæring 9.8.24 som besto i henvisning til ulike journaler fra etter 2020.

Fra august 2024 til januar 2025 innhentet og purret foretaket regelmessig på journaler fra flere BUP-instanser. Det var også behov for journal fra helsestasjon.

Foretaket la i brev av 23.1.25 til grunn at forsikringstaker (mor) grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning. Foretaket avkortet derfor kravet med 50 % og sa opp dekninger. Det ble det informert om adgang å klage til kundeombud og til Finansklagenemnda.

Forsikringstakerne har i det vesentlige anført at de ikke ga uriktige helseopplysninger.

På tegningstidspunktet var det ingen medisinske funn eller diagnose, og barnets utvikling var vurdert å være innenfor det normale. Det er ikke kritikkverdig, og i alle fall ikke grovt uaktsomt, å ikke opplyse om eventuelle bekymringer forsikringstakerne hadde som foreldre når disse var uten medisinsk begrunnelse. Det er stor variasjon i små barns utvikling, og tiltak i barnehage var innenfor det normale. Dette bekreftes av at to vurderinger ved BUP var uten konkrete funn eller holdepunkter for utviklingsforstyrrelser. Saken må vurderes ut fra de spørsmål foretaket stilte, og forsikringstaker (mor) ikke hadde rimelig grunn til å tro at det var noe ut over ordinære bekymringer som mange foreldre har. Forsikredes foreldre fikk heller ikke noen annen tilbakemelding fra helsestasjon eller barnehage før lenge etter tegning april 2017. Dette må også ses i lys av at barnet ble født tre uker før termin, og at forsikrede var sterkt synshemmet. Forsikrede fikk ikke noen særlig oppfølging av fysioterapeut, hen var ikke henvist, og det er uklart hvor foretaket har denne anførselen fra. Barnehagen fikk regelmessig besøk av fysioterapeut uavhengig av forsikrede. At barnet fikk hjelp av denne er i tråd med formålet med slike besøk, og betyr ikke at forsikredes utvikling ikke var innenfor normalen.

Saken må også vurderes i lys av at det var foretaket som tok initiativ til gjennomgangen av dekninger som ledet frem til tegningen, og at dette ikke var fordi forsikringstakerne var urolige for barnets utvikling. At tegningen sammenfalt i tid med kontroll på helsestasjon var tilfeldig.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikringstaker grovt uaktsomt ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og at foretaket kan avkorte utbetalingen med 50 %, samt si opp hele dekningen for barnet. Det er bla. vist til journaler fra helsestasjon og fra lege/sykehus/BUP fra 2018, og tilrettelegging barnehagen gjorde for forsikrede. Samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon tilsier at barnets utvikling ikke ble vurdert å være innenfor det normale. Selv om forsikrede ikke hadde fått noen diagnose ved tegning, forelå det symptomer på sen utvikling. Hadde foretaket fått opplysninger om hvordan barnets situasjon var på tidspunktet for tegningen, ville forsikrede fått midlertidig avslag på forsikringen, jf. forsikringsavtaleloven § 1B-3.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikringstaker ga uriktige helseopplysninger ved tegning, og om foretaket i så tilfelle kan avkorte kravet og si opp dekningen, jf. fal. §§ 13-1 a, 13-2 og 13-3.

Det er en forutsetning for at foretaket kan påberope seg at forsikrede svikaktig eller uaktsomt har brutt sin opplysningsplikt ved tegning slik at foretaket kan avkorte utbetalingen, 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 tar derfor først stilling til 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. fal. § 13-13 annet ledd annet punktum, jf. 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, der det legges til grunn at en kvalifisert mistanke kan være tilstrekkelig for at fristen begynner å løpe. Lengden på fristen 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 aktuelle sak har foretaket gitt en detaljert oversikt over sakens behandling i foretaket. Det fremgår at foretaket måtte purre på forsikringstakere og senere fastlege gjentatte ganger. At foretaket gikk skrittvis frem for å få nødvendig informasjon var i samsvar med krav i GDPR-direktivet, og at foretakene ikke skal be om mer dokumentasjon enn det som er nødvendig. Fremdriften i saken må sees i lys av disse forhold, og nemnda finner etter en konkret vurdering at foretakets avslag er gitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13.

