

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-1060

16.11.2021

Fremtind Livsforsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring – inntraff forsikringstilfellet i forsikringstiden – søvnapne – avtl. § 37.

Forsikrede var omfattet av en barne- og ungdomsforsikring som opphørte ved fylte 20 år, dvs. i 2010. Forsikrede opplyste at det i legenotater var notert at han bl.a. i 2008 hadde følt seg sliten og trøtt. Forsikrede fikk diagnosen søvnapne i 2014 og fremmet krav om menerstatning 26.10.14. I skademeldingen oppga forsikrede at søvnapne oppsto i 2009. Saken reiste spørsmål om forsikringstilfellet hva gjaldt diagnosen søvnapne, oppsto i forsikringstiden. Nemnda bemerket at forsikrede ikke hadde sannsynliggjort at han i forsikringstiden hadde fått en sykdom som var konstatert av lege, og som hadde hatt en varighet på minst ett år. Det var ikke tilstrekkelig at man tidligere hadde opplevd plager eller symptomer på sykdom, så lenge denne ikke var stadfestet eller påvist før forsikringstidens utløp. Forsikringstilfellet i denne saken inntraff etter at forsikringen var gått til opphør og selskapet ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1990) har vært omfattet av en barne- og ungdomsforsikring. I brev til forsikrede 30.11.09 ble han informert om at barneforsikring ville opphøre når han fyller 20 år.

Forsikrede fremmet krav under forsikringen 26.10.14 og det siteres fra skademeldingen om beskrivelse av plagene:

Hypernasal tale og nasal luftlekkasje, samt obstruktivt søvnapné syndrom med høy AHI under REM-søvn (20,8) som bl.a. har ført til ekstrem trøtthet og påfølgende negative konsekvenser på livskvalitet og livsutfoldelse, leversteatose grad 1, hjertearytmier og forhøyet blodtrykk. CPAP-behandlingen utløser mine meget sterke nevrologiske smerter i ansiktet, og behandlingen fører også til gjentatte luftveisinfeksjoner.

Samt:

Ifølge nevrolog ... H, som blant annet er spesialist på søvnlidelser, er det den velofaryngale insuffisiensen som er årsaken til at jeg har fått obstruktivt søvnapné syndrom (ICD-10-kode: G47.3). Jeg fikk konstatert velofaryngal insuffisiens 02.05.2012 ved B. kompetansesenter (nå: Statped), etter en nasoepifaryngoskopi utført av ØNH-lege og undersøkelse hos logoped. Den velofaryngale insuffisiensen og søvnapnéen oppstod i 2009. Det er i etterkant påvist flere plager og sekveler på grunn av sykdommene, bl.a. ekstrem tretthet, leversteatose grad 1, hjertearytmier og forhøyet blodtrykk, noe som øker risikoen for å utvikle bl.a. hjerte- og karsykdommer. Jeg inkluderer disse plagene og sekvelene i forsikringskravet. Jeg har prøvd ut CPAP ved T., men er avsluttet som pasient der i påvente av poliklinisk oppfølging ved L. Diakonale Sykehus. De har fremdeles ikke satt opp time til poliklinisk konsultasjon.

Det ble også fremlagt epikrise (10.9.14) som viser påvist "søvnapnoesyndrom". Oppgitte diagnoser 7.9.14 var:

G47.3 Søvnapnoesyndrom

R06.5 Snorking

Som følge av at forsikrede også hadde fremsatt krav under forsikringen knyttet til flere andre diagnoser, innhentet selskapet spesialisterklæring. Selskapet ba også spesialisten *"å få sortert ut hvilke plager/sykdommer som kan antas å ha oppstått etter fylte 20 år, og om de eventuelt er følgetilstander av grunnlidelsen"*

Det siteres fra erklæringen datert 4.8.16 fra spesialist i nevrologi S.:

Når det gjelder tilstander som hos forsikrede er diagnostisert etter at han var 20 år, har jeg, med noe usikkerhet, kommet frem til følgende tilstander:

2015 Herpes Zoster

2014 Søvnapnoea

2013 Resless legs

Det siteres videre fra erklæring fra nevrolog H. datert 6.10.16:

Denne pasienter har blitt undersøkt ... for søvnforstyrrelse ... Resultatene av disse undersøkelsene viser et blandet bilde med redusert søvneffektivitet. ... Når det gjelder å fastsette medisinsk invaliditetsgrad dekkes ikke slike søvnforstyrrelse av invaliditetstabellen. ... Jeg vil anta at den medisinske invaliditeten i dette tilfellet kan utgjøre ca 15 %. ...

