

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-501

26.6.2023

Storebrand Danica Pensjonsforsikring

Sykeforsikringer/barnekasko

Barneforsikring - ny diagnose – konstateringstidspunkt – vmi – meldefrist – foreldelse – fel.
§§ 18-5 og 18-6.

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 klage avsto foretaket kravet under avtalen tegnet i 2003, idet foretaket la til grunn at forsikringstilfellet tidligst kunne ha inntruffet ved epikrise i 2015, og at vmi over 10% først ble vurdert av foretaket i 2018. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde krav på erstatning under avtalen tegnet i 2003, og hvordan vmi i så tilfelle skal fastsettes. Nemnda uttalte at vilkårene klart forutsetter at retten til erstatning – altså forsikringstilfelle – ikke inntreffer før vmi rent faktisk er bedømt varig, og forutsetter en vmi på minst 10 %. Kravet fremsatt i 2012 ble avslått 21.6.13 og det ble gitt opplysninger om klagefrist, klagemuligheter og virkning av oversittelse i avslagsbrevet. Klage ble ikke innsendt og kravet var da bortfalt da nytt krav ble meldt i 2018, jf. treårsfristen i § 18-6 og foreldelsesloven § 2. Nemnda bemerket videre at 2003-dekningen bortfalt i 2010, og kravet meldt i 2018 var da meldt for sent etter ettårsfristen i § 18-5, og også foreldet etter treårsfristen i § 18-6. Forsikrede fikk ikke medhold i at hun hadde et krav under dekningen tegnet i 2003 og 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, 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.

Fra sykehusepikrise 13.6.13 ved nevrolog fremgår:

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 deprimentert for tre år siden. Effekt av behandling med antidepressiva, føler seg ikke lenger deprimentert

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.

...

NEVROLOGISK VURDERING

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

Forsikrede fremmet krav 9.10.12.

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.

Fra legenotat 23.8.13 siteres:

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 denne.

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

Av forsikringsbevis datert 1.7.03 for barne- og ungdomsforsikring fremgår:

Forsikringen omfatter

- Utbetaling av inntil kr 1.400.000 ved varig medisinsk invaliditet som følge av ulykkesskade eller sykdom.
- Dekning av behandlingsutgifter og reise-log oppholdsutgifter inntil kr 100.000 som følge av ulykkesskade eller sykdom.
- Dekning av utgifter til anskaffelse av tekniske hjelpemidler og/eller ombygging/tilpassing av bolig og/eller kjøp av bil inntil kr 200.000.

Det kreves minimum 10% varig medisinsk invaliditet før retten til utbetaling inntreffer.

Erstatningen utbetales i forhold til den medisinske invaliditetsgrad.

...

Frist til å melde forsikringstilfellet

For at retten til erstatning ved varig medisinsk invaliditet 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 danner grunnlag for kravet, jfr FAL§ 18-5.

Foreldelse

Krav mot foretaket er gjenstand for foreldelse som beskrevet i Generelle (Innledende) forsikringsbestemmelser punkt 15.

Fra vilkårene gjeldende i 2003:

1. Hvem kan forsikres - når opphører forsikringen

... Forsikringen opphører senest når den forsikrede fyller 18 år.

...

3. Hva forsikringen omfatter

... b) Varig medisinsk invaliditet

Utbetaling av inntil kr 1 400 000 ved varig medisinsk invaliditet som følge av ulykkesskade eller sykdom.

Dersom forsikrede blir bedømt varig medisinsk invalid som følge av ulykke eller sykdom og invaliditeten ikke er livstruende, inntreffer retten til erstatning.

Erstatningen utbetales som et engangsbeløp.

Erstatningen utbetales i forhold til den medisinske invaliditetsgrad. Det kreves minimum 10 % invaliditet for at retten til erstatning skal inntre.

Den medisinske invaliditetsgrad fastsettes så snart tilstanden har stabilisert seg, senest 5 år etter at ulykken eller sykdommen inntraff med mindre spesielle forhold tilsier noe annet.

Til fastsettelse av den medisinske invaliditetsgraden anvendes Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell, for tiden fastsatt i forskrift av 21.04.97 del 2 og 3. I tilfelle av invaliditet som ikke omfattes av tabellen, fastsettes invaliditetsgraden skjønnsmessig. De prosentsetser som er angitt i tabellen skal i disse tilfeller tjene som veiledning.

Fra forsikringsvilkår gjeldende fra 1.1.06:

2. Når trer forsikringen i kraft

... Forsikringstilfeller må inntreffe mens forsikringen er i kraft, ellers er foretaket uten ansvar. Forsikringen er i kraft så lenge den blir betalt i rett tid, dog høyst frem til opphørsalder.

Fra vilkårene for dekningen:

1. Hvem kan forsikres – når opphører forsikringen

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

Utbetaling av inntil kr 1 400 000 ved varig medisinsk invaliditet som følge av ulykkesskade eller sykdom.

Dersom forsikrede blir bedømt varig medisinsk invalid som følge av ulykke eller sykdom og invaliditeten ikke er livstruende, inntreffer retten til erstatning. Erstatningen utbetales som et engangsbeløp.

Erstatningen utbetales i forhold til den medisinske invaliditetsgrad. Det kreves minimum 10 % invaliditet for at retten til erstatning skal inntre.

