

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN-2021-817

14.9.2021

If Skadeforsikring NUF

Ulykke

Tannplager – oppgjør – uriktige opplysninger - oppsigelse – advokatutgifter – fal. §§ 8-1/18-1 og 13-13.

Forsikrede hadde problemer med en protese i underkjeven og tok i den forbindelse kontakt med tannlege 2.4.19 angående sår etter protesegnag. Konsultasjon med røntgen 5.4.19 viste rotfraktur med stor betennelse i tann 43. Forsikrede fremmet 26.6.19 krav om dekning av tannlegeutgifter under en reiseulykkesdekning. Da selskapet kontaktet han på telefon to dager senere opplyste forsikrede at han hadde brukket en tann (43) etter et fall mot en rot e.l. i skogen. Han var usikker på dato for hendelsen, men den ble i samtalen satt til 25.5.19. Senere opplyste forsikrede at fallet måtte ha vært i mars 2019. Fallet ble først notert i tannlegejournalen etter at hendelsen var meldt selskapet. Saken reiste blant annet spørsmål om selskapet kunne avslå forsikredes krav under henvisning til uriktige opplysninger i oppgjøret, og om forsikrede hadde krav på dekning av utgifter til advokat. Nemnda bemerket at spørsmålet om det var gitt uriktige opplysninger reiste bevismessige spørsmål som ikke egnet seg for skriftlig nemndbehandling. Nemnda bemerket ellers at selskapets standpunkt var gitt uten ugrunnet opphold, jf. fal. § 13-13. Det var ikke noe rettslig grunnlag for forsikredes krav om å få dekket sakskostnader. Spørsmålet om brudd på opplysningsplikten ved oppgjøret ble avvist, for øvrig ble selskapet gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede (f. 1946) var omfattet av en reiseforsikring med dekning for reiseulykke.

Forsikrede meldte til selskapet 26.6.19 at han hadde knekt en tann, og at tannlegen hadde anslått at det ville koste kr 8 000-9 000 å reparere tannen. To dager senere var forsikrede i kontakt med selskapet per telefon (28.6.19) og han opplyste da at han hadde brukket en tann (43) etter et fall mot en rot e.l. i skogen.

Han kunne ikke oppgi eksakt dato. Det var en hjørnetann han hadde brukket, men det forelå komplikasjoner på grunn av en protese i munnen også. Selskapets saksbehandler ville ha en dato for hendelsen, men forsikrede husket ikke dette eksakt. På spørsmål om tidspunkt for hendelsen svarte forsikrede til slutt:

Men la oss si at det skjedd for en måneds tid siden. ... Jeg vet ikke.

De ble enige om å sette datoen 25.5, selv om forsikrede ikke var sikker.

Før hendelsen ble meldt selskapet

Av tannlegejournalen fremgikk at forsikrede høsten 2018 hadde problemer med en protese i underkjeven. I notat 16.10.18 stod det at forsikrede ønsket å vente til våren med "å gjøre noe med protesen".

Forsikrede tok 2.4.19 kontakt med tannlegen om sår etter proteseognag. Konsultasjon med røntgen 5.4.19 viste rotfraktur med stor betennelse (tann 43), samt at bro var bevegelig pga. overbelastning. Forsikrede fikk penicillinkur mot betennelsen.

Den 15.4.19 noterte tannlegen kostnadsoverslag på ca. kr 74 000. I notat 19.6.19 hadde forsikrede fortsatt plager/betennelse i roten av tann 43, men ønsket å bevare broen i underkjeven.

Den 19.6.19 var forsikrede til konsultasjon hos tannlege for vurdering av akuttbehandling og midlertidig løsning.

Etter hendelsen var meldt selskapet

I e-post 30.8.19 skrev forsikrede til selskapet følgende:

(...) Har i mellom tiden fått melding fra tannlege om at tann nr 2 er så skadet at det må operativ behandling. Hva nå?

I august og september 2019 rotfylte tannlegen tann 42 og tannlegen fjernet den sprukne roten under broen (tann 43).

Tannlegen noterte 2.10.19 at en bro nå var løs, og var usikker på om problemer også med tann 42 var relatert til det samme. Tannlegen anbefalte dekkprotese til ca. kr 30.000.

Etter mottatt tannlegeerklæring utbetalte selskapet 3.10.19 kr 12 030 til forsikrede som refusjon for tannbehandling.

Den 22.10.19 fremmet forsikrede krav om dekning for gjenstående utgifter til tannbehandling.

Selskapet ba 29.10.19 forsikrede inngi fullmakt til å innhente opplysninger fra tannlege.

Fullmaktsskjema ble sendt fra selskapet til forsikrede 31.10.19 og på Digipost slik forsikrede ønsket 1.11.19.

Selskapet mottok journal fra tannlege 2.12.19.

Selskapet avslo krav om ytterligere dekning av utgifter til gjenstående behandling 10.1.20, idet det la til grunn at forsikrede ga uriktige/ufullstendige opplysninger i oppgjøret, subsidiært på grunnlag av manglende årsakssammenheng. Selskapet krevde av den grunn at forsikrede tilbakebetalte kr 12 030, et beløp som allerede var utbetalt til forsikrede.

Selskapet sa også opp forsikredes dekninger.

Av e-post fra tannlegen til forsikrede 14.1.20 fremgikk følgende:

Da du mener at frakturen i roten 43 har kommet etter fallulykke, må jo ulykkestidspunktet ha vært før 05.04. Det er vel dette som ikke stemmer overens hos (selskapet) ... det er absolutt mulig at et fall med et kraftig slag mot broen i ukj kan ha ført til frakturen. Betennelsen rundt roten har oppkommet pga rotfrakturen.

I udatert uttalelse redegjorde tannlegen for forløpet om det aktuelle, men presiserte at han ikke kunne ta stilling til hva som hadde utløst rotfraktur "da jeg ikke har sett pasienten ifm. ulykken han har meldt." Tannlegen la til at et fall kunne gi slik skade.

I e-post 25.2.20 fra selskapet til forsikrede fremgikk:

Viser til samtale sist fredag, hvor du var opptatt av at du ikke hadde opplyst at din innmeldte skadehendelse inntraff den 25.05.19. Vedlagt ligger notat fra vedkommende skaderådgiver som du snakket med da du meldte skaden den 28.06.19. (...)

Klage på oppsigelse av forsikringsavtale grunnet svik ble gitt ved advokat til Finansklagenemnda 9.7.20.

Fra de relevante vilkårene fremgikk følgende:

6.1 Gyldighet

Forsikringen gjelder når en ulykkesskade rammer den forsikrede. Med ulykkesskade forstås fysisk skade på person forårsaket ved en plutselig og uforutsett ytre begivenhet, et ulykkestilfelle, som inntreffer i forsikringstiden.

6.2 Hva forsikringen omfatter

Forsikringen gjelder ved

- behandlingsutgifter

Vi erstatter vanlige og nødvendige behandlingsutgifter i Norge som påløper i løpet av de to første årene etter skaden til

- lege og tannlege

Forsikrede har i det vesentlige anført at han ikke har gitt uriktige opplysninger. Han skadet tannen/protesen da han falt i slutten av mars 2019. Han var telefonisk i kontakt med selskapet om ulykken i slutten av mars 2019, og meldte krav 26.6.19. Da selskapet kontaktet ham på telefon to dager senere var han usikker på dato for hendelsen. Referat av telefonsamtale viser klart at han ga tidspunktet 25.5.19 fordi selskapet ville ha et tidspunkt i saken, og dette var også klart for selskapets saksbehandler. Kontakten med tannlegen bekrefter plager etter fallet i slutten av mars 2019, og tannlegen har bekreftet at skaden er forenlig med et fall slik forsikrede har forklart. Mottatt behandling og anbefalt behandling er en direkte følge av skaden påført i fallet. Den strenge bevisbyrden for svik er uansett ikke oppfylt, jf. fal. § 8-1. Under enhver omstendighet var avslaget for sent, jf. fal. § 13-13. Saken vil ikke bli bedre opplyst ved muntlige forhandlinger, og saken kan vurderes av Finansklagenemnda. Selskapets saksbehandling har vært sterkt kritikkverdig, og forsikrede krever erstattet advokatutgifter (pr. 8.2.21 ca. kr 48 000 inklusive mva.). Det er vist til LB-2005-94209.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikrede utviste svik i oppgjøret, og at det kan avslå kravet, kreve tilbakebetaling av tidligere utbetalt erstatning, samt si opp forsikredes dekninger. Subsidiært anføres det at forsikrede ikke har sannsynliggjort at skaden på tannen skyldtes skadehendelsen. I tidsnære journaler ble det ikke notert noe om fall eller ulykkeshendelse, men om protesegneg. Fall/ulykke ble først nevnt i telefonsamtale med selskapet 28.6.19. Skaden på tannen må imidlertid ha oppstått før første tannlegenotat 5.4.19, og opplysningene om skadehendelse rundt 25.5.19 var da uriktig og egnet til å gi uberettiget erstatning. Den strenge bevisbyrden er oppfylt, og avslag ble gitt uten ugrunnet opphold, jf. § 13-13. Selskapet reiser også spørsmål om saken er egnet for nemndas saksbehandling. Det er ikke grunnlag for erstatning av advokatutgifter.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken reiser spørsmål om forsikrede ga uriktige opplysninger i oppgjøret, og om selskapet i så tilfelle kan avslå kravet, kreve foretatte utbetalinger tilbakebetalt og si opp dekninger. I motsatt fall reiser saken også spørsmål om det er årsakssammenheng mellom hendelsen og de skader forsikrede krever erstatning for tannbehandling. Saken reiser også spørsmål om forsikrede har krav på dekning av utgifter til advokat.

Nemnda ser først på spørsmålet om forsikrede ga uriktige opplysninger i oppgjøret, jf. fal. § 18-1 fjerde ledd.

