

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2022-563

28.6.2022

Protector Forsikring ASA

Sykeforsikringer/barnekasko

Annen sykdom – vmi – endret vurdering - advokatutgifter – erstatningsbetingende forhold?

Forsikrede fikk avslag på krav om menerstatning med den begrunnelsen at rådgivende lege vurderte at han ikke hadde en vmi på minst 50 %. Forsikrede kontaktet advokat som videreformidlet forsikredes egen beskrivelse av helsen. Rådgivende lege vurderte deretter vmi til mer enn 50% og selskapet endret standpunkt. Forsikrede fremmet krav om dekning av advokatutgifter og spørsmålet var om det forelå et rettslig grunnlag for kravet. Nemnda bemerket at praksis og teori kan tilsa at selskapets misligholdelse av å oppfylle egen forpliktelse etter forsikringsavtalen, kan påføre selskapet et erstatningsansvar på objektivt grunnlag. En rettsvillfarelse kan gjelde villfarelse knyttet til relevante regler, avtalens vilkår eller den konkrete bevisbedømmelsen og vurderingen av saken. Slik aktuelle sak var opplyst kunne nemnda ikke se at selskapets opprinnelige vedtak bygget på villfarelse om dets betalingsforpliktelse og nemnda konkluderte med at det ikke var grunnlag for å pålegge selskapet et objektivt ansvar for advokatutgiftene. Selskapet ble gitt medhold.

ANTATT ØKONOMISK OMFANG: kr 13 125 eks mva.

Saksfremstilling

Forsikrede var omfattet av en kollektive dekningen "Annen sykdom". Forsikrede krevde i mars 2020 erstatning pga. ervervsmessig uførhet og varig medisinsk invaliditet (vmi). Det er ikke opplyst hvilken dokumentasjon forsikrede la frem da. Det fremgår av en uttalelse innhentet fra selskapets rådgivende lege 25.5.21 han hadde tilgang til fastlegejournalen og diverse Nav dokumenter. Rådgivende leges konklusjon var at forsikredes sykdom hadde medført vmi på 30–40 %. Selskapet avsto 4.6.21 forsikredes krav. Han ble oppfordret å ta ny kontakt ved eventuell forverring av helsesituasjon.

Forsikrede orienterte 7.6.21 selskapet om at han ønsket ekstern bistand fordi det var noen uklare punkter i rådgivende leges vurdering. Han kontaktet deretter advokat og denne ba i brev 28.6.21 selskapet om en ny vurdering av forsikredes vmi grad. I brevet gjengir advokaten forsikredes beskrivelse av helseplagene:

Det hersker usikkerhet med årsaken til mine plager. Hadde jeg kun hatt KML, ville nok dette fungert greit med medisinering. Da hadde jeg muligens fortsatt vært i jobb. Min spesialist lege ... mener plagene mine skyldes stråleskade fra min første kreftsykdom. De siste 12 månedene har jeg gått på antibiotika mot en mulig streptokokk infeksjon i stråle området. (Nå er ikke jeg lege, så jeg beskriver det sånn jeg forstår det). Jeg er usikker på hvor lenge jeg kommer til å gå på denne kuren.

I tillegg har jeg anemi. Jeg produserer åpenbart ikke nok blod. Jeg er derfor nødt til å gå på jerntabletter. Antibiotikaen har virket godt. Dvs de siste 12 månedene har jeg ikke vært sengeliggende, men mere en generell fatigue. Jeg har sjelden mye energi. Så lenge jeg får holde på i mitt eget tempo går ting greit.

En vanlig dag er: står opp med jentene, smører mat, kjører til skole, hjem spise frokost og lese nyheter for deretter ta en times tid på benken etterfulgt av en tur med hunden. Resten av dagen er i den stilen. Skal jeg gjøre andre ting må det planlegges.

Pga medisiner holder jeg meg helst i nærheten av toalett de første 2-3 timene av en dag.

For eksempel en kjøretur til X og hjem igjen gjør at jeg trenger en hviledag neste dag.

Dette er jo ting man blir vant til spesielt når det har gått over lang tid. Det er nok mere frustrerende for de rundt meg. Jeg vil nødig klage heller, for jeg har til dels vent meg til dette. Men når man har en forsikring for tapt livsutfoldelse føler jeg dette gjelder for meg. Det er vel mest et spørsmål om jeg er over 50% da dette er grensen for utbetaling.

Etter en ny vurdering uttalte rådgivende lege 4.9.21 at opplysningen "beskriver forhold som ikke var kjent for meg i mai 2021". Han anslo nå forsikredes vmi til 50-54 %. Selskapet innvilget deretter 29.9.21 erstatning. Samme dag avslo selskapet å dekke forsikredes utlegg til juridisk bistand fordi forsikringsavtalen ikke gir rett til dekning av slike utgifter.