Den medisinske invaliditetsgrad fastsettes så snart tilstanden har stabilisert seg, senest 5 år etter at ulykken eller sykdommen inntraff med mindre spesielle forhold tilsier noe annet. En sykdom anses som konstatert når forsikrede første gang søkte legehjelp for sykdommen, selv om diagnose først ble stilt på et senere tidspunkt.

Til fastsettelse av den medisinske invaliditetsgraden anvendes Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell, for tiden fastsatt i forskrift av 21.04.97 del 2 og 3. I tilfelle av invaliditet som ikke omfattes av tabellen, fastsettes invaliditetsgraden skjønnsmessig. De prosentsetser som er angitt i tabellen skal i disse tilfeller tjene som veiledning.

...

4. Hvem forsikringssummen utbetales til

Forsikringssummen ved varig medisinsk invaliditet utbetales til den forsikrede ved Overformynderiet.

...

5. Meldefrist

For at retten til erstatning 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 danner grunnlag for kravet, jf. FAL § 18-5.

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 i 2006-vilkårene. 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 kikkhoste, 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 uansett 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 erstatning under avtalen tegnet i 2003, og hvordan vmi i så tilfelle skal fastsettes.

Det er sikker rett at krav under dekningen forutsetter at forsikringstilfellet er inntruffet, jf. Rt-2000-59 og Rt-2014-379, og at forsikringstilfellet må inntreffe i forsikringstiden.

Nemnda forstår 2006-vilkårene å være vilkårene som gjaldt fra 2006 og til dekningen opphørte i 2010, og at det derfor er disse vilkårene kravet under 2003-avtalen skal vurderes. Etter 2006-vilkårenes pkt. 3 litra b) "inntretr retten til erstatning" når "forsikrede blir bedømt varig medisinsk invalid". Det samme fulgte for øvrig av vilkårene gjeldende fra 2003.

Nemnda har vurdert tilsvarende vilkår tidligere, og lagt til grunn at dette innebærer at forsikringstilfellet først inntretr når slik bedømmelse av vmi er foretatt, jf. bla. avgjørelse 2018-508 og avgjørelse 2020-866, som gjaldt en barneforsikring.

I nærværende sak mener nemnda at vilkårene klart forutsetter at retten til erstatning – altså forsikringstilfelle – ikke inntreffer før vmi rent faktisk er bedømt varig, og forutsetter en vmi på minst 10 %. Forsikrede har vist til bestemmelsen om at sykdom anses konstatert når forsikrede første gang søkte lege for sykdommen. Dette vilkåret gir ingen anvisning på betydningen av dette tidspunktet, og betydningen av dette tidspunktet sees heller ikke angitt andre steder i vilkårene. Dette kan derfor ikke være forsikringstilfellet. En slik regel ville for øvrig ofte være lite gunstig for forsikrede, idet den absolutte foreldelsesfristen på 10 år i § 18-6 da ville starte å løpe fra dette tidspunktet.

Bestemmelsene om fastsettelse av vmi innen 5 år etter at sykdommen inntraff innebærer et unntak fra kravet om at kravet om at vmi er bedømt innen forsikringstiden, jf. pkt. 3. litra b. Bestemmelsen må leses som en regel om at det ved sykdom/skade oppstått i forsikringstiden kan bestemmes at endelig vmi skal fastsettes senere, men innen 5 år. Utgangspunktet må imidlertid være at kravet er meldt innen meldefristen etter utløpet av forsikringstiden, jf. § 18-5. Etter nemndas syn er det en minimumsforutsetning at forsikrede før forsikringen utløp var kjent med de sykdomssymptomer som begrunnet kravet, noe som i vår sak innebærer at så vel meldefrist som foreldelsesfrister startet å løpe, jf. §§ 18-5 og 18-6.

Meldefristen var da oversittet da krav ble meldt i 2012, og kravet meldt i 2018 var da uansett bortfalt etter begge disse bestemmelsene. Det samme gjelder for særlige tilfeller der endelig fastsettelse av vmi kan utsettes ytterligere. Etter nemndas syn forutsetter en slik ytterligere utsettelse en dispositiv beslutning i foretaket, og som forutsetter at kravet var meldt innen fristene nevnt over.

Hva gjelder kravet fremmet i 2012 ble dette avslått 21.6.13, og ble ikke påklaget innen klagefristen oppgitt i avslagsbrevet. Nemnda viser til opplysningene om klagefrist, klagemuligheter og virkning av oversittelse i avslagsbrevet, jf. § 18-5. Brevet omtaler riktignok bortfall av erstatningsrett som foreldelse. Etter nemndas syn ga dette tilstrekkelig informasjon om at kravet bortfalt ved oversittelse av fristen. Under enhver omstendighet var kravet bortfalt ved foreldelse da nytt krav ble meldt i 2018, jf. treårsfristen i § 18-6 og foreldelsesloven § 2. I denne saken oppphørte 2003-dekningen i 2010, og kravet meldt i 2018 var da meldt for sent etter ettårsfristen i § 18-5, og også foreldet etter treårsfristen i § 18-6. Forsikrede kan derfor ikke få medhold i at hun har et krav under dekningen tegnet i 2003.

For nemnda er det dermed ikke nødvendig å ta stilling til spørsmålet om metode for beregning av vmi under denne dekningen.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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