

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-558

8.6.2021

If Skadeforsikring NUF

Sykeforsikringer/barnekasko

Helseforsikring - forsikringstilfelle – i forsikringstiden – begrensninger–forsikringsbevis - fal. §§ 11-2, 13-5 og 19-10.

Forsikrede var til konsultasjon hos lege for vurdering av mage i juni 2020. Ved konsultasjonen ble det konstatert rectusdiastase og forsikrede fikk tilbud om bukplastikk. Forsikrede ble via arbeidsgiver medlem av en helseforsikring 1.7.20. Etter konsultasjon hos fastlege 10.7.20 ble hun henvist til plastkirurgisk avdeling for vurdering av rectusdiastase og mulig operasjon. Forsikrede fremmet krav om erstatning som følge av henvisningen fra fastlegen. Selskapet avslo kravet, da det ikke var inntruffet et forsikringstilfelle i forsikringstiden og viste til at vilkårene definerte forsikringstilfellet som "ny henvisning til konsultasjon, undersøkelse eller behandling utstedes i forsikringstiden" og at "henvisning til utredning eller behandling som er igangsatt når forsikringen trer i kraft vil ikke anses som et nytt forsikringstilfelle". Nemnda bemerket at en slik begrensning i vilkårene for utredning/behandling som var igangsatt før forsikringen trådte i kraft, måtte fremheves i forsikringsbeviset og var i tvil om informasjonen som fremkom på s. 10 av 14, oppfylte lovens krav om fremheving. Nemnda kunne videre ikke se at vurderingen i juni 2020 fylte kravene til henvisning i vilkårene. Nemnda drøftet om et selskap kunne ta forbehold etter § 13-5 i kollektive dekninger, men tok ikke stilling til dette da forbeholdet i denne saken - utredning eller behandling som er igangsatt før forsikringens ikrafttreden – også ved en individuell forsikring ville falle utenfor det som lovgiver ved lovrevisjonen i 1989 åpnet opp for at selskap skulle kunne ta. Forsikrede ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede er medlem av en "Frivillig avtale" om helseforsikring som hennes arbeidsgiver tegnet for de ansatte. Forsikringen trådte i kraft for forsikrede/medlemmet 1.7.20. Det er fremlagt kopi av vilkår og forsikringsbevis utstedt 20.7.20 til forsikringstaker/arbeidsgiver.

Forsikrede ble 19.6.20 vurdert ved A. I epikrisen heter det:

Kommer for vurdering av mage

...

Vurdering:

Har tydelig rectusdiastase rundt umbilicus.

Ikke særlig heng, her løs hud

Lokalisert fedme på flanker

Kan opereres med bukplastikk + raecus

Pasienten informeres nøye om inngrepet og mulige komplikasjoner slik som, infeksjon, blødning, bedøvelse, smerter, parastesier i hud, løs hud.

Søkes til Operasjon Bukplastikk + raphing + lipo flanker

Pris 56000 + 13000 = 69000

...

Fastlegen henviste forsikrerede 10.7.20, til *"Helse S HF - Plastikkirurgi (S. sykehus)"*:

Henvisning – Utredning/behandling

Diagnoser

D01 (ICPC) Magesmerter uspesifikke

L02 (ICPC) Ryggsmerte INA

Problemstilling

... har født 3 barn, siste fødsel 2018. Hun har fått en vurdering av plastikk kirurg på A pga stor rectus diastase og smerter i buk/rygg og ble anbefalt henvisning.

Forventet utredning/behandling

Henvises med dette for vurdering for rectus diastase, operasjonsindikasjon?

Forsikrede sendte skademelding 23.7.20. Der svarte hun *"Ja"* på spørsmål om hun hadde henvisning, og om hun var henvist til *"Legespesialist"* og vedla fastlegens henvisning.

I en *"Medisinsk rapport"* heter det:

Anamnese: Pasient som kontaktet oss grunnet magesmerte. Smerte iflg. Vas-skal:5 Benekter forutgående trauma mot magen. Pasienten mistenker ikke intoksikasjon.

Benektende symptom: Benekter pågående feber/frysninger, dyspné, dårligere balanse, svimmelhet, brekninger, hemate se, rektalblødning, smerter i siden, kvalme/kaldsvette, urinretensjon, økt tørst/urinmengde, lignende problemer tidligere og smerte øvre delen av magen.

Almenntilstand: Benekter hjertebank/blekhet/kaldsvette, utmattelse, kraftig åndenød/andpusten og rask pust/taledyspé.

Selskapet skrev i e-post 24.7.20 til forsikrede:

...

Opplysningene er sendt videre til A i dag. De vil kontakte deg innen to virkedager for nærmere avtale om time og andre praktiske forhold. Hvis du ikke blir kontaktet innen avtalt tid, må du gi oss beskjed.

