

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-513

27.6.2023

Frende Skadeforsikring AS

Reisesyke

Fall – plager i venstre skulder/arm, høyre tommel og høyre ankel – vmi – klagefrist – fal. § 18-5 andre ledd.

Forsikrede falt på isen 15.2.20. Hun slo hodet og venstre skulder/arm, samt fikk smerter i høyre tommel og høyre ankel. Forsikrede meldte krav til foretaket 25.2.20. Foretakets rådgivende lege vurderte 26.11.21 vmi til 2-3 % for ankelskaden, men etter ytterligere dokumentasjon ble samlet vmi fastsatt til 8 % for venstre skulder og ankel. Foretakets rådgivende lege viste til den danske invaliditetstabellen da denne var noe "mer nyansert og detaljert". Foretaket informerte forsikrede om endelig oppgjør i brev av 28.3.22, og utbetalte menerstatning. Foretaket informerte samtidig om klagefristen i fal. § 18-5 annet ledd. Etter dette fremsatte forsikrede flere klager til foretaket, henholdsvis 27.4.22 og 1.11.22. Forsikrede klaget til Finansklagenemnda 3.2.23. Saken reiste spørsmål om klagefristen i fal. § 18-5 andre ledd var oversittet, subsidiært om forsikrede hadde sannsynliggjort vmi på mer enn 8 %. Etter en konkret vurdering av regelverket og praksis uttalte nemnda at fristavbrytende klage til Finansklagenemnda først ble fremsatt 3.2.23, det vil si etter utløpet av den opprinnelige klagefristen og også etter utløpet av den forlengede seksmånedersfristen knyttet til foretakets nye saksbehandling etter avslaget. Klagefristen var dermed oversittet og foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede var omfattet av en reiseforsikring med ulykkesdekning, da hun 15.2.20 falt og skadet seg.

I skademelding til foretaket 25.2.20 beskrev forsikrede hendelsen slik:

Hadde luftet hunder for kvelden, lukker igjen bakluken på bilen, sklir på underlagene (is - gress), slår hode og venstre arm i støtfanger bil, lander på venstre side med høyre fot vridd under. Grunnet en hjerteroperasjon, ble armene mer knyttet til brystkassen. Klokken smalt i bil og vegunderlag.

Videre opplyste hun følgende om symptomer og skadeutvikling:

kul i hode,
verk i høyre tommel (ospeteporose i dipledd)
nummen i høyre ankel.
foten doblet størrelse i løpet av natten verket.
kjørte hjem (automatikk) lå hjemme, mandag falt tannen ut knekket i fasetten.

Invaliditeten ble først vurdert av rådgivende lege på grunnlag av journal fra legevakt, i tillegg til journalnotat som forsikrede selv hadde lastet ned fra HelseNorge. Dette da hun ikke ønsket å gi foretaket fullmakt til å innhente dokumentasjon fra andre behandlere.

I e-post 26.11.21 fra foretakets rådgivende lege fremgikk:

(...)

Objektiv medisinsk er fragmentert og drøfter i liten grad relasjon til ulykkeshendelsen. Oppsøkte skadepoliklinikk 24.02.20 grunnet vedvarende smerter og hevelse i høyre ankel, der vurdert som ankelforstuing med et lite avrivningsbrudd i ankelbeinet (talus) uten vesentlig betydning. MR høyre ankel 22.07.21 sammenlignet med 29.05.20 var tilnærmet normal, det er kun beskrevet lett hevelse rundt enkelte strukturer. MR venstre skulder samme dato sammenlignet med bilder fra 28.08.20 er beskrevet med *"Uendret lett artrose i AC-leddet. Ødem og irritasjon i subacromiale bursa. Uendret lett rotator-cuff tendinopati."* Forsikrede kontaktet igjen skadepoliklinikken 26.08.21 grunnet vridninger under løping som ga lignende smerter som etter skadehendelsen. Røntgenundersøkelse viste ingen synlig skade, men fortsatt litt rusk der hun tidligere hadde en liten avrivning, klinisk oppfattet som overbelastning/strekk.

