

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2018-115

16.2.2018

Protector Forsikring ASA

Sykeforsikringer/barnekasko

Vmi for flere sykdommer/plager – renter fra meldetidspunkt? – fal. § 18-4.

Forsikrede fikk PTSD etter å ha vært utsatt for jordskjelv i 2011, og krevde erstatning i 2013. Selskapet utbetalte ménerstatning i 2017. Tvist om selskapet pliktet å svare renter av erstatningen fra kravtidspunktet. Sekretariatet avgjorde saken i medhold av delegert myndighet og la til grunn at forsikringstilfellet ikke inntraff før det var fastsatt en vmi på minst 50 %, dvs. i 2017. Nemnda var enig i sekretariatets avgjørelse og selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1968, ingeniør) var i T. under et kraftig jordskjelv mars 2011. Hun er medlem av en kollektiv uføreforsikring som bl.a. inneholder dekningen Annen Sykdom, og krevde erstatning 29.4.13.

I en "trygdeerklæring" til Nav 24.3.15, utferdiget av DPS ved S. sykehus, heter det blant annet:

4. Pas. er varig skadet og vil aldri bli kvitt symptomene slik vi ser det og hun vil ikke bli i stand til å komme tilbake i ordinært arbeid. ...

5. ... Vi kan videre ikke se at pas. vil være i stand til noen form for omskolering og klare et yrke av noen slag. Hennes psykiske plager er av en slik art at hun bør betraktes som varig ufør.

Selskapet utbetalte erstatning for tap i fremtidig erverv 21.4.15.

Selskapets rådgivende lege, D., uttalte 19.6.15:

Pasienten lider av PTSD ... Hennes tilstand er alvorlig og anses å være varig.

...

Pasientens tilstand faller under punkt 1.10.1 c) som gir varig medisinsk invaliditet på 34-54 %. 54 % er høyeste invaliditetsgrad for PTSD og inkluderer blant annet vegetative symptomer). Hennes vmi vurderes til 40-45 %.

Krav om erstatning for varig medisinsk invaliditet (vmi) ble avslått 24.6.15.

Selskapet innhentet en psykiatrisk spesialisterklæring fra dr. N., som 17.2.16 konkluderte:

Ut fra ovenstående finner jeg at skadelidtes psykiatrisk relaterte plager er klart mer uttalte enn angitt under punkt a. Og jeg vil vurdere dem til å ligge i det midtre område av punkt b, og da ca. 25 %.

Selskapet avsto kravet på ny 19.9.16, fordi det ikke var dokumentert vmi på minst 50 %. Deretter anmodet selskapet 8.11.16 om å få innsyn i forsikredes journaler. Selskapets rådgivende lege vurderte saken på nytt og konkluderte 24.1.17 med at forsikredes totale vmi etter reduksjonsmetoden utgjorde 52 %. Selskapet skrev 10.4.17:

... Menerstatning vil således komme til utbetaling idet den utgjør minst 50 %.

Forsikringssummen er utvidet til 10G. I hht. forsikringsvilkårenes pkt. 7.21 skal det da utbetales 45 % av forsikringssummen, dvs. 45 % av 10G (kr 416.592) Din klient er 48 år slik at det skal nedtrappes med (2 x 2 %) 4%. Til utbetaling kommer da kr 399.928.

Krav om renter fra tidspunktet da erstatningskravet ble meldt, ble avslått 20.4.17.

Forsikrede har i det vesentlige anført det ikke er riktig at de fysiske symptomene gjorde at hun fikk en total vmi på 50 % en gang i slutten av 2015. Det var ingen endring av hennes tilstand i slutten av 2015 som gjorde at vmi da ble høyere. Det er bare rådgivende leges vurdering som har endret seg, og det skyldes at vedkommende ikke hadde hatt fullstendig innsyn i journaler ved sin første vurdering.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikringstilfellet, dvs. rett til vmi-erstatning, etter vilkårene tidligst inntraff to år etter at forsikrede hadde fått en vmi på minst 50 %. Hun hadde ikke, utfra journalene, en samlet vmi på minst 50 % før i slutten av 2015, og forsikringstilfellet inntraff derfor strengt tatt ikke før i slutten av 2017. Selskapet utbetalte således menerstatningen før forsikringstilfellet inntraff, og er derfor ikke ansvarlige for noen renter.

Sekretariatets avgjørelse:

Nemndas sekretariat avgjorde saken 21.12.17 medhold av delegert avgjørelsesmyndighet, jf. lov om klageorganer for forbrukersaker § 22, jf. pkt. 11 i saksbehandlingsreglene. Forsikrede fikk ikke medhold i klagen.

Etter pkt. 2.8 i vilkårene inntreffer forsikringstilfellet "på det tidspunkt forsikrede har vært minst 50 % medisinsk invalid i en sammenhengende periode på 2 år som følge av sykdommen, og invaliditeten er bedømt å være varig". Sekretariatet la til grunn at forsikringstilfellet ikke inntraff før det var fastsatt vmi på minst 50 %, noe som først var tilfellet ved rådgivende leges vurdering 24.1.17. Det var ikke avgjørende hvorvidt det hadde inntruffet en endring av forsikredes fysiske symptomer, da en vmi på minst 50 % uansett ikke var dokumentert før dette tidspunktet. Det ble vist til bl.a. nemndas avgjørelse 2017-630, hvor det ble lagt til grunn at utgangspunktet for renteplikten er det tidspunktet forsikrede bedømmes varig medisinsk invalid, dvs. når det foreligger en fastsettelse av vmi.

Videre viste sekretariatet til at selskapet 8.3.16 etterspurte medisinsk dokumentasjon for å vurdere nødvendigheten av å innhente spesialisterklæring, noe det ikke hadde mottatt pr. 18.11.16. Etter sekretariatets syn kunne forsikrede uansett ikke kreve renter for denne perioden, jf. fal. § 18-4 tredje ledd jf. § 18-1.

Forsikrede klaget avgjørelsen til nemnda, jf. tredje ledd i samme punkt i saksbehandlingsreglene. Det er ikke lagt frem ny dokumentasjon av betydning for nemndas avgjørelse.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Nemnda er enstemmig enig i sekretariatets avgjørelse.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Hege Opheim (nøytralt oppnevnt medlem), Mildrid Felland (selskapsrepresentant), Gro Farestvedt (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Ingebjørg Kiil (forbrukerrepresentant).