

# Finansklagenemnda Person

## Avgjørelse FinKN-2018-606

10.9.2018

**SpareBank 1 Forsikring AS (Liv)**

**Sykeforsikringer/barnekasko**

Tidspunkt for renteberegning – bedømt varig medisinsk invalid – fal. § 18-4 første ledd.

Forsikrede fikk utbetalt erstatning under en barneforsikring og hevdet at renter skulle beregnes fra det tidspunkt hennes tilstand ble ansett som stabil. Selskapet hevdet at dets renteplikt først startet å løpe når varig medisinsk invaliditetsgrad ble fastsatt. Nemnda bemerket at det følger av vilkårene at det må være fastsatt en vmi for at forsikringstilfellet skal anses å ha inntruffet og selskapet ble gitt medhold.

---

### Saksfremstilling

Forsikrede (f. 2003) fikk 14.2.07 diagnosen "F85 Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter". Overlege R. skrev i et poliklinisk notat av 10.11.09 at sykehuset i februar 2007 konkluderte med at forsikrede representerte "et grensetilfelle i forhold til en svært lett grad av cerebral parese, men var likevel enige om at vi ikke valgte å gi henne noen CP diagnose, men å kalle dette en motorisk utviklingsforstyrrelse". Det heter videre under overskriften Vurdering:

... er en 6 år og 9 måneder gammel jente med motoriske vansker og har også vansker følelsesmessig og sosialt. Ved undersøkelsen i dag finner vi at hun fortsatt er umoden motorisk samt litt hypoton i muskulaturen og med CATCH i begge ankler og livlige senereflekser, men likevel uten sikker spastisitet. Jeg konkluderer derfor også denne gangen med at hennes tilstand befinner seg i et grenseområde mot cerebral parese, men at jeg likevel heller ikke denne gangen synes at hun helt fyller kriteriene for denne tilstanden. ...

Diagnosen ble opprettholdt 22.3.10 etter et samarbeidsmøte mellom overlege R., nevropsykolog og fysioterapeut ved barnerehabiliteringen. I et notat fra møtet heter det blant annet at det "konkluderes ... med at hennes vansker skyldes en hjerneorganisk årsak og diagnosen motorisk utviklingsforstyrrelse opprettholdes".

Forsikringstaker fremsatte krav om utbetaling 28.10.12 og opplyste at forsikredes plager bestod i "motorisk utviklingsforstyrrelse med hjerneorganisk årsak. Ligger i grenseland til cerebral parese". Diagnosen ble opprettholdt av dr. M. ved barnerehabiliteringen i et poliklinisk notat datert 6.5.13. I forbindelse med innhenting av opplysninger om forsikrede, skrev overlege M. 4.7.13:

...

2. Hun har en lett utviklingsforstyrrelse motorisk. Hun har økt trettbarhet, noe smerter i muskulatur og et litt avvikende bevegelser mønster. Ved undersøkelse i mai-13 ble det funnet antydning spastisitet i ankler og lett tremor.

3. Tilstand holder seg helt stabil. Den vil trolig gjøre det videre fremover, men dette kan en ikke si noe sikkert om.

4. Det er vanskelig å sette noen foreløpig invaliditetsgrad. Det er relativt lette vansker.

Selskapet avsto erstatning 8.8.13 fordi rådgivende lege mente at tilstanden ikke ga noen varig medisinsk invaliditet (vmi).

Fordi forsikrede hadde "en varig og vesentlig nedsatt funksjon pga. sykdom, skade eller lyte" tilkjente Navs hjelpemiddelsentral forsikrede stønad til hjelpemidler 7.12.15.

Forsikringstaker fremsatte igjen krav 22.9.17.

Selskapet vedtok 21.11.17 å utbetale erstatning for 15 % vmi. Selskapets rådgivende lege hadde uttalt:

Etter utredninger både i Barne- og ungdomspsykiatrien, jfr epikrise 170817 og i "Habiliteringstjenesten for barn og unge" (HABU), jfr tverrfaglig notat 190917, ved S ... slutter man seg til diagnosen "F82 spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter". Det fremkommer at hun har en helt lett økt tonus i begge ben, men hun kan løpe og gå, kan ha vansker med å gå på hælene, hinker også noe mindre sikkert på en side, men kan delta i klatring, svømming og padling ifølge rapport fra B rehabiliteringssenter. Hun er dessuten finmotorisk klosset og mestrer ikke normal bruk av kniv og gaffel. Hun har ikke noen psykiatrisk lidelse ifølge psykologspesialist ved BUP, han viser til en rekke kliniske intervju og spørreskjema og hun er normalt intelligent. Hun er utredet for ME pga trettbarhet/utmattelse, men oppfyller slik jeg forstår opplysningene ikke kriteriene for dette.

Vurdering av hennes funksjonsvansker må slik jeg ser det gjøres etter "Invaliditetstabellens" bestemmelser om hjerneskader kapittel 1.9, jfr at hun har en tilstand som flere ganger er blitt jevnført med cerebral parese og at hun har helt lette nevrologiske funn (økt reflekser, tonus, finmotorisk dyskoordinasjon/vansker "tohåndskoordinering"). I kapittel 1.9. 2 angis ved subjektive symptomer som hukommelsesproblemer, konsentrasjonsvansker, trettbarhet, emosjonell instabilitet, hodepine m.m. og påviste lette nevrologiske utfall en ramme på 15-29 %. Jeg tilrår endelig VMI 15 %, alt inkludert, herunder også tretthet.

Forsikringstaker aksepterte 1.12.17 fastsettelsen av forsikredes vmi til 15 %, og selskapet utbetalte deretter erstatning for 15 % vmi. Erstatningsbeløpet ble utregnet på grunnlag av folketrygdens grunnbeløp (G) for 2006. Det ble samtidig betalt renter fra 18.11.17. Selskapet la til grunn at forsikringstilfellet inntrådte den dagen selskapets rådgivende lege fastsatte vmi.

Forsikringstaker hevdet at G pr. 18.5.16 skulle ha vært benyttet, subsidiært at renteberegningen skulle ta utgangspunkt i konstateringstidspunktet for sykdommen. Selskapet svarte at utbetalingen var i samsvar med vedtektene. Forsikringstaker aksepterte deretter at G fra 1.5.06 ble lagt til grunn for erstatningsberegningen, men har krevd nemndsbehandling av selskapets renteberegningen.

**Forsikringstaker** har i det vesentlige anført at forsikringstilfellet må anses å ha inntruffet for flere år siden, slik at det skal betales renter fra 2010/2011. Det må ikke være fastsatt vmi for å bli "bedømt" som varig medisinsk invalid. Etter ordlyden er det tilstrekkelig at tilstanden er konstatert å være varig. Det polikliniske notatet 10.11.09 bekrefter at forsikredes tilstand var stabil. Det samme fremgår av notatet fra samarbeidsmøtet 22.3.10 og av epikrisen av 6.5.13 fra M. Forsikrede kan ikke lastes for manglende vurderinger fra selskapets side, da det er selskapet som er den profesjonelle parten og således må sørge for tilstrekkelig vurderingsgrunnlag.

Subsidiært må renter beregnes fra 2013. Konklusjonen til selskapets rådgivende lege 8.8.13 er åpenbart feil ettersom det ikke skjedde noen endringer i forsikredes diagnose og tilstand i årene etter uttalelsen.

**Selskapet** har i det vesentlige anført at forsikringstilfellet inntraff da det ble fastsatt en varig medisinsk invaliditet, dvs. 18.11.17, og at dette er utgangspunktet for renteberegningen, jf. vilkårenes pkt. 5.3 bokstav b.

### **Finansklagenemnda Persons begrunnelse**

Etter at forsikringstaker har akseptert at G fra 2006 legges til grunn for beregningen av erstatningen, gjelder saken for nemnda fra hvilken dato det skal beregnes renter. Den aktuelle barne- og ungdomsforsikring gir rett til utbetaling av hele eller deler av en forsikringssum på 30 G

om den forsikrede blir medisinsk invalid på grunn av sykdom eller ulykke inntruffet i forsikringstiden.