...

I ny epikrise datert 21.8.20 opprettet ved A., heter det at hun kommer for vurdering av mage:

... Har ekstrasystoler som bør tas opp med fastlegen

Vurdering:

Har tydelig rectusdiastase rundt umbilicus dette gjør at hun ser oppblåst ut og ikke klarer å stabilisere mage ved tømming. Rectus diastase kan ses som medisinsk indikasjon får å få tilgang må man løfte hudlappen som ved en bukplastikk.

Ikke særlig heng, har løs hud

Lokalisert fedme på flanker

Kan opereres med bukplastikk + raecus

Pasienten informeres nøye om inngrepet og mulige komplikasjoner slik som, infeksjon, blødning, bedøvelse, smerter, parastesier i hud, løs hud.

Søkes til Operasjon Bukplastikk + raphing +lipo flanker

Pris 56000 + 13000 = 69000

Selskapet avsto å dekke operasjonen fordi *"det var igangsatt utredning eller behandling på det tidspunktet forsikringen ble tegnet, for tilstanden du nå er henvist til utredning og/eller behandling for"*, jf. brev av 28.8.20.

Avslaget ble opprettholdt etter klage. Selskapet skrev i brevet at garantitiden i pkt. 4.3 i vilkårene, bare gjaldt når skadetilfellet var dekket av forsikringen.

Forsikrede har i det vesentlige anført at avslaget er gitt på feilaktig grunnlag. Hun rådførte seg i et privat ærend hos A. for en vurdering av om hun ville ha utbytte av og var en egnet kandidat for

bukplastikk. Så vel hennes som kirurgens fokus var utelukkende rettet mot det kosmetiske utbyttet av en bukplastikk. Det stemmer ikke at forsikrede ble utredet for rectus diastase. Epikrisen viser at hun kan opereres med bukplastikk + raecus, men sier ingenting om årsaken. Epikrisen nevner heller ikke noe om plager/symptomer knyttet til rectus diastasen, eller i hvilken grad dette plager/hemmer henne. Dette viser at dette ikke var et tema på konsultasjonen.

Forsikrede hadde time hos fastlege kort tid etter konsultasjonen hos A. for oppfølging av ekstrasystoler. Da forsikrede så for seg en mulig operasjon med stor bukplastikk så ville det, som fastlegen også påpekte, være fornuftig å få en vurdering av mulig rectus diastase på grunn av plager som kunne knyttes opp mot dette (smerter i buk/rygg), jf. fastlegens henvisning. Fastlegens beskrivelse av "*problemstilling*" er mistolket, og kan/bør anses å oppfylle "krav til henvisning" i vilkårene. Den bekrefter ikke utredning og kan derfor ikke legges til grunn for selskapets avgjørelse. Hvordan fastlegen formulerer seg baserer seg også på tredjehåndsinformasjon og hvordan forsikrede som pasient, som ikke jobber innenfor dette feltet, ordlegger seg. Fastlegen henviste forsikrede for vurdering av en mulig rectus diastase, da plager som ble diskutert kunne relateres til denne tilstanden.

Etter at hun hadde sendt selskapet henvisningen, ble forsikrede kontaktet av A. som informerte om at det ikke vil være nødvendig med konsultasjon – men kirurgen måtte skrive en mer utfyllende epikrise for at selskapet skulle godkjenne en operasjon. Forsikrede ville ikke det og ba om time basert på henvisningen for en medisinsk vurdering, noe hun ikke fikk. Forsikrede har ikke vært hos A. 21.8.20 slik det fremgår av selskapets klagesvar. Epikrisen av 21.8.20, har fått en mer utfyllende tekst: "*dette gjør at hun ser oppblåst ut og ikke klarer å stabilisere mage ved tømming*". Dette er oppdiktet og stemmer ikke med forsikredes plager, og har aldri blitt nevnt av henne. Hennes plager er knyttet opp mot smerter i buk/rygg, jf. henvisning fra fastlege. A. har tilsynelatende laget en fiktiv konsultasjon 21.8.20 som resulterte i en epikrise som inneholder uriktige opplysninger.

Forsikrede har krav på en konsultasjon, uansett utfall, jf. vilkårene pkt. 4.3 Garantitid.

Forsikrede har i etterkant blitt kontaktet av A. om hun fortsatt ønsket operasjon. Pristilbudet var høyere.

Forsikrede er operert på F., og ønsker at forsikringen dekker kostnader ved operasjonen.

Selskapet har i det vesentlige anført at det ikke er inntruffet et forsikringstilfelle i forsikringstiden. Utredning for den aktuelle operasjonen ble igangsatt før forsikringen trådte i kraft.

