

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-500

26.6.2023

Storebrand Danica Pensjonsforsikring

Sykeforsikringer/barnekasko

Fortsettelsesforsikring barn - depresjon/ME – immunopati – vmi – reduksjonsmetode – renter – fal. § 18-4.

Forsikrede tegnet forsikring i 2003. I 2010 ble avtalen endret til Barn Pluss. Da barneforsikringen gikk til opphør pga. alder i 2012, ble det tegnet fortsettelsesforsikring med lavere forsikringsbeløp. Forsikrede meldte krav til foretaket i 2012 på bakgrunn av diagnosen alvorlig depresjon/mistanke om ME. Foretaket avsto kravet i 2013, idet foretaket la til grunn at forsikredes vmi var under den dekningsmessige grensen på 10 %. Forsikrede fremmet krav igjen i 2018, og viste til en ny diagnose fra august 2015, immonupati i retning lupus. Foretaket vurderte da kravet i henhold til avtalen tegnet i 2012, og fastsatte vmi til 69 % etter reduksjonsmetoden. Forsikrede anførte at det var feil å bruke reduksjonsmetoden i beregningen, og at riktig vmi var 84 %. I så tilfelle hadde hun krav på ytterligere renter. Saken reiste spørsmål om hvordan vmi skulle beregnes. Etter nemndas vurdering hadde forsikrede ikke sannsynliggjort en høyere vmi enn 69 % og bemerket at en ren summering av to diagnoser med overlappende symptomer ville ha gitt en overkompensasjon for disse symptomene. Nemnda konkluderte med at reduksjonsmetoden skulle legges til grunn, og at utbetalingen som foretaket hadde foretatt var korrekt. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikredes foreldre (heretter forsikringstaker) tegnet i 2003 en barneforsikring for forsikrede.

Dekningen tegnet i 2003 ble endret i mars 2010, da forsikrede fylte 18 år. Da dekningen fra 2010 gikk til opphør pga. alder, ble det tegnet en fortsettelsesforsikring i 2012. Denne saken gjelder fortsettelsesforsikring tegnet i 2012, jf. forsikringsbevis datert 21.3.12, gjeldende fra 17.3.12.

I epikrise fra BUP 20.1.12 er det oppgitt behandlingsstart i oktober 2009. Fra vurdering siteres:

Ut fra en helhetlig vurdering av utviklingshistorie, samtaler med (forsikrede), foreldre, observasjoner og tester finner en at (forsikredes) vansker best forklares ut fra diagnosen, F 32.2 Alvorlig depressiv episode. Symptomene viser seg ved lav selvfølelse, nedtrykthet, nedsatt lyst, interesse og energi, skyldfølelse, konsentrasjon og oppmerksomhets-vansker, irritabilitet, søvnvansker og selvmordstanker. Hun isolerer seg fra venner og strever med å opprettholde fritidsinteresser.

...

... Hun er blitt grundig undersøkt somatisk av fastlegen underveis, og dr. O formidler at det er mulig at hun har symptomer på ME (myalgisk encefalomyelitt/kronisk utmattelsessyndrom). Det kan også tenkes at varig stress knyttet til skole, relasjoner, psykisk og fysisk helse kan ha ført til en dekompenisering.

Forsikrede fremmet krav 9.10.12. Fra epikrise 13.6.13 fra sykehus ved nevrolog:

AKTUELL PROBLEMSTILLING:

Normalt fungerende frem til 2007. Beskriver en situasjon der hun svært aktiv, hadde masse energi, veldig glad, syklet overalt og var aktivt med i forskjellige typer idrett.

2007: Kikhoste, kraftig hoste, lite febrilia, antibiotikabehandelt, serologisk påvist. Opplevde etter dette redusert energi, mye trøtthet. Presset seg selv veldig i to år på videregående skole, gjorde lekser fra hun kom hjem til hun la seg. Etter en stund fikk hun diverse symptomer, "kroppen sa fra" sov hele dagen, sovnet på skolen, presset seg gjennom to års videregående skole, sluttet deretter. Har etter dette hatt følgende symptomer

*Søvnproblemer. Etter en periode med å ha sovet svært mye fikk hun innsovningsvansker, det har hun fortsatt. legger seg ca. kl. 23, bruker 2 – 3 timer på å sovne, sover helst til ca. kl. 11. Sover ikke på dagtid. Opplever å sove nokså overfladisk, vekkes ikke av smerter eller andre, konkrete ting.