Etter vilkårenes pkt. 5 om erstatning ved varig medisinsk invaliditet (vmi) pkt. 5.3 bokstav b) inntretr retten til erstatning ved sykdom:

... 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 medisinsk invaliditetsgrad.

Forsikringstaker har som nevnt akseptert at konstateringstidspunktet er januar 2007, se vilkårenes pkt. 4. Dette medfører at erstatningen skal beregnes med utgangspunkt i G per 1.5.06, jf. pkt. 4 annet punktum som sier at ved "enhver erstatningsberegning legges G på skade- og sykdomstidspunktet til grunn for beregningen med mindre noe annet er sagt under den enkelte dekningen". Unntaket får ikke anvendelse her.

Saken nå gjelder således utgangspunktet for beregningen av renter av erstatningsbeløpet. Etter vilkårene pkt. 5.4 annet ledd annet punktum svarer selskapet "(v)ed invaliditet som skyldes sykdom renter av erstatningsbeløpet tidligst fra ettårsdagen for når sykdommen ble konstatert, jf. pkt. 5.1 foran".

Pkt. 5.1. regulerer medisinsk invaliditet som skyldes sykdom, og der heter det at selskapet "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 dag sykdommen ble konstatert av lege".

Selskapet har anført at forsikringstilfellet først forelå da det ble fastsatt vmi for forsikrede, jf. vilkårene pkt. 5.3 (Felles vilkår om retten til erstatning) bokstav b første punktum som fastsetter at ved "sykdom inntretr retten til erstatning når sykdomstilstanden har stabilisert seg ... og den forsikrede er bedømt varig medisinsk invalid". Denne bestemmelsen må ses i lys av bestemmelsen i vilkårene pkt. 5.1.1 om fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad.

Slik nemnda ser det, følger det av vilkårene sett i sammenheng at det må være fastsatt en vmi for at forsikringstilfellet skal anses å ha inntruffet.

Etter fal. § 18-4 første ledd svarer selskapet for rente av erstatning eller forsikringssum "når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til selskapet". Utgangspunktet er således at retten til rente inntretr to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt selskapet.

Gitt at det aktuelle kravet ble fremsatt 22.9.17 har nemnda ikke noe å bemerke til selskapets vedtak om å betale renter fra 18.11.17. Nemnda viser til avgjørelse 2017-630 som også gjelder tvist om startdatoen for renteberegning.

Nemnda vil likevel bemerke at det er lite ønskelig at det, når grunnlaget for erstatningsberegningen er knyttet til konstateringstidspunktet, går så mange år mellom konstateringstidspunktet og forsikringstilfellets inntreden. Det kan se ut som om selskapet er enig i det, jf. bestemmelsen om at vmi fastsettes senest fem år etter konstateringstidspunktet, se vilkårene av 2005 pkt. 5.3. bokstav c. Renter skal blant annet erstatte forsikredes tap når det går lang tid mellom meldingen av et erstatningskrav og utbetalingen av erstatningsbeløpet. I saken her innebærer erstatning basert på G på konstateringstidspunktet pga. endringer i G og pengeverdien, at forsikrede i 2018 har mottatt et lavere erstatningsbeløp enn om G på forsikringstilfellets inntreden hadde vært benyttet. I denne sammenheng viser nemnda til at selskapet i de årlige

orienteringsbrevene til forsikringstagerne dels justerer premiene i lys av blant annet endringer i G, og dels oppgir en forsikringssum basert på gjeldende G.

Avgjørelsen er enstemmig.

#### **Finansklagenemnda Persons konklusjon**

Selskapet gis medhold.

*Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Kaja de Vibe Malling (nestleder), Hege Opheim (nøytralt oppnevnt medlem), Mildrid Felland (selskapsrepresentant), Gro Farestvedt (selskapsrepresentant), Gyrid Giæver (forbrukerrepresentant) og Ingebjørg Kiil (forbrukerrepresentant).*