

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2019-902

21.11.2019

DNB Livsforsikring AS

Ulykke

Falt på en issvull – fysioterapi – uriktige opplysninger – svik – fal. § 18-1.

Forsikrede falt på en issvull og fikk et brudd i venstre håndledd 8.3.17. Selskapet utbetalte egenandeler for frikort 1 og 2 til lege og fysioterapi 1.3.18. Selskapet mottok deretter forsikredes medisinske journaler, hvor det bl.a. fremgikk at fysioterapibehandlingen ble avsluttet 19.5.17, og at forsikrede hadde vært til legen en gang i 2018 for den aktuelle skaden. Selskapet avslo ytterligere krav om erstatning og sa opp alle forsikringene forsikrede hadde i selskapet under henvisning til at forsikrede hadde gitt uriktige opplysninger i forbindelse med krav om utbetaling av behandlingsutgifter. Etter en konkret vurdering konkluderte nemnda med at forsikrede svikaktig avga uriktige opplysninger ved erstatningsoppgjøret og selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede var utsatt for en ulykkesskade 8.3.17, da forsikrede falt på en issvull og fikk et brudd i venstre håndledd.

Selskapets rådgivende lege har vurdert den varige medisinske invaliditeten som følge av ulykken til 3 %. Skademeldingene til selskapet er datert 12.3.17 og 24.3.17.

Som følge av tidligere sykdom har forsikrede mottatt fysioterapibehandling i forskjellige former, men som ikke er relatert til aktuelle ulykke. I relasjon til den aktuelle skaden, foreligger det journal fra FK. terapisenter ved fysioterapeut F., der det er notert 2.5.17:

Opptrening etter brudd. Hun kom etter avsluttende kontroll hos operatør. Det er nedsatt bev i fingre og håndledd, mye hevelse. Hun får skriftlig info om elevasjon og bev.opptrening m gradvis belastning. Hun har tidligere hatt lymfødem tar selv kontakt m fysio for videre oppfølging.

Det fremgår at siste behandling var 19.5.17.

I journalutskrift fra FK. legesenter fremgår at forsikrede var til konsultasjon for sin hånd på S. sykehus 13.2.18.

Den 19.2.18 ringer forsikrede selskapet, og det er notert etter samtalen:

Telefon fra sl. Hun sier hun har mottatt fullmakt. Skal dra til lege og hente journal selv. Gitt henne beskjed om at hun skal sende oss fullmakten og vi skal innhente dokumenter. Hun skjønner ikke vitsen med det, men ok. Hun sender oss fullmakten. Hun sier hun har hatt en del utgifter til lege, og vil få en del utgifter til fysio. Sier hun kan sende oss dokumentasjon. Hun sier det ble utbetalt uten dokumentasjon i fjor. Sa ok til det for 2018 også. Utbetal frikort 1 og 2 når vi mottar fullmakten.

Det foreligger et skriv fra forsikrede til selskapet som ble sendt med e-post 26.2.18, men er feildatert 11.3.18:

Status om skaden med mine egne ord og utfordringer

Hei, hånd, håndledd og arm er blitt en stor belastning og en smertefull affære siden skaden skjedde, Jeg bruker en pulsator for å forsøke å holde armen i sjakk. Er operert for brystkreft tidligere og har hatt

utfordringer med lymfesystem. Dette var under kontroll inntil jeg måtte operere i arm etter skaden 8 mars. Arm, hånd er smertefullt hver eneste dag. Går også til fysioterapi og bruker smertestillende nesten daglig.

Ved kontroll hos Dr (F. E.) 13 februar ble det konstatert at operasjonen i v hånd er gjort på beste måte, men at bevegeligheten og smertene dessverre ikke er noe å gjøre noe med. Man kan operere på nytt men det er ingen garanti for noen bedring eller forverring.

Jeg er frattatt muligheten til å gjøre mange ting, sykle, fortsette med min jobb som møbeltapetserer, strikke sy. Løfte en stekepanne til ex.

Ville bare fortelle det ifra min side, det medisinske er helt sikkert dokumentert ifra fagfolkene jeg har vært til behandling hos. Håper dette ikke tar altfor lang tid før erstatning kan utbetales.

Jeg er avhengig av å kjøpe en del tjenester i dagligdagen.

Den 1.3.18 ringte forsikrede på nytt selskapet, og det ble notert:

Tlf. fra sl. I dag. Haster veldig med å få utbetalt pengene. Har sendt anmodning om journal fra fysioterapeut og fastlege. Utbetaler frikort 1 og 2 for 2018, kr 4 283.

Selskapet utbetalte 1.3.18 egenandelene for frikort 1 og 2 til lege og fysioterapi, som utgjorde kr 4 283.

Etter dette innhentet selskapet forsikredes medisinske journaler. Journalen fra FG. terapiserter ble mottatt 4.5.18 og komplett journal fra FG. legesenter 8.6.18. Av dokumentene fremgikk at fysioterapibehandlingen ble avsluttet 19.5.17, og at forsikrede hadde vært til lege kun en gang i 2018 for aktuelle skade.