Vurdering:

Den medisinske dokumentasjonen er for mangelfull til å vurdere både årsakssammenheng og eventuelt funksjonstap. Sannsynligvis skyldes nåværende plager andre forhold som artrose og sannsynligvis osteoporose, men med en pragmatisk tilnærming kan vi kanskje anerkjenne ankelskaden der det ble påvist et lite avrivningsbrudd. MR 22.07.21 viste imidlertid ikke spor av denne skaden. Skjønnsmessig vil i så fall VMI ligge i området 2-3 %. Skulder og tommel har jeg ikke forutsetninger for å vurdere.

Etter å ha mottatt fullmakt fra forsikrede innhentet foretaket ytterligere opplysninger. Foretakets rådgivende lege vurderte saken på nytt i e-post av 25.3.22:

Jeg viser til min uttalelse 26.11.21 (...)

Fysioterapeut (...) skriver følgende i uttalelse 07.01.22:

NN er kjent pasient over mange år. (...) Hun har hatt en frisk v. skulder inntil hun falt på venstre skulder 15.02.2020.

Jeg har behandlet pasienten jevnlig siden 1995, men har aldri behandlet henne for plager/smerter i v. skulder før skaden skjedde i februar 2020. Hun har siden skaden i februar 2020 hatt store smerter i v. skulder med bevegelsesinnskrenkning.

Hun har jobbet med bevegeligheten i skulderen og den er nå blitt brukbar i alle retninger, men hun sliter fortsatt med mye smerter og en del kraftsvikt pga smertene. Behandling hun har fått og fortsatt får er laserbehandlinger på smertefulle senefester i v. skulder. M supraspinatus v. overekstremitet gir henne mest smerte og det er også fortsatt hevelse over denne muskelen.

Det er ikke vesentlige nye opplysninger i fastlegejournalen. Tømmelsmerter er ikke adressert i noen av dokumentene. Forsikredes subjektive oppfatning kan ikke tillegges vesentlig vekt.

Vurdering:

Forsikrede har objektive funn i sin venstre skulder som nok i hovedsak skyldes degenerative forandringer, men som delvis kan ha sammenheng med fallskaden 15.02.20. Hun har nå rimelig god bevegelighet, men fortsatt mye smerter og smerterelatert kraftsvikt. På bakgrunn av opplysninger om at skulderen tidligere har vært symptomfri synes det rimelig å anerkjenne plagene som skaderelaterte. Funksjonstapet er ikke spesifikt omtalt i Sosialdepartementets invaliditetstabell, men passer rimelig godt med punkt D.1.5.2. *Daglige, belastningsudløste smerter og let nedsat bevægelighet* i Dansk Méntabel som gir 5 % invaliditet. Samlet varig medisinsk invaliditet blir etter dette 8 %.

Foretaket utbetalte ytterligere menerstatning (totalt 8 %) og informerte samtidig om klagemuligheter og rett til nemndsbehandling, jf. brev av 28.3.22.

Etter henvendelse fra forsikrede, viste foretaket til at det hadde gjort to vurderinger av saken, og at hun måtte sende inn ny medisinsk dokumentasjon dersom det skulle gjøres ytterligere vurderinger. Foretaket opplyste samtidig at forsikrede kunne benytte klagemulighetene som vedlagt i oppgjørene, dersom hun var uenig i foretakets vurdering, jf. e-post av 27.4.22.

Samme dag skrev forsikrede i e-post til foretaket:

Det er brukt den danske invalidetabell

Rådgivende lege antar off synser da frende ikke har spurt hva de trenger av opplysninger som smerte, bevegelighet, fremtidige utsikter M. M.

Deres rådgivende lege hentyder osteoporose og degenerative forandringer på tross av rapport fra fysioterapeut og mr røntgen som ikke påviser osteoporose, men rupturer og skader i og rundt biceps og

bursa.

Det er ikke redegjort for hvorfor dere brukes den danske invalidetabell og utbetaler i norske kroner.

Foretaket svarte:

Den danske invaliditetstabellen blir brukt dersom det ikke finnes noe passende i den norske.

I en udatert e-post fra forsikrede, fremgikk:

Det fremkommer ikke i forsikringsvilkårene at Frende kan velge hvilket land utover Norge i sin vurdering av tabel for medisinsk invaliditet.

Imøteser hvor dette står.

I brev av 3.5.22 viste foretaket til at rådgivende lege var bedt om å vurdere forsikredes kommentarer og siterte videre fra hans svar:

Jeg viser til min vurdering fra 25.03.22 som grunnlag for videre kommentarer:

(...)

Bakgrunnen for å hevde at plagene i venstre skulder i hovedsak skyldes degenerative forandringer er MR-undersøkelse fra 22.07.21 som sammenlignet med undersøkelsen 28.08.20 viste uendret lett artrose i AG-leddet, hevelse og irritasjon i slimposen under ravnenebbet og lett betennelse i rotatormansjetten. Slitasjeforandringer skyldes neppe fallskaden, men irritasjon og betennelse kan ha sammenheng med traumet som tidligere anført.

I hht. Veiledning for bruk av Sosial og helsedepartementets invaliditetstabell av 21.4.1997 forstås med medisinsk invaliditet "den fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelsen som en bestemt skade eller sykdom erfaringsmessig forårsaker. Invaliditetsgraden fastsettes på objektivt grunnlag uten hensyn til medlemmets yrke, nedsatt evne til inntektsgivende arbeid (uføregrad), fritidsinteresser o.l.". Invaliditetstabellen dekker ikke alle skadetyper. Ved skade eller sykdom som ikke er med i tabellen, fastsettes invaliditetsgraden på grunnlag av en skjønnsmessig sammenlikning med skadefølgene i tabellen. Vurderingen skal foretas utfra de symptomer og funksjonstap som det er mest naturlig å sammenligne skaden med.

Den Danske, og for den saks skyld, den Svenske invaliditetstabellen er bygget opp på samme måte og prinsipper som Sosialdepartementets invaliditetstabell, men er i noen sammenheng mer nyansert og detaljert. Det er derfor i noen skadetilfeller naturlig å skjele til en av disse for korrekt invaliditetsutmåling. Fysioterapeut (...) skriver bl.a. følgende i uttalelse 07.01.22:

(...)

Funksjonstapet kunne kanskje funksjonelt sett ha vært sammenlignet med invaliditetstabellens 3.6.1 som angir 5 % invaliditet, eller 3.6.2 med vurderingsintervall 5-12 %. Dansk Mentabel er imidlertid mer beskrivende og derfor benyttet i aktuell sak.

Vurdering:

Generelt sett er det få objektive holdepunkter for årsakssammenheng mellom ulykkehendelsene og hennes skulderplager; men hennes subjektive funksjonstap er likevel tillagt noe vekt. Det er dog noe påfallende at hun ikke er vurdert i spesialisthelsetjenesten dersom skadefølgene er så omfattende som en kan få inntrykk av. Noe særlig mer kan i alle fall ikke forankres i dokumentasjonen som er mottatt hittil.

Forsikrede kontaktet Finansklagenemnda skriftlig 28.10.22 angående bruken av andre tabeller enn det som fremkommer av forsikringsvilkårene. Finansklagenemnda besvarte henvendelsen på generelt grunnlag 1.11.22.

Forsikrede sendte ytterligere e-post til foretaket 1.11.22:

Med bakgrunn i de faktiske forhold i Frendes forsikringsvilkår

11.6.3, reiseforsikring, inngår det ikke i Deres vilkår den mulighet til å velge hvilket land den oppnevnte lege kan velge passende medisinsk invaliditet.

Det fremgår heller ikke av forsikringsavtale loven har slike variable kan brukes.

Det kreves en Second opinion av varig skadeomfang og grad av påførte varige skader i skulderbue /sener og fester, samt bruddet i ankel og rupturer rundt ledd ankel.

(...)

Foretaket besvarte henvendelsen i e-post 2.11.22:

Dersom du ønsker en ny vurdering av varig medisinsk invaliditet så må du selv bekoste dette med å oppsøke en spesialist.

Dersom du har medisinsk informasjon som vår lege ikke har vurdert i saken, så kan denne sendes inn til oss og vår lege kan da gjøre en vurdering.

Det foreligger ikke dekning for ny vurdering av varig medisinsk invaliditet hos annen lege i reiseforsikringsvilkårene.

Klagen ble registrert hos Finansklagenemnda 3.2.23. I forbindelse med klagen har forsikrede blant annet fremlagt kopi av "Ménberegner" for skulder, med påskriften "den danske", og et notat om vurdering av smerter, med påskriften "den norske", samt en kvittering 6.5.20 fra et legesenter.

Forsikrede har i det vesentlige anført at foretakets rådgivende leges bruk av en dansk invaliditetstabell ikke er etter reglene i forskrift om menerstatning av 21.april 1997 med veiledning. Forsikrede har flere ganger bedt opplyst hvor i forsikringsvilkårene det fremgår at foretaket kan benytte den danske invaliditetstabellen, samt klaget på at rådgivende lege legger til grunne slitasjesykdommer som ikke er påvist. Fysioterapeut har bekreftet at venstre skulder, biceps og andre skader er verken påvist eller behandlet tidligere. Dersom foretakets lege ikke klarer å sette invaliditetsgrad etter den norske invaliditetstabellen, bør det være rett og rimelig at det henvises til spesialist som setter skadeprosent etter rett tabell, og ikke ilegger degenerative diagnoser som ikke finnes. Foretakets rådgivende lege er spesialist i allmennmedisin, ikke i nevrologi eller kirurgi. Foretakets henvisning til avgjørelser fra Trygderetten gjelder krav om menerstatning ved yrkesskade, og ikke krav som følge av skade på reise som er dekket etter forsikringsvilkårene. I TRR-2011-270, bemerket retten likevel at det ikke var grunnlag for å ta utgangspunkt i den svenske invaliditetstabellen, slik spesialisten hadde gjort i den saken. Foretaket har heller ikke mottatt dokumentasjon på at plagene til forsikrede er relatert til panikkangst, fobier og hyperventilasjoner med timer hos psykologer, slik tilfellet var i TRR-2008-2436. I henhold til den svenske/danske invaliditetstabellen gir de skader forsikrede ble påført i skulder en invaliditetsprosent på 8-12 % og ankel 5 %.

Hva gjelder foretakets anførsel om at klagen er for sent fremmet, kontaktet forsikrede Finansklagenemnda 28.10.22 angående bruken av andre tabeller enn det som fremkommer av forsikringsvilkårene. Foretaket ble varslet og klagefristen er ikke oversittet.

Foretaket har prinsipielt anført at klagefristen er oversittet, og at forsikrede har mistet retten til å kreve nemndsbehandling.

Subsidiært anfører foretaket at rådgivende lege sin bruk av den danske invaliditetstabellen ikke er strid med norsk rett eller forsikringsvilkårene pkt. 10.6.3 tredje avsnitt. Rådgivende lege har vurdert invaliditeten til 8 % etter den danske invaliditetstabellen, da den norske ikke omfattet gjeldende funksjonstap. Rådgivende lege har grunnlagt at den danske tabellen er brukt som en støttefunksjon i vurderingen av VMI. Det er vanlig ved lovarbeid som omhandler erstatning for personskader å se til hva som er gjort i Danmark og Sverige, jf. NOU 2011:16 om Standardisert personskadeerstatning pkt. 2.1 og pkt. 9.3.2. Bruken av utenlandske tabeller har også vært behandlet i Trygderetten, jf. TRR-2008-2436 og TRR-2011-270. Ut ifra dette er det forsvarlig å bruke andre nordiske invaliditetstabeller som et hjelpemiddel i vurderingen av medisinsk invaliditet slik rådgivende lege har gjort i denne saken. Dette er i tråd med norsk rett og praksis på området.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om klagefristen i fal. § 18-5 andre ledd er oversittet, subsidiært om forsikrede har sannsynliggjort vmi på mer enn 8 %.

Nemnda ser først på spørsmålet om forsikrede har oversittet klagefristen i fal. § 18-5 andre ledd.

Nemnda slutter seg her til sekretariatets vurdering:

Etter fal. § 18-5 annet ledd, mister den som har fått helt eller delvis avslag på et krav om erstatning i en ulykkes- eller sykeforsikring, retten til erstatning, dersom ikke sak er anlagt, eller behandling i utenrettslig tvisteløsningsorgan godkjent i medhold av lov er krevd, innen seks måneder etter at han eller hun fikk skriftlig melding om avslaget. Meldingen må angi fristens lengde, hvordan den avbrytes og følgen av at den oversittes.

Bestemmelsen er i praksis ansett som en materiell foreldelsesregel, jf. HR-2021-2404-A og HR-2018-1612-A. Det vil si at virkningen av ikke å anlegge sak for domstolen/forliksrådet eller klage til Finansklagenemnda innen seks måneder, medfører at kravet må anses tapt som følge av foreldelse. Det er likevel en forutsetning for anvendelse av bestemmelsen at foretaket har gitt tilstrekkelig skriftlig informasjon om klagefristens lengde, hvordan den avbrytes og følgene av at den oversittes, se f.eks. nemndas avgjørelse 2020-535, 2019-900 og 2018-3222.

I dette tilfellet avsto foretaket krav om ytterligere menerstatning i brev av 28.3.22. Basert på opplysningene i foretakets brev av 28.3.22, og vedlagte "Informasjon om klagemuligheter og rett til nemndbehandling", legger sekretariatet til grunn at foretaket har oppfylt kravene til informasjon om klagefristens lengde, hvordan den avbrytes og følgene av at den oversittes, jf. fal. § 18-5 annet ledd.

Fristavbrytende klage ble først registrert hos Finansklagenemnda 3.2.23, det vil si mer enn seks måneder fra du å anses å ha mottatt foretakets brev av 28.3.22. Dette tilsier etter sekretariatets syn i utgangspunktet at klagefristen er oversittet og at kravet må anses tapt som følge av inntrådt foreldelse.

Sekretariatet kan heller ikke se at en eventuell henvendelse til Finansklagenemnda 23.10.22 var fristavbrytende i henhold til fal. § 18-5 annet ledd, jf. din anførsel, og tilføyer at en slik henvendelse uansett må anses å ha skjedd etter utløpet av seks månedersfristen. Derimot, kan det stilles spørsmål ved om ikke en klage til foretaket må anses fristavbrytende i dette tilfellet.

Ordlyden i bestemmelsen, "dersom ikke sak er anlagt, eller behandling i utenrettslig tvisteløsningsorgan godkjent i medhold av lov er krevd", tilsier etter sekretariatets syn at det kun er forliksklage/stevning eller krav om nemndsbehandling etter tidligere fal. § 20-13 som vil være fristavbrytende. Dette medfører at ytterligere klage til foretaket ikke vil kunne avbryte seks månedersfristen, selv om foretaket går inn i en realitetsdrøftelse med forsikrede, jf. også Brynildsen mfl., Forsikringsavtaleloven med kommentarer, 2014, s. 642.

Nemnda har i flere tidligere avgjørelser lagt til grunn at fal. §§ 8-5 annet ledd må suppleres med foreldelsesloven (fel.) § 16 nr. 2 bokstav a, jf. bl.a. FSN-4679, FSN-7466 og FSN-7465. Regelen i fal. § 8-5 tilsvarende regelen i fal. § 18-5, og rettskilder knyttet til fal. § 8-5 er derfor relevant for fal. § 18-5, jf. Ot.prp.nr. 49 (1988-1989) s. 144.

Etter fel. § 16 nr. 2 bokstav avbrytes foreldelse når tvist om et krav bringes inn for "en klage- eller reklamasjonsnemnd som er opprettet av skyldneren". Med "klage- eller reklamasjonsnemnd" menes en nemnd "utenfor skyldneren selv, men om det ikke tilstrekkelig at kravet bringes inn for en særskilt klageavdeling/klagekontor hos skyldneren", jf. Ot.prp.nr. 38 (1977-1978) under særskilte merknader bestemmelsen. Røed, Foreldelse av fordringer, 4. utgave, s.1165 er på denne bakgrunn av den oppfatning at en klage til foretakets interne klageorgan/nemnd ikke er fristavbrytende.

I 2022-826 informerte foretaket om at sikrede kunne klage til avdelingen som hadde behandlet saken i foretaket, foretakets klageansvarlige avdeling eller Finansklagenemnda/domstolene.

Videre ble det opplyst at sikrede måtte klage til Finansklagenemnda eller bringe saken inn for domstolene inne seks måneder for å ikke miste kravet sitt. Sikrede klaget kun til foretakets klageansvarlige avdeling før utløpet av seks månedersfristen. Fra avgjørelsen siteres:

Nemnda har i flere saker kommet til at klage til selskapet er fristavbrytende der klage til intern klagenemnd blir sidestilt med Finansklagenemnda og domstolene. Se f.eks. FinKN-2021-980 og FinKN-2022-183 som igjen viser til tidligere praksis:

Dette er i samsvar med FinKN-2017-698, FinKN-2012-223, FSN-7466, FSN-7465, FSN-4679 og også med Brynildsen, Lid og Nygård: Kommentar til Forsikringsavtaleloven, s. 316, som alle bygger på at fal. § 8-5 annet ledd må suppleres med fel. § 16 nr. 2 om at foreldelsesfrister kan avbrytes ved klage til klagenemnd

oppnevnt av skyldneren. Nemnda legger derfor til grunn at klagefristen kan avbrytes ved klage til selskapets interne klageordning selv om Ot.prp.nr. 38 (1977–1978) i merknadene til fel. § 16 nr. 2 sier at en slik nemnd må være opprettet utenfor skyldnerens eget selskap.

Ifølge praksis fra nemnda vil det avgjørende være om du har klaget til en "intern klageordning/- nemnd", eller om etterbehandlingen kun innebærer realitetsdrøftelser av saken hos selskapet. Sistnevnte er ikke fristavbrytende, jf. FinKN-2012-223.

Etter en konkret vurdering kunne nemnda ikke se at saken var behandlet i en intern klageordning, eller nemnd med fristavbrytende virkning. Nemnda la derimot til grunn at foretaket hadde forlenget klagefristen med "den tiden det tok å ta opp saken til ny vurdering" (12 dager), noe det hadde anledning til så lenge klagefristen ikke var avbrutt. Nemnda kom etter dette til at klagen var for sent fremsatt.

I lys av ovennevnte forstår sekretariatet det slik at en klage til foretakets interne klageordning/-nemnd er fristavbrytende i henhold til fal. § 18-5 annet ledd, likevel slik at det avgjørende er om forsikrede har klaget til en "intern klageordning/- nemnd", eller om etterbehandlingen kun innebærer realitetsdrøftelser av saken hos foretaket. Så fremt klagefristen ikke er avbrutt kan fristen forlenges ved at foretaket tar saken opp til ny vurdering, slik at fristen suspenderes i det tidsrommet foretaket fortsatt behandler saken.

I dette tilfellet fremgår det at korrespondansen med foretaket etter klagen, skjedde med samme saksbehandler som undertegnet foretakets avslag 28.3.22, jf. korrespondansen med foretakets "Skadesenter" og at foretakets brev 3.5.22. Sekretariatet kan derfor ikke se at klagen til foretaket ble fremmet til en intern klageordning/-nemnd i foretaket, og kan i derfor heller ikke se at klagen til foretaket var fristavbrytende i henhold til foreliggende nemndspraksis, jf. ovenfor. Sekretariatet er likevel av den oppfatning at klagefristen i vedlegg til foretakets brev 28.3.22, må anses forlenget med den tiden foretaket brukte til etterbehandling av saken, deriblant ved å innhente ytterligere uttalelse fra sin rådgivende lege, jf. foretakets brev av 3.5.22. Sekretariatet er følgelig av den oppfatning at tiden mellom foretakets brev av 28.3.22 og 3.5.22, må trekkes fra den opprinnelige klagefristen, slik at klagefristen ble forlenget til 3.12.22.

Fristavbrytende klage til Finansklagenemnda ble fremsatt 3.2.23, det vil si etter utløpet av den forlengede seks månedersfristen. Klagen er følgelig for sent fremsatt, med den virkning at du har tapt retten til å kreve ytterligere menerstatning.

Etter dette finner nemnda det ikke nødvendig å ta stilling til krav om ytterligere menerstatning.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant), og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).