*Psykisk: Initialt også deprimert for tre år siden. Effekt av behandling med antidepressiva, føler seg ikke lenger deprimert

Kroppslige symptomer:

*Vondt i kroppen, innvendig verk, begynner et sted, sprer seg så har ikke kroppslige smerter hele tiden. pt. smerter i knærne ved gange.

*Episoder med lammelser, opptrer ca. to ganger per måne Vedvarer i 1 – 2 timer når det skjer.

Kommer plutselig, kan komme i senga, i bilen, på jobb, har opplevd å bli hentet fra jobb og bært ut. Må ha hjelp til å komme seg på toalettet når dette skjer, klarer å støtte noe. Generelt sett opplever hun at hun ikke klarer å røre hverken armen, bein eller fingre, klare ofte å røre hodet og klarer å prate. En enkelt gang klarte hun heller ikke å røre ansikt eller prate. Dette innledes med en veldig uro i kroppen og følelsen av at hun må riste på den. Ikke samtidig nummenhet. Ikke ufrivillig vannavgang i forbindelse med disse episodene.

*Lyd -og lysskyhet når hun er svært sliten, ellers tåler hun dette greit.

...

*Psykiske belastninger: I 2010 ble det slutt med en kjæreste fordi han ble ekstremt kontrollerende og fikk voldelige tendenser. Han fulgte etter henne i et år etter dette, måtte til slutt politianmeldes før han gav opp. Ble bedre etter at han fikk ny kjæreste. Beskriver ikke øvrige særskilte psykiske belastninger.

...

NEUROLOGISK VURDERING

Allment god allmenntilstand, kognitivt og psykisk u.a. ...

Foretaket avsto kravet 21.6.13, idet foretaket la til grunn at det ikke var fastsatt diagnose som ga varig medisinsk invaliditet. Det ble opplyst om klagefrist og virkningen av å oversitte denne. Avslaget ble ikke påklaget.

Forsikredes lege var i kontakt med foretaket, og fra legenotat 23.8.13:

Konf med forsikringsforetak. I avslaget ligg det at det ikkje kan sannsynleggjerast at ho er 10% medisinsk invalid av varig grad, dvs i eit 5 års perspektiv juridisk.

Dersom det skulle visa seg at ho er permanent forverra kan ho søkja påny inntil ho er 26 år.

Om samtalen med legen noterte foretaket 23.8.13:

Fastlegen til (forsikrede) ringer. Hun spør litt om forsikringen til (forsikrede), da hun har fått avslag pga ikke oppnådd grad. (Forsikrede) har ME. De tar kontakt dersom (forsikredes) situasjon forverres.

Forsikrede fremmet nytt krav 29.9.18 til foretaket.

Foretaket vurdere dette som et nytt krav, og vurderte dette under forsikringen tegnet i 2012. Endelig vmi ble satt til 69 %, og foretaket utbetalte erstatning med renter i henhold til dette.

Foretakets rådgivende lege vurderte saken hhv. 21.3.23 og 28.3.23, og begrunnet bruk av reduksjonsmetoden med blant annet overlappende symptomer.

Fra forsikringsbevis gjeldende fra 17.3.12 for 2012-avtalen:

Forsikringen omfatter

- Utbetaling av inntil kr 400 000 ved varig medisinsk invaliditet som følge av ulykkesskade eller sykdom. Det kreves minimum 10% varig medisinsk invaliditet før retten til utbetaling inntre og erstatningen utbetales i forhold til den medisinske invaliditetsgrad

Frist til å melde forsikringstilfellet

For at retten til erstatning ved varig medisinsk invaliditet eller kreft skal inntre, må den som er berettiget til erstatning gi melding om kravet til foretaket innen 1 år etter at hun eller han fikk kjennskap til de forhold som begrunner kravet, jf. FAL § 18-5.

Foreldelse

Krav mot foretaket er gjenstand for foreldelse som beskrevet i de generelle forsikringsbestemmelser, punkt 15.

Fra vilkårene for Barne- og ungdomsforsikring (2012-avtalen) gjeldende fra 1.1.15:

1. Hvem kan forsikres - når opphører forsikringen

Det kan kjøpes forsikring på personer i alderen 6 måneder til og med 17 år som er bosatt i Norge.

... Forsikringen opphører den dag den forsikrede fyller 18 år.