"Forsikringstilfellet" må imidlertid inntreffe mens forsikringen er i kraft, jf. HR-2020-1262 A. Når forsikringstilfellet inntreffer, er regulert i vilkårenes pkt. 4.2 i vilkårene. For forsikringen kreves ikke noen helsevurdering. Dette medfører at forsikrede ville kunne fått dekket behandlinger under forsikringen selv om det forelå sykdom/sykdomsrisiko før tegning. Men, er utredning/behandling allerede igangsatt kan man ikke deretter tegne en forsikring å få dekke de aktuelle behandlingsutgiftene.

Vilkårene definerer forsikringstilfellet som "*ny henvisning til konsultasjon, undersøkelse eller behandling utstedes i forsikringstiden*" og med en naturlig presisering av at henvisning "*til utredning eller behandling som er igangsatt når forsikringen trer i kraft, vil ikke ansees som et nytt forsikringstilfelle*". Forsikrede ble utredet hos A. 19.6.20, kort tid før forsikringen trådte i kraft. Det var dette som begrunnet fastlegens henvisning 10.7.20. Det samme fremgår av epikrisen av 21.8.20 fra A., som har samme innhold som epikrisen 19.6.20. Forsikrede kan ikke høres med at det forelå en "*ny henvisning*" i vilkårenes forstand etter at forsikringen trådte i kraft.

Det oppstod usikkerhet om den forsikringsmessig dekningen fordi det i fastlegens henvisning av 10.7.20 ble nevnt at forsikrede hadde vært vurdert av plastikk kirurg ved A. Ved direkte spørsmål oppga forsikrede å ha vært på A. etter innmelding i forsikringen og ba om å få fortsette videre utredning ved A. Rådgiver sendte henvisning til A., og ba om epikrise etter de hadde vurdert forsikrede.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om det har inntruffet et forsikringstilfelle i forsikringstiden, herunder om selskapet kan gjøre gjeldende en ansvarsbegrensning i vilkårene.

Forsikringen, som er en kollektiv dekning tegnet av forsikredes arbeidsgiver, dekker etter vilkårene pkt. 4.1 rimelige og nødvendige utgifter til "konsultasjoner, undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten" forutsatt at forsikrede 1) har fått utstedt ny henvisning til konsultasjon, undersøkelse eller behandling i forsikringstiden, og 2) ventetiden i det offentlige helsevesen overstiger den avtalte garantitiden som er spesifisert i forsikringsbeviset.

Selskapet har anført at dekningen ikke får anvendelse fordi forsikringstilfellet allerede hadde inntrådt da forsikringen begynte å løpe. Uttrykket forsikringstilfellets inntreden defineres i vilkårene pkt. 4.2 som "når en ny henvisning til konsultasjon, undersøkelse eller behandling utstedes i forsikringstiden". Det er i annet ledd stilt enkelte krav til henvisningen, og tredje ledd lyder:

Henvisning til utredning eller behandling som er igangsatt når forsikringen trer i kraft vil ikke anses som et nytt forsikringstilfelle.

Etter fjerde ledd kreves dessuten selskapets skriftlige forhåndsgodkjennelse av alle konsultasjoner, undersøkelser og behandlinger.

Det er ikke omstridt at forsikrede før forsikringen trådte i kraft for henne, oppsøkte A. for en "vurdering av mage". Hun ble anbefalt å oppsøke sin fastlege for ekstrasystoler, og fikk samtidig beskjed om at hun kunne opereres "med bukplastikk +raecus". Etter forsikringens ikrafttreden oppsøkte hun fastlegen for behandling av ekstrasystolene og fikk samtidig en henvisning til offentlig sykehus for utredning/behandling "for vurdering for rectus diastase, operasjonsindikasjon?".

Det dreier seg om en forsikringsdekning av en type som nemnda har lagt til grunn er omfattet av bestemmelsene i forsikringsavtalelovens (fal.) del B fordi det er en dekning som er knyttet til den forsikredes liv og helse, se fal. § 10-1 annet ledd, jf. avgjørelse 2016-116. Den aktuelle dekningen inngår i en kollektiv forsikringsavtale tegnet av arbeidsgiver, jf. at forsikringsdokumentene er stilet til arbeidsgiver/forsikringstaker. Dekningen later til å omfatte alle arbeidsgivers ansatte og deres barn. Bruken av ordene "Frivillig avtale" i navnet på dekningen, endrer etter nemndas syn ikke avtalens kollektive karakter. Det innebærer blant annet at dekningen prinsipalt er underkastet bestemmelsene i fal. kapittel 19. Etter § 19-1 får imidlertid reglene ellers i loven anvendelse når ikke annet følger av reglene i kapittel 19.