Fal. § 18-1 regulerer forsikredes opplysningsplikt ved erstatningsoppgjøret. Det følger av bestemmelsens fjerde ledd 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" som hovedregel mister ethvert erstatningskrav mot selskapet. Videre

følger det av fal. § 18-1 femte ledd at selskapet i slike tilfeller kan si opp enhver forsikringsavtale det har med vedkommende med en ukes varsel.

Selskapet har bevisbyrden for at det er gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger som forsikrede visste eller måtte forstå kunne føre til at det ble utbetalt erstatning som vedkommende ikke har krav på. Det følger av Rt-1989-689 at det må foreligge klar sannsynlighetsovervekt for svik - faktisk og rettslig. Selskapet må bevise at forsikrede handlet med nødvendig skyld, jf. Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s. 88. Det innebærer at selskapet må påvise et økonomisk motiv. Det følger videre av Rt-2000-59 (s. 66) at svik forutsetter at både vilkåret om at det ble gitt uriktige og ufullstendige opplysninger bevisst og at det ble gjort for å få til en forsikringsavtale eller en bedre avtale, må være oppfylt, og for begge vilkårene må det foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt.

Etter nemndas syn fremgår det klart av telefonsamtalen 28.6.19 at forsikrede ikke var sikker på når han falt og tannen ble skadet. Tidspunktet for konsultasjon hos tannlegen i april 2019 er forenlig med at hendelsen var i slutten av mars 2019. Nemnda har på den annen side vanskelig for å forstå hvorfor forsikrede aksepterte å bruke datoen 25.5.19.

Nemnda har merket seg at det ikke finnes opplysninger om et fall/traume som årsak til plager/skader i tannlegens journal før etter at forsikrede meldte skaden 28.6.19, tre måneder etter det tidspunkt forsikrede senere oppgir som skadedato.

De senere uttalelsene fra tannlegen tyder på at han verken noterte eller senere erindret at forsikrede hadde opplyst noe om et fall eller slag mot tennene. At tannlegen mente skaden kunne være forenlig med et fall har etter nemndas syn mindre betydning, idet tannlegen ikke kan utelukke andre årsaker.

Tidsnære bevis tillegges størst vekt i bevisvurderingen, jf. HR-2019-2336 avsnitt 35. Dette gjelder spesielt beskrivelser av fagfolk for å få klarlagt en tilstand, herunder nedtegnelser i legejournaler om funn og symptomer, jf. Rt-1998-1565. Dette er også et utslag av nemndas rent skriftlige saksbehandling. Bevis som tilkommer etter at det er oppstått uenighet med selskapet, tillegges generelt mindre vekt.

Etter nemndas syn reiser tvistepunktet om uriktige opplysninger bevismessige spørsmål som ikke egner seg for skriftlig saksbehandling, jf. vedtektene for Finansklagenemnda pkt. 4.1 bokstav d hvorefter en sak kan avvises fra nemndsbehandling dersom "saken ikke lar seg behandle uten at dette i særlig grad går utover klageorganets effektivitet" og lov om godkjenning av klageorganer for forbrukersaker § 14 første ledd bokstav f). Det følger av Prop. 32 L (2015- 2016) under pkt. 10.6.1.3 at avvisningsregelen kan benyttes "der klageorganet ikke anser tvisten å være egnet for deres behandling, for eksempel på grunn av bevisspørsmål", jf. også FinKN 2017-408 og FinKN 2018-077.

Forsikrede har anført at avslaget uansett ikke ble gitt uten ugrunnet opphold, og at selskapet derfor ikke vil være fri for ansvar, jf. § 13-13 første ledd.

Etter fal. § 18-1 fjerde ledd, jf. § 13-13 første ledd kan selskapet si opp forsikringen med 14 dagers varsel. Nemnda kan ikke overprøve det skjønn selskapet har utvist på dette punkt.

Selskapet har gitt en oversikt over sakens behandling. Det tok tid før forsikrede ga de nødvendige innsynsfullmakter, og deretter å få disse utlevert. En anførsel om svik innebærer en alvorlig beskyldning, og selskapet har legitime grunner til å gjøre nødvendige undersøkelser for å avklare dette før det treffer en avgjørelse. Selskapet mottok slike fullmakter i slutten av oktober 2019, og selskapets avslag 10.1.20 var etter nemndas syn gitt uten ugrunnet opphold etter § 13-13.

Nemnda vurderer til slutt forsikredes krav på å få erstattet utgifter til advokat. Det er ikke angitt grunnlag for kravet, ut over at selskapets saksbehandling har vært sterkt kritikkverdig. Anførselen må forstås som at kravet bygger på uforsvarlig saksbehandling, og at dette har medført nødvendige advokatutgifter.

Nemnda tar som hovedregel ikke stilling til dekning av advokatutgifter, bortsett fra tvist om det foreligger et rettsgrunnlag for kravet. I aktuelle sak kan ikke nemnda se at det er grunnlag for å legge til grunn at selskapets behandling av kravet var uforsvarlig eller på annen måte erstatningsmessig uaktsomt.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Spørsmålet om brudd på opplysningsplikten ved oppgjøret avvises, for øvrig gis selskapet medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jane Ytreøy Grøndalen (selskapsrepresentant), Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).