2. Definisjoner

Varig medisinsk invaliditet: En varig nedsettelse av den forsikredes fysiske eller psykiske funksjonsdyktighet. Fastsettelse av medisinsk invaliditetsgrad skjer uten hensyn til i hvilken grad arbeidsevnen er nedsatt. Vurderingen kan kreves utført av en lege som utpekes av foretaket. Det tas utelukkende hensyn til objektive kriterier ved bedømmelsen.

3. Hva forsikringen omfatter

...

b) Varig medisinsk invaliditet

Dersom forsikrede blir bedømt varig medisinsk invalid som følge av ulykkesskade eller sykdom, inntre retten til erstatning. Ved sykdom inntreffer forsikringstilfellet på det tidspunktet det kan fastsettes en varig medisinsk invaliditetsgrad.

...

Erstatningen utbetales i forhold til den medisinske invaliditetsgraden. Det kreves minimum 10 % invaliditet for at retten til erstatning skal inntre. Den varige medisinske invaliditetsgraden fastsettes så snart tilstanden har stabilisert seg, tidligst 1 år og senest 5 år etter at ulykkesskaden inntraff eller sykdommen ble konstatert, med mindre spesielle forhold tilsier noe annet. Opphører forsikringen på grunn av forsikredes alder uten at den varige medisinske invaliditeten er fastsatt, skal varig medisinsk invaliditetsgrad fastsettes senest 5 år etter opphør av forsikringen. Foretaket svarer ikke for forverring av den medisinske invaliditeten etter dette tidspunktet.

Til fastsettelse av den medisinske invaliditetsgraden anvendes veiledning for fastsettelse av medisinsk invaliditet for sykdommer fra Svensk Forsikring, Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell, for tiden fastsatt i forskrift av 21 .04 .97, og Rikstrygdeverkets rundskriv. I tilfelle av invaliditet som ikke omfattes av tabellen, fastsettes invaliditetsgraden skjønnsmessig. De prosentsatser som er angitt i tabellen skal i disse tilfeller tjene som veiledning.

Og fra Ungdom Pluss:

4. Forsikringens omfang

a) Varig medisinsk invaliditet

Dersom forsikrede blir bedømt varig medisinsk invalid som følge av ulykkesskade eller sykdom, inntre retten til erstatning. Ved sykdom inntreffer forsikringstilfellet på det tidspunktet det kan fastsettes en varig medisinsk invaliditetsgrad. Erstatningen utbetales som et engangsbeløp. Dør forsikrede før retten til invaliditetserstatning er inntrådt utbetales kun dødsfallserstatning.

Erstatningen utbetales i forhold til den medisinske invaliditetsgraden. Det kreves minimum 10 % invaliditet for at retten til erstatning skal inntre. Den varige medisinske invaliditetsgraden fastsettes så snart tilstanden har stabilisert seg, tidligst 1 år og senest 5 år etter at ulykkesskaden inntraff eller sykdommen ble konstatert, med mindre spesielle forhold tilsier noe annet. Opphører forsikringen på grunn av forsikredes alder uten at den varige medisinske invaliditeten er fastsatt, skal varig medisinsk invaliditetsgrad fastsettes senest 5 år etter opphør av forsikringen. Foretaket svarer ikke for forverring av den medisinske invaliditeten etter dette tidspunktet.

Til fastsettelse av den medisinske invaliditetsgraden anvendes veiledning for fastsettelse av medisinsk invaliditet for sykdommer fra Svensk Forsåkring, Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell, for tiden fastsatt i forskrift av 21.04.97, og Rikstrygdeverkets rundskriv. I tilfelle av invaliditet som ikke omfattes av tabellen, fastsettes invaliditetsgraden skjønnsmessig.

De prosentsatser som er angitt i tabellen skal i disse tilfeller tjene som veiledning. Dersom funksjonsdyktigheten i den skadede kroppsdelen allerede var nedsatt før skaden inntraff, trekkes dette forhold fra ved fastsettelsen av den medisinske invaliditetsgraden.

...

Forsikringssummen utbetales som et engangsbetrag og kan kun utbetales en gang i løpet av forsikringstiden.