Etter ferieavvikling ble forsikrede kontaktet på telefon av selskapets utreder 14.8.18. Det fremgår av samtalerapporten at hun ikke hadde hatt noen fysioterapibehandlinger i 2018. På spørsmål om årsaken til at forsikrede hadde bedt selskapet om å betale ut for frikort 1 og 2 for fysioterapi når hun ikke hadde gått til slik behandling i 2018, svarte forsikrede:

Hun har ikke gått til noen foreløpig. Nå har hun flyttet til (sted AR.), så hun må få en fysioterapeut til å se på dette siden hun fått litt skulderplager av dette også. Hun spør om vi vil ha tilbake egenandelen.

Den 24.9.18 avslo selskapet erstatning og sa opp alle forsikringene forsikrede hadde i selskapet med den begrunnelse at forsikrede hadde brutt sin opplysningsplikt, jf. fal. § 18-1.

Sekretariatet vurderte saken 29.3.19. Forsikrede fikk ikke medhold, og saken ble avsluttet.

Forsikrede krevde saken fremlagt for Finansklagenemnda Person 30.4.19.

I den forbindelse fremla forsikrede erklæring fra fysioterapeut S. datert 21.4.19.

Forsikrede opplyste i tillegg at hun ikke klarte å gjennomføre timene hos fysioterapeut S. grunnet vanskelig livssituasjon, og at hun følte i april 2018 at det ikke var noe vits å komme i gang med behandlingen all den tid hun måtte kontakte behandler etter flytting for ny oppstart, som også bidro til at det drøydde i tid før hun kom til fysioterapibehandlingen.

Videre opplyste forsikrede at hun flyttet i juli 2018, og at hun kontaktet fysioterapisenter F. A., der hun ble satt på venteliste. Forsikrede fikk time hos A. helsesenter, hvor hun siden har gått jevnlig til behandling, minst én gang i uken ifølge forsikrede. I den forbindelse har forsikrede fremlagt behandlingsoversikt fra A. helsesenter.

Forsikrede har videre kommentert samtalen med utreder og opplyst at hun følte at hun ble tatt på sengen og mistenkeliggjort ved denne samtalen. Hun ønsket ikke å greie ut om hennes private situasjon til utrederen, som hun verken hadde tillit til, eller kjennskap til fra før. Forsikrede presiserte at hun i hele perioden har fått medikamentet Lyrica, som gir henne vansker med å huske ting i øyeblikket uten å få tid til å tenke etter. Da hun ble ringt opp og konfrontert med

spørsmålene fra utrederen, har dette også bidratt til at hun forklarte seg som hun gjorde ifølge forsikrede.

Forsikrede har i tillegg påpekt at selskapets uttalelse om etterfølgende behandlingsopplegg ikke har betydning er feil, og uttalt:

Det ble utbetalt dekning for behandling i begynnelsen av 2018. På dette tidspunktet kunne det ikke sies med 100 % sikkerhet om hun ville ha behov for behandling i en utstrekning som innebærer at hun ville oppfylle vilkårene for frikort.

I den forbindelse har forsikrede fremlagt dokumentasjon på at hun oppfylte egenandelstak 1 og 2 for 2018.

Selskapet vurderte saken på nytt og opprettholdt sitt opprinnelig avslag, jf. selskapets brev datert 28.5.19 til Finansklagenemnda.

Sekretariatet ba forsikrede fremlegge dokumentasjon på når forsikrede tok kontakt med fysioterapeut S. i februar 2018 og avtalte time, samt hvilken dag denne timen ble avbestilt.

Forsikrede fremla deretter e-post fra Fysioterapeut S. datert 14.8.19, hvor det fremgikk:

Hei. Jeg kan dessverre ikke det da den timen da ble gitt til en annen. Det er altså ikke loggført.

Forsikrede presiserte i brev 19.8.19 til Finansklagenemnda at hun i e-post 26.2.18 til selskapet skrev at hun gikk til fysioterapi da hun på dette tidspunktet hadde timeavtale hos fysioterapeut. Det fremgår videre at forsikrede forsøkte i tillegg å fremskaffe dokumentasjon på kontakten med fysioterapeuten hos sitt telefonselskap, men lyktes ikke med det da samtaler ikke logges så langt tilbake i tid ifølge forsikrede.

Selskapet opprettholdt avslaget, jf. selskapets brev datert 24.9.19 til Finansklagenemnda.