Fal. § 13-2 annet ledd fastsetter at foretakets 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.

Er skyldgraden mer enn lite til last, men som ikke er grovt uaktsomt, gjelder det ved livsforsikring en 2-årsgrense for foretaket til å påberope seg de uriktige opplysningene, jf. § 13-4 annet ledd.

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/forsikrede å gi «riktige og fullstendige svar» på foretakets spørsmål. På foretakets

oppfordring skal forsikringstaker/forsikrede dessuten «gi opplysninger om særlige forhold» som forsikringstaker/forsikrede «må forstå er av vesentlig betydning» for foretakets vurdering av risikoen. 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/forsikrede 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 beviskravet ved anførsel om grov uaktsomhet er tilnærmet lik den som gjelder for svik, og som er klar sannsynlighetsovervekt både for spørsmålet om det ble gitt uriktige opplysninger, og om dette ble gjort med den nødvendige skyld, jf. Rt-2000-59. I bevisvurderingen tillegger nemnda tidsnære bevis størst vekt. Særlig gjelder dette beskrivelser foretatt av fagfolk for å få klarlagt en tilstand, f.eks. nedtegnelser i legejournaler om funn og pasientens symptomer. Bevis som er tilkommet senere tillegges mindre vekt, spesielt opplysninger som har tilkommet etter at det oppstod uenighet med selskapet. Dette er i tråd med prinsippene Høyesterett har lagt til grunn for bevisvurderinger, jf. blant annet HR-2018-2344 avsnitt 39 og 40 og Rt-1998-1565, og er dessuten et utslag av nemndas skriftlige saksbehandling. For å sannsynliggjøre et faktum som ikke har støtte i den tidsnære dokumentasjonen, kreves som et utgangspunkt muntlige forhandlinger for de ordinære domstolene, jf. nemndas avgjørelser 2021-318 og 2021-1.

Nemnda tar først stilling til om forsikringstaker objektivt sett ga uriktige opplysninger.

Foretaket har anført følgende spørsmål uriktig besvart:

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

Er det mistanke om sykdom, eller er det anbefalt/planlagt framtidig undersøkelse/behandling/operasjon ut over det som er nevnt tidligere i skjemaet.

Har barnet et syndrom, utviklingshemming eller handicap, eller har helsepersonell påpekt at barnets fysiske eller psykiske utvikling avviker fra jevnaldrende.

Innledningsvis bemerkes at de to første spørsmålene viser til andre forhold/tidligere spørsmål i skjemaet. Når foretaket ikke har vedlagt de foregående spørsmålene, er det vanskelig for nemnda å ta stilling til om de aktuelle spørsmålene er uriktig besvart eller ikke. Det forhold at foretaket har bevisbyrden, innebærer at usikkerhet om dette er foretakets risiko.

Det er fremlagt lite tidsnær dokumentasjon for tiden før tegning ut over det som ble notert på helsestasjonen. Etter det opplyste er det innhentet journal fra fastlege, men det er ikke vedlagt noen relevante notater. Ut over helsestasjonens notater er det knapt annen tidsnær dokumentasjon om grad og omfang av denne utviklingen. Det er i journal fra helsestasjonen vist til opplysninger fra barnehage. Nemnda har merket seg at foretaket mener kommunikasjonen/samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjonen tilsier at barnet ikke ble vurdert innenfor normal utvikling, men foretaket har tilsynelatende likevel ikke innhentet opplysninger direkte fra barnehagen. Saken fremstår etter nemndas syn som lite utredet med tanke på andre tidsnære notater før tegning. Usikkerhet om hva disse inneholder er foretakets risiko.