Forsikrede har i det vesentlige anført hun har krav på utbetaling under 2003-avtalen, selv om rett diagnose først ble stilt i 2015. Avslaget etter 2003-avtalen i 2013 ble påklaget i 2013, og dette dokumenteres med fastlegens og foretakets notater fra telefonsamtale fra august 2013. Det er ikke forsikredes ansvar at foretaket ikke fulgte opp klagen. Uklare vilkår er foretakets risiko, jf. Rt-1997-1807 (Cigna). Forsikringstilfellet er da forsikrede første gang søkte legehjelp for sykdommen, selv om diagnose først ble stilt på et senere tidspunkt, jf. pkt. 3.5. Forsikrede oppsøkte lege i perioden 2007-2008 for den aktuelle sykdommen/symptomer. Vilkårene stilte ikke krav om at vmi var bedømt, så lenge forsikrede hadde en vmi på mer enn 10 % da forsikringen opphørte. I tillegg følger det av vilkårene pkt. 3.5 at slik vmi kan fastsettes 5 år etter at sykdommen inntraff, med mindre spesielle forhold tilsier noe annet. Slike spesielle forhold foreligger i forsikredes sak, idet det tok lang tid før korrekt diagnose ble stilt i 2015. Hun fikk først diagnosen kikhoste, og ble senere behandlet ved BUP, og universitetssykehus stilte diagnosen ME i 2015. Blodprøver viste immunopati med trekk av SLE, og disse medfører ytterligere vmi.

Beregningen av vmi skal baseres på summasjonsmetoden, og som gir en vmi på 84 %. Det er ikke grunnlag for bruk av reduksjonsmetoden, jf. LB-2016-179244. Rt-2014-379 er ikke relevant idet forsikrede i vår sak oppfylte kravene til vmi da dekningen opphørte. Med reduksjonsmetoden er riktig vmi 69 %. Det kreves videre renter.

Alternativt har forsikrede et krav under avtalen fra 2010, og med de samme begrunnelser. Atter subsidiært under 2012-avtalen.

Forsikrede har videre anført at foretakets uttalelse til lege, jf. legenotat av 23.8.13, var et dispositivt utsagn om utsettelse av fastsettelse av vmi. Det er videre grunn til å stille spørsmål ved om foretaket i tilstrekkelig grad har påberopt seg foreldelse, og om det ble gitt tilstrekkelig informasjon om virkningene av ikke å klage på avslaget. I alle tilfeller påberopes at foretakets uttalelse til legen, innebærer at foreldelse ikke i tilstrekkelig grad er påberopt. Kravet er videre ikke bortfalt etter foreldelsesloven. Foreldelsesfristen forlenges inntil 10 år etter at kravet ble meldt foretaket. Kravet ble første gang meldt den 9.10.12, og forlenges dermed inntil 9.10.22. På dette tidspunkt var saken allerede innmeldt til Finansklagenemnda, slik at foreldelse ble avbrutt den 9.3.2021.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikringstilfellet under alle vilkårene inntraff da forsikredes vmi ble bedømt varig, og dette var etter at nytt krav ble fremmet i 2018. Før avslaget i 2013 var vmi bedømt under 10 %. Dersom forsikredes anførsler om at forsikringstilfellet

inntraff før 2010 eller før 2012 er kravet i 2012 og 2018 bortfalt pga. oversittet meldefrist. Avslaget i 2013 ble ikke påklaget innen klagefristen, og krav fremmet i 2018 skal derfor uansett vurderes som et nytt krav. Det er vist til Rt-2014-379. Vmi ble første gang vurdert over 10 % etter at nytt krav ble fremmet i 2018, og foretaket la til grunn at vmi på 69 % forelå i 2015. Men kravet om at dette var bedømt varig var ikke oppfylt før foretaket vurderte dette i 2018.

Hva gjelder størrelsen på vmi er det punktene 1.9.2 og 6.1.3 som passer best i tabellen. Begge punktene beskriver "samme følge" av sykdommen til forsikrede (hennes utmattelse, begrensinger i dagliglivet/fysisk aktivitet), og da skal reduksjonsmetoden brukes når vmi fastsettes.

At foretaket eventuelt uttalte at erstatningskrav kunne meldes senere har ingen innvirkning på avslaget i 2013, når dette ikke ble påklaget. Forsikredes fastlege verken mente eller hadde fullmakt til å påklage på vegne av forsikrede. Foretaket hadde uansett ikke grunn til å oppfatte dette som en klage. Forsikrede ble informert på en tydelig måte om sine klagemuligheter. Etter klagefristens utløp er det kun mulighet til å melde nye erstatningskrav. Fastsettelsen av vmi ble ikke utskutt, og saken fra 2013 var avsluttet fra foretakets side.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede har krav på ytterligere erstatning under avtalen tegnet i 2012, herunder hvordan vmi skal fastsettes, og om forsikrede har krav på ytterligere renter.

Foretaket har ikke bestridt at forsikrede har krav på erstatning under fortsettelsesforsikringen tegnet i 2012. Partene er enige om at forsikringssummen under denne dekningen er kr 400 000, og at det er punktene 6.1.3 55 og 1.9.2 29 i invaliditetsforskriften som skal brukes. Videre er partene enige om at ved bruk av reduksjonsmetoden vil forsikredes vmi være 69 %, og at uten bruk av reduksjonsmetoden vil forsikredes vmi være 84 %. Partene er også enige om at dersom det legges til grunn at vmi skal beregnes etter reduksjonsmetoden, så har foretaket utbetalt korrekt erstatningssum med renter.

Uenigheten er knytte til spørsmålet om foretaket kan benytte reduksjonsmetoden.

Spørsmålet om bruk av reduksjonsmetode må ta utgangspunkt i forsikringsvilkårene, hvor foretaket har vist til invaliditetsforskriften med rundskriv. Nemnda har vurdert saker med liknende vilkår tidligere, se bl.a. avgjørelsene 2022-1045 og 2022-808, og utgangspunktet er at reduksjonsmetoden skal legges til grunn ved vurderingen av flerskader.

Forsikrede har vist til LB-2016-179244, der det vises til Rundskriv til ftrl. kap. 13 – Yrlesskadedekning og 2 Nr. 3 invaliditetsfastsettelse ved flerskader multiple skader:

Innledning

Etter forskriftens 2 nr. 3, skal medisinsk invaliditet som knytter seg til en eller flere skader eller sykdommer som er godkjent som yrkesskade/yrkessykdom etter folketrygdloven gjelder også tidligere folketrygdlov vurderes samlet. Denne bestemmelse tar dels sikte på den situasjon at medlemmet ved ett og samme skadetilfelle blir påført flere skader, eller at flere skader/sykdommer som er godkjent etter folketrygdloven blir påført ved forskjellige anledninger. Med samlet vurdering forstås at man skal betrakte de totale skadefølger under ett, se nedenfor.

...

Samlet vurdering av de medisinske skadefølger ved flerskader flerfingerskader unntatt – reduseringsmetoden. Da den varige medisinske invaliditetsgrad i praksis aldri vil kunne bli større enn 100, må summering ved flere skadefølger skje etter visse regler, se dog det som er sagt om overinvaliditet under kommentarene til forskriftens 3 nr. 1.

...

Reduksjonsmetoden bør ikke brukes ukritisk. Den må ikke benyttes i de tilfelle en har å gjøre med skadefølger som gjensidig forsterker hverandre, f.eks. flerfingerskader og skader på parvise organer. Den bør heller ikke benyttes hvor det i den samlede vurdering inngår skadefølger hvor den medisinske invaliditet må fastsettes på rent skjønnsmessig grunnlag.

Etter nemndas syn er det i vår sak ikke holdepunkter for at det foreligger skadefølger som gjensidig forsterker hverandre. Selv om vurderingen av vmi er skjønnsmessig, er rådgivende leges vurdering knyttet opp til bestemte punkter i tabellen. Det synes ikke riktig å forstå dette som en vurdering på rent skjønnsmessig grunnlag. Rådgivende lege legger videre til grunn at forsikredes plager under de aktuelle punktene dels er overlappende. Slik nemnda forstår rådgivende lege, har rådgivende lege vurdert at reduksjonsmetoden best uttrykker den samlede vmi i denne saken, Nemnda har ikke medisinsk eller annen kompetanse til selv å vurdere vmi, og nemnda overprøver ikke rådgivende leges vurderinger av samlet vmi eller av at reduksjonsmetoden gir det mest korrekte resultat. Slik saken er opplyst for nemnda, har forsikrede ikke har sannsynliggjort en høyere vmi enn 69 %. Nemnda legger til at en ren summering av to diagnoser med overlappende symptomer relevante for fastsettelse av vmi ville gitt en overkompensasjon for disse symptomene og som ikke er i samsvar med invaliditetsforskriften.

Det følger av vilkårene at reduksjonsmetoden skal legges til grunn, og utbetalingen som foretaket har foretatt i tråd med reduksjonsmetoden er korrekt. Nemnda trenger dermed ikke ta stilling til rentekravet.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Barbro Paulen (bransjerepresentant) og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).