Forsikrede har i det vesentlige anført at selskapet ikke har bevist at det foreligger svik etter fal. § 18-1, og at hun ikke hadde et motiv om vinning da hun hele veien hadde en plan om å komme i gang med behandlingen. Forsikrede opplyste 19.2.18 at hun kom til å få utgifter til fysioterapi, og forsikrede tok kontakt med fysioterapeut S. februar 2018 og avtalte time. Forsikrede har derfor ikke gitt uriktige opplysninger, da hun skrev at hun gikk til fysioterapi på det aktuelle tidspunktet. At forsikrede mente å starte behandlingen viser seg ved at hun kontaktet fysioterapeut da hun hadde kommet seg i orden i ny bolig på nytt sted, og de sosiale og familiære problemene som hadde fulgt henne en tid var lettere å håndtere. Forsikrede har i tillegg hatt kontakt med fysioterapeut hele veien. I alle tilfeller har ikke selskapet utredet saken tilstrekkelig, da det ikke fremgår årsaken til at fysioterapibehandlingen opphørte 19.5.17. Det er ikke innhentet tilstrekkelig med opplysninger for å kartlegge forsikredes behov for og kontakt med fysioterapeut.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede har utvist svik. Det er ikke medisinsk forankring for å si at forsikredes lymfeødem har sammenheng med aktuelle skade. Hvorvidt avbestillingen kom før eller etter 26.2.18, synes ikke avgjørende. Avbestillingen må ha kommet i februar, hvis det var en annen som ble satt opp på denne timen. Forsikrede lot det fremstå som hun hadde hatt og ville fortsette å få betydelige utgifter til behandling hos lege og fysioterapeut i 2018. Det at forsikrede var i en vanskelig situasjon og ikke i stand til å gjennomføre fysioterapibehandling, viser at hun var klar over at hun ikke ville orke å ta noen behandling med det første. Forsikrede tok parallelt med dette kontakt med selskapet for å kreve forskuddsvis erstatning, og lot ikke selskapet vite om at tidspunktet for videre behandling var usikker. Etter at forsikrede hadde fått utbetalt pengene, gjorde hun heller ingen ny avtale med fysioterapeut før etter selskapets avslagsbrev datert 24.9.18.

Ut fra omstendighetene, herunder hvordan hun har forklart seg til utreder, foreligger det klar og sterk sannsynlighet for at hun bevisst har forklart seg uriktig for å få utbetalt erstatningen selv om hun var klar over at dette kunne medføre en uriktig utbetaling.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder spørsmål om selskapet har sannsynliggjort at forsikrede har unnlatt å gi selskapet opplysninger om faktiske forhold som hun var kjent med var av betydning for forsikringsutbetalingen, jf. forsikringsavtaleloven (fal.) § 18-1 fjerde ledd.

Fal. § 18-1 fjerde ledd fastsetter at:

Den som ved skadeoppgjøret gir uriktige eller ufullstendige opplysninger som han eller hun vet eller må forstå kan føre til at det blir utbetalt erstatning han eller hun ikke har krav på, mister ethvert erstatningskrav mot selskapet etter denne og andre forsikringsavtaler i anledning samme hending. Dersom forholdet bare er lite klanderverdig, bare angår en liten del av kravet eller dersom det ellers foreligger særlige grunner, kan han eller hun likevel få delvis erstatning, § 13-13 gjelder tilsvarende.

For at selskapet skal kunne legge til grunn at det foreligger svik ved skadeoppgjøret, kreves det for det første at forsikrede bevisst må ha gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger til selskapet. For det annet kreves det at vedkommende vet eller må forstå at det er utbetalt erstatning som vedkommende ikke har krav på. Begge vilkårene har et objektivt og et subjektivt element.

Selskapet har bevisbyrden for at det foreligger svik. I Rt. 1989 s. 689 er det lagt til grunn at det må foreligge en klar sannsynlighetsovervekt for svik, faktisk og rettslig. For de subjektive vilkårene må selskapet bevise at forsikrede har handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 s. 88. Det innebærer at selskapet må kunne påvise et økonomisk motiv. I Rt. 2000 s. 59 har Høyesterett på s. 66 understreket at det, for at det skal kunne legges til grunn at det foreligger svik, så må både vilkåret om at uriktige og ufullstendige opplysninger er gitt bevisst og i den hensikt å få til en bedre erstatning, foreligge med "klar eller sterk sannsynlighetsovervekt".

Nemnda legger til grunn at forsikrede ga uriktige opplysninger til selskapet i skriv oversendt selskapet per e-post av 26.2.18. Her skriver forsikrede blant annet at hun "går (...) til fysioterapi". Etter nemndas syn måtte forsikrede forstå at hun ved å unnlate å opplyse at hun hadde avsluttet behandlingen, eller ikke gikk dit, ville kunne få utbetalt erstatning hun ikke hadde krav på. De uriktige opplysningene er slik nemnda ser det, gitt bevisst. Dette underbygges av notat fra samtale mellom forsikrede og selskapet 19.2.18, der det fremgår at forsikrede sier at hun vil få en del utgifter til fysio og skal sende dokumentasjon, og videre påpeker at det ble utbetalt "uten dokumentasjon i fjor". Slik nemnda ser det, har selskapet sannsynliggjort svik i henhold til fal. § 18-1 fjerde ledd. Selskapet har da rett til å si opp enhver forsikringsavtale det har med vedkommende med en ukes varsel, jf. fal. § 18-1 femte ledd.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Mallings (leder), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).