Barnet var drøyt 4 år og 8 måneder gammelt ved tegning. Nemnda legger til grunn at dersom barnets plager ble ansett å være avvikende fra det som er forventet innen normalområdet, eller det var mistanke om feil og plager av betydning, måtte det forventes at barnet var undersøkt av

lege eller annet spesialist helsepersonell med tanke på utviklingsforstyrrelse ol., eller i det minste henvist til slike undersøkelser. Slik saken er opplyst for nemnda synes det ikke å være gjort noe før i april 2018, mer enn ett år etter tegning. Det var først i april 2018 at det av medisinsk kompetanse ble vurdert at barnet motorisk *mulig* var utenfor normalområdet.

Motoriske utfordringer nevnt i notat av desember 2016 ble slik nemnda forstår det, i noen grad vurdert å være knyttet til barnets nedsatte syn og relativt sterke langsynthet, som det også ble opplyst om i helseskjema. Av journalene fremgår tiltak for barnet i barnehagen. Etter nemndas syn er imidlertid opplysningene om dette så begrenset at det ikke kan legges til grunn at foretaket har sannsynliggjort tiltak ut over det som kan forventes i barnehage innenfor normale utviklingsvariasjoner for mindre barn.

Fremlagt journal fra helsestasjonen gir holdepunkter for sen motorisk utvikling. I lys av vurderingene ovenfor finner nemnda det likevel usikkert i hvilken grad, og ikke minst om dette lå utenfor eller innenfor normalområdet for aldersadekvat utvikling.

Etter nemndas syn kan det ikke legges til grunn at også utvikling i nedre normalområdet omfattes av ordlyden i spørsmålet om «utvikling avviker fra jevnaldrende». I så fall måtte foretaket minst ha sannsynliggjort at dette ved tidspunktet lå på grensen mot utviklingsforstyrrelse, noe som ikke er tilfellet slik saken er opplyst. Etter dette finner nemnda at foretaket ikke har sannsynliggjort at forsikringstaker ga objektivt uriktig svar på det aktuelle spørsmålet.

I notat fra april 2018 ble det vurdert motorisk utvikling i nedre normale grad eventuelt lettere utviklingshemming. Dette var imidlertid mer enn ett år etter tegning. Foretaket har også vist til senere notater der det ble notert at forsikringstakerne hadde opplyst at de allerede tidlig mente utviklingen var senere enn søsken og andre barn. I lys av retningslinjer for nemndas bevisvurdering, har slike senere notater som viser til mulige funn og mistanker tilbake i tid mindre vekt.

Til spørsmål om undersøkelser/behandlinger og henvisninger til slike, ble barnet henvist til undersøkelse av hørsel i desember 2015. Det er ikke vedlagt dokumentasjon på at slike undersøkelser ble gjort, og det er heller ikke senere omtalt før tegning. Nemnda forstår journalen slik at forsikrede var språklig og sosialt velfungerende i desember 2016. På tegningstidspunktet fremstår spørsmålet om mulig hørselshemming ikke lenger som relevant.

Hva gjelder tester, ASQ, Tras og «Alle med», synes dette å være skjema som foreldrene skulle fylle ut. Videre behandling av disse er uklar. Nemnda finner etter en konkret vurdering at disse uansett ikke omfattes av en naturlig språklig forståelse av «undersøkelse» i spørsmålene.

Journalen fra helsestasjonen er ikke veldig tydelig på plager og omfang av disse. Ut over synsplager som var opplyst om, kan ikke nemnda se at foretaket med sannsynlighetsovervekt har dokumentert uriktige opplysninger om annet enn henvisning til hørselsundersøkelse. Når dette ikke senere er omtalt, og ikke lenger fremstod aktuelt ved tegning, kan ikke nemnda se at forsikringstaker var mer enn lite å legge til last for at hun ikke opplyste om dette.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

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