Forsikrede har i det vesentlige anført at selskapet må være ansvarlig for å dekke nødvendige advokatutgifter i saken. Selskapet innhentet de medisinske opplysningene, og gjorde en feilvurdering mht. den medisinske dokumentasjonen. Da forsikrede valgte å ta kontakt med advokat, var det fordi han ikke hadde overskudd til selv å ta saken opp med selskapet. Selskapet ba ikke om opplysninger fra forsikrede før kravet om erstatning ble avslått. Uten bistand fra advokat hadde forsikrede ikke fått innvilget erstatning i saken.

Selskapet har i det vesentlige anført at forsikringsavtalen ikke omfatter advokatutgifter. Det foreligger ikke noe annet rettslig grunnlag for kravet om dekning av slike utgifter. Advokatbistanden var ikke avgjørende for at selskapet endret sin tidligere vurdering.

Brevet fra advokaten inneholder opplysninger fra forsikrede, som rådgivende lege mente ikke hadde kommet klart nok frem tidligere. Disse opplysningene kunne forsikrede ha gitt selskapet på egenhånd. Vurdering av medisinsk invaliditet er til en viss grad en skjønnsmessig vurdering. Selskapet kan ikke bli ansvarlig for advokatutgifter på et erstatningsrettslig grunnlag, som følge av en endret vurdering basert på utfyllende opplysninger om forsikrede helse. Det foreligger ikke en åpenbar feil vurdering tidligere i saken, som skulle tilsi at selskapet må være erstatningsansvarlig.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Det er ingen uenighet om at forsikringsavtalen ikke gir rett til dekning av utgifter til juridisk bistand. Forsikrede krever likevel at selskapet dekker hans utgifter til advokat.

Finansklagenemnda kan avgjøre spørsmål om dekning for advokatutgifter, se Vedtektene for Finansklagenemnda pkt. 1.3 sjettede ledd. I avgjørelser fra nemnda som har drøftet spørsmålet, har det tradisjonelt vært vist til et culpa-ansvar for erstatningsbetingende uaktsomhet fra selskapets side. Ved profesjonsansvar er culpanormen i rettspraksis forutsatt å være streng, jf. Rt-2002-286. Slik nemnda ser det, kan det stilles spørsmål om rene feilvurderinger fra selskapets side er en form for rettsvillfarelse som kan medføre et objektivt ansvar. Det foreligger da en uvitenhet om forpliktelsen, se Hagstrøm, "Obligasjonsrett", 2. utg. (2011) s. 527 og Bergsåker, "Pengekravsrett", 4. utg. (2020) s. 74 og s. 190. Ved avslag på dekning under en forsikring, uttrykker selskapet at det ikke er forpliktet til å betale etter avtalen. Om dette viser seg å være feil, kan det være tale om en villfarelse eller en uvitenhet om forpliktelsen. Tradisjonelt har en såkalt "rettsvillfarelse" ikke vært tilstrekkelig til å unnskylde en part for sitt avtalebrudd. En part er av den grunn i en del tilfeller blitt holdt ansvarlig på objektivt grunnlag for egen misligholdelse som følge av en slik rettsvillfarelse, se bl.a. HR-2016-1235-A, særlig avsnitt 49, Rt-2000-632 og 1983 s. 205. Praksis og teori kan derfor tilsi at selskapets misligholdelse av å oppfylle dens egne forpliktelser etter

forsikringsavtalen påfører selskapet et erstatningsansvar på objektivt grunnlag. En rettsvillfarelse kan gjelde villfarelse knyttet til relevante regler, avtalens vilkår eller den konkrete bevisbedømmelsen og vurderingen av saken.

Nemnda kan imidlertid ikke se at opplysningene i saken tilsier at det opprinnelige avslaget skyldes mislighold på selskapets side om omfanget av dets forpliktelse. Det er den forsikrede som må sannsynliggjøre at vilkårene for utbetaling under en forsikring, er oppfylt. Slik saken er opplyst for nemnda, er det ikke noe som tilsier at selskapet var kjent med de opplysningene om forsikredes helsesituasjon som fremgår av advokatens brev 28.6.21. Nemnda kan da ikke se at selskapets opprinnelige vedtak bygger på noen villfarelse om dets betalingsforpliktelse, og nemndas syn er da at det ikke er grunnlag for å pålegge selskapet et objektivt ansvar for forsikredes utlegg til juridisk bistand.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Selskapet gis medhold.

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