Selskapet fremsatte på bakgrunn av spesialisterklæringen utarbeidet av spesialist i nevrologi S. et tilbud om erstatning for sykdom med en varig medisinsk invaliditet (VMI) på 20 %. Dette knyttet seg til de øvrige sykdommene som ble behandlet i spesialisterklæringen. Søvnapné var ikke en del av denne vurderingen all den tid den sykdommen hadde blitt konstatert etter at forsikrede fylte 20 år, jf. spesialisterklæringen.

Forsikrede var uenig i selskapets standpunkt og anførte at det forelå faktafeil i spesialisterklæringen. Forsikredes merknader ble oversendt til spesialisten, uten at dette medførte endringer av spesialistens vurdering av spørsmålet om tidspunktet for konstateringen av sykdommen søvnapne. Om aktuelle diagnose skriver spesialisten i tilleggserklæring 2.12.16:

Søvnapne

Skadelidte fikk 2014 diagnostisert en søvnapnoea. Han var da 24 år, og denne plagen fikk han altså etter at han fylt 20 år.

Forsikrede har underveis i saksbehandlingen, i brev til selskapet datert 5.3.18, vist til at hans lege i 2008 hadde notert at han hadde følt seg sliten og trøtt, og at legen også i 2007 hadde skrevet at han satt lenge oppe om nettene for å gjøre lekser. Bl.a. på denne bakgrunn fremmet forsikrede krav om vmi-erstatning for sykdommen søvnapne.

Selskapet avsto 20.3.18 krav knyttet til bl.a. søvnapne og det siteres:

Når det gjelder søvnapné viser du til at legen din i 2008 har notert at du var mye sliten og trøtt, og at det året før, i 2007, er notert at du satt lenge oppe om nettene og gjorde lekser. Dette innebærer ikke at sykdommen søvnapné er konstatert på dette tidspunktet, og du fikk diagnosen først i 2014, altså flere år etter at forsikringen ble avgangsført.

Forsikrede har sendt inn en rekke klagesaker til FinKN knyttet til aktuelle forsikringsavtale, hvorav aktuelle sak kun gjelder krav knyttet til diagnosen søvnapne.

Forsikrede har i det vesentlige anført at klagen gjelder forståelsen av sykdomsbegrepet som benyttes i forsikringsvilkårene. Forsikrede har dokumentert at symptomene på søvnapne oppsto i forsikringstiden. Selskapet har ikke definert sykdomsbegrepet i vilkårene og tvisten må således løses på juridisk grunnlag. Forsikrede anfører at selskapets manglende definisjon av sykdomsbegrepet må føre til at uklarheten om forståelsen av sykdomsbegrepet må gå utover selskapet, jf. Rt-1997-1807 og avtaleloven § 37 første ledd nr. 3. Hensynet til likebehandling må veie tungt, og tilsier at sykdomsbegrepet her må harmonere med etablert retts- og forvaltningspraksis, jf. det sammenlignbare sykdomsbegrepet i folketrygdloven. De

funksjonsnedsettende symptomene/sykdommene som ble konstatert i forsikringsperioden, omfattes således av forsikringsdekningen. Som støtte for sitt syn viser han til Rt-2000-70 og nemndas avgjørelse FSN-4811, som omhandler konstateringstidspunktet i forhold til yrkessykdom. Han har også vist til nemndas avgjørelse FSN-6871 og anfører at de samme prinsippene for når en sykdom skal anses konstatert, må gjelde i forhold til den aktuelle forsikringsavtale. Forsikrede anfører på denne bakgrunn at han har krav på en vmi-erstatning (ca. kr 327 000 med tillegg av renter) for sykdommen søvnapne basert på en vmi på 15 %, jf. erklæring fra nevrolog datert 6.10.16.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikringstilfellet inntraff etter at forsikringen var gått til opphør. Det følger av vilkårene at kravstiller må sannsynliggjøre at han i forsikringstiden har fått en sykdom som er konstatert av lege, og som har hatt en varighet på minst ett år. Det er ikke tilstrekkelig at man har opplevd plager eller symptomer på sykdom, all den tid det skal være konstatert en sykdom. Den aktuelle sykdommen må med andre ord være stadfestet eller påvist før forsikringstidens utløp. At man har et symptom som ikke er knyttet til en konstatert sykdom før utløpet av forsikringstiden, er ikke tilstrekkelig for å oppfylle vilkårene.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet i saken er om det er sannsynliggjort at forsikrede fikk påvist sykdommen søvnapne, slik vilkårene definerer forsikringstilfellet, i forsikringstiden.

Hvilke situasjoner og hendelser som gir rett til en utbetaling under en forsikring er regulert i forsikringsavtalen/vilkårene. Det er kun sykdommer som faller inn under forsikringens dekningsområde, jf. definisjon av forsikringstilfellet, som gir rett til en utbetaling under avtalen. Kravstiller – altså forsikrede – har bevisbyrden for at vilkårene for utbetaling er oppfylt.

Forsikringsvilkår datert 1.12.05 pkt. 1 fastsetter at forsikringen gjelder frem til barnet fyller 20 år. Videre følger det av vilkårenes pkt. 3 at forsikringen omfatter "erstatning med varig medisinsk invaliditet som skyldes sykdom eller ulykke".

Følgende hitsettes fra vilkårenes pkt. 5:

Erstatning ved varig medisinsk invaliditet

5.1.

S. 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 dagen sykdommen ble konstatert av lege.

5.1.1 Fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad – sykdom

Fastsettelse av varig medisinsk invaliditet ved sykdom skal bygge på alminnelige medisinske erfaringer. ...

5. 3 Felles vilkår om retten til erstatning ved varig medisinsk invaliditet

b) Ved sykdom inntreffer retten til erstatning 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 er konstatert, jf. punkt 5.1 ...

c) Varig medisinsk invaliditet fastsettes senest fem år etter at ... sykdommen ble konstatert.

Av de generelle vilkår for personforsikring av 1.4.04 fremgikk følgende under pkt. 3:

3. Ansvar

...

Forsikringstilfellet må ha inntruffet mens forsikringen var i kraft.

Vilkårene fastsetter således at forsikringstilfellet må inntreffe i forsikringstiden, dvs. før forsikredes 20 års dag. Forsikringstilfellet er videre definert slik at forsikrede i forsikringstiden må bli påført en varig medisinsk invaliditet som følge av sykdom i et sammenhengende tidsrom på ett år. Rett til erstatning forutsetter også at sykdomstilstanden har stabilisert seg. Vurderingen skal foretas

tidligst ett år etter at sykdommen er konstatert. Etter nemndas syn er ikke vilkårene uklare på dette punkt, og heller ikke at det er grunnlag for forsikredes anførsel om at ethvert symptom på sykdom, som i ettertid, dvs. etter utløpet av forsikringstiden, viser seg å være en sykdom, omfattes av forsikringsdekningen.

Nemnda finner at forsikringstilfellet i aktuelle sak inntraff etter at forsikringen var gått til opphør. Det følger av vilkårene at kravstiller, altså forsikrede, må sannsynliggjøre at han i forsikringstiden har fått en sykdom som er konstatert av lege, og som har hatt en varighet på minst ett år. Det er ikke tilstrekkelig at man har opplevd plager eller symptomer på sykdom. Dette innebærer at den aktuelle sykdommen må være stadfestet eller påvist før forsikringstidens utløp. Symptomer før utløpet av forsikringstiden, som ikke er knyttet til en konstatert sykdom, er ikke tilstrekkelig for å oppfylle vilkårene.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Tonje Giertsen (selskapsrepresentant), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant) og Alexander Venås (forbrukerrepresentant).