Det er ikke tvilsomt at et forsikringsselskaps ansvar også kan omfatte sykdom etc. som forsikrede hadde da forsikringen trådte i kraft. Fal. åpner derfor for at forsikringsselskap kan innhente opplysninger av betydning for dets vurdering av risikoen, se fal. § 13-1a flg. Slik innhenting er vanlig ved tegningen av individuelle personforsikringer, og kan også foretas før noen blir opptatt som medlem av en kollektiv ordning, se overskriften til § 19-10. På den annen side er individuell risikovurdering uvanlige ved kollektive dekninger. Selskapets vurdering av hvilke risikoer det vil ta skjer ved slike forsikringer på et annet grunnlag.

Ved så vel individuelle som kollektive forsikringer er det et krav etter fal. § 11-2 annet ledd bokstav b at selskapet i forsikrings-/medlemsbeviset fremhever de forbehold det har tatt om begrensning av ansvaret på grunn av den forsikredes helsetilstand, jf. § 13-5 til § 13-7. I dette tilfellet er vilkåret om at henvisning etc. ikke må være igangsatt når forsikringen trer i kraft, tatt inn på s. 10 av 14 i forsikringsbeviset. Nemnda er i atskillig tvil om en slik plassering fyller lovens krav om at forbehold skal være fremhevet, især når forbeholdet som her ikke er spesielt fremhevet, jf. avgjørelse 2016-471 hvor nemnda etter omstendigheten godtok en karensklausul som var tatt inn i forsikringsbeviset under overskriften "Dekningsbeskrivelse" "Særlige begrensninger i Selskapets ansvar ved arbeidsuførhet". Der var forbeholdet fremhevet med fet skrift. I foreliggende sak ble, etter det selskapet har opplyst, forsikringsavtalen oversendt forsikringstaker 20.7.20. Når det ikke er opplyst når og hvordan forsikrede/medlemmet av den kollektive ordningen ble gjort kjent med forsikringsbeviset og –vilkårene, finner nemnda å måtte legge til grunn at forbeholdet ikke var kjent for henne.

Nemnda kan ikke se at vurderingen ved A. 19.6.20 fyller kravene til henvisning i vilkårene. Det kan også være spørsmål om fastlegens henvisning 10.7.20 til offentlig sykehus v/ "Plastkirurgi" fyller kravene til henvisning i vilkårene.

For kollektive dekningsreguleringer fal. § 19-10 selskapenes adgang til ansvarsbegrensning ved tegning av livsforsikring uten opplysninger om risiko. Bestemmelsen innledes slik "I kollektiv livsforsikring kan det uten hinder av § 13-5 avtales at selskapet ikke svarer for arbeidsuførhet som inntreffer innen to år ...". Bestemmelsen åpner således for en tidsbegrenset ansvarsbegrensning for så vidt gjelder ervervsuførhetsdekning i en livsforsikring. Ordlyden reiser spørsmål om dette er den eneste begrensningen som er tillatt ved kollektive dekningsreguleringer, eller om et selskap også kan ta forbehold etter § 13-5, slik selskapet har anført. Nemnda minner om at lovgiver ved innføringen av § 13-5 mente å avskaffe adgangen til objektive helseklausuler. Lovgiver aksepterte likevel at selskapene i noen tilfeller hadde behov for å ta ansvarsforbehold på grunn av den forsikredes helsetilstand. Slike – ikke tidsbegrensede forbehold – kan etter første ledd bare tas i to nærmere angitte situasjoner. Etter det nemnda kan se, får verken hjemmelen i bokstav a) eller bokstav b) anvendelse i et tilfelle som det foreliggende. Sistnevnte bestemmelse forutsetter at "selskapet av særlige grunner er avskåret fra å innhente opplysninger om den forsikrede". Nemnda kan ikke se at det forhold at selskapet tilbyr kollektive helseforsikringer uten å benytte sin adgang til å innhente opplysninger om den enkeltes helsetilstand, fyller lovens krav til at det er tale om et unntakstilfelle.

Etter annet ledd første punktum kan selskapet ved sykeforsikring forbeholde seg at det bare svarer for sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt. En helseforsikring som gjelder konsultasjoner, undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten må etter nemndas syn anses som en sykeforsikring. Selskapet kan da ta forbehold for sykdom som har vist symptomer før et bestemt tidspunkt. Forbeholdet som selskapet har tatt gjelder imidlertid utredning eller behandling som er igangsatt før forsikringens ikrafttreden. Slik nemnda ser det, ville et slikt forbehold også ved en individuell forsikring falle utenfor det som lovgiver ved lovrevisjonen i 1989 åpnet opp for at selskap skulle kunne ta. Nemnda finner da ikke grunn til å ta standpunkt til om selskapet i en kollektiv dekning kan ta et slikt forbehold.

Nemnda er etter dette kommet til at forsikrede må gis medhold.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

Ved behandlingen deltok Karin M. Bruzelius (leder), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).