

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2023-732

11.10.2023

Fremtind Forsikring AS

Sykeforsikringer/barnekasko

Essensiell tremor – flere utbetalinger – vmi – renter – plikt til å innhente spesialisterklæring – fal. § 18-4.

Forsikrede fikk diagnosen essensiell tremor i 2013, og tok kontakt med foretaket 2.2.15. Foretaket utbetalte erstatning 28.9.18, basert på rådgivende leges vurdering av vmi på 5 %. En spesialisterklæring av 12.3.23 konkluderte med vmi på 15 %, og foretaket utbetalte 18.4.23 de resterende 10 % og renter fra 30.1.23 til 19.4.23. Forsikrede krevde at foretaket innhentet en tilleggserklæring fra spesialisten for å vurdere hva han antok skulle bli den endelige invaliditetsgraden, og at rentene skulle beregnes fra 2.4.15 til 25.4.23 for vmi på 15 %. Foretaket avslo kravet om å innhente en tilleggserklæring, men utbetalte renter på de siste 10 % fra 2.4.15 til 19.4.23. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde rett til ytterligere utbetaling av renter samt om foretaket pliktet å innhente en ny sakkyndig vurdering. Nemnda bemerket at renteplikten opphører på det tidspunktet forsikringssummen blir utbetalt. Ved delutbetalinger underveis i saksbehandlingen, hadde foretaket gjort opp for deler av kravet og renteplikt knyttet til delutbetalingen var ikke lenger til stede. Nemnda bemerket videre at det var forsikrede som hadde bevisbyrden for at vilkårene for ytterligere erstatning forelå. Det var ikke noe rettslig grunnlag for å pålegge foretaket en ytterligere utredningsplikt. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede har diagnosen essensiell tremor.

Det tidligste notatet som er fremlagt er et udatert legenotat (hvor det fremgår at enkelte prøver er tatt 23.5.13), hvor forsikrede er diagnostisert med sykdommen Tremor INA, og det ble oppfattet som essensiell tremor.

Forsikrede kontaktet foretaket per telefon 2.2.15, og foretaket sendte fullmakts- og skademeldingsskjema til utfylling samme dag.

I skademelding 9.2.15 skrev forsikrede:

Fikk diagnose essensiell tremor i 2013. Sykdommen er skjelving som vil kunne bli vesentlig verre. Skjelvingen tiltar ved stress.

...

Når oppsto symptom første gang

Uvisst, men har blitt mer og mer tydelig.

Foretaket skrev 26.5.16:

Vi har fått svar fra rådgivende lege som skriver at dine nåværende plager med sykdommen ikke vil gi medisinsk invaliditet.

I henhold til forsikringsvilkårene skal den endelige invaliditetsgraden vurderes innen fem år etter at sykdommen ble konstatert. Vi setter derfor saken frem til omkring mai 2018 for å høre hvordan det går med deg da ...

Foretaket gjenopptok saken i 2018.

Forsikrede foreslo en løsning på 15 % varig medisinsk invaliditet (vmi) i brev av 14.5.18.

Foretaket skrev 28.9.18 at rådgivende lege ikke kunne se at dokumentasjonen tilsa en endelig erstatning nå basert på 15 % vmi. Legen sa foretaket nå kan utbetale etter 5 % vmi og foretaket la dette til grunn, og betalte renter fra 2.4.15 til 29.9.18. Det skrev også:

Endelig erstatningskrav utløper etter 10 år fra sykdommen ble konstatert og vi vil foreta en ny vurdering om det skulle vise seg at sykdommen forverres innen 23.05.2023.

Forsikrede kontaktet advokat som tok opp saken igjen i 2022. Partene ble enige om at det skulle innhentes en spesialisterklæring, og foretaket sendte en forespørsel til en nevrolog.

I spesialisterklæringen 12.3.23 fremgår at første gang legen kunne se tremor ble tatt opp med legen var 23.5.13. Det står også under pkt. 5. Essensiell tremor:

Jeg er enig i at "vår pasient" har denne nevrologiske og kroniske tilstanden. Tremor har også en klar tendens til å progrediere; bli verre. Imidlertid synes tidlig debut (alder under 25 år) at den ikke progredierer så raskt. "Vår pasient" har ikke merket (særlig) forskjell siste året, så det kan hende den har stabilisert seg på følgende nivå nå.

Under pkt. 6. Vurdering/Konklusjon står det:

... Dette er en kronisk, nevrologisk tilstand med en tendens til progrediering, men siste året nå virker den å ha stabilisert seg. Dette kan man håpe på, men det hefter noe usikkerhet.

Det man kommer nærmest da, etter mitt skjønn, er punkt 3.9 i den norske tabellen, "Nervefunksjonstap i arme11", der igjen underpunkt 3.9.7 "Skade på nerverot eller plexus". Her kan man kjenne igjen pasientens plager i "grenselandet" mellom bokstav a og b, hvor henholdsvis "motoriske utfall" og "funksjonell betydning" omtales. Dersom man legger vekt på at han har "motoriske utfall" (skjelvinger), ikke "sensoriske" (smerte), men "med en klar funksjonell betydning" (punkt b), så synes jeg dette rettferdiggjør en medisinsk invaliditet på vel 15 %.

Foretaket utbetalte 18.4.23 en endelig erstatning basert på erklæringen, altså 15 % vmi. Det utbetalte resterende 10 % og renter på beløpet fra "to måneder etter saken ble gjenopptatt", altså fra 30.1.23, og til 19.4.23.

Forsikrede ba om en tilleggserklæring fra spesialisten for å vurdere hva han antok skulle bli den endelige invaliditetsgraden. Han ba også om at rentene skulle beregnes fra 2.4.15 til 25.4.23, og da for hele utbetalingen på 15 % vmi (også for de 5 % foretaket utbetalte for i 2018).

Foretaket avsto kravet 4.5.23, men utbetalte renter på de siste 10 % fra 2.4.15 til 19.4.23.

Foretaket avsto også kravet om å innhente en tilleggserklæring.

Forsikrede har fremlagt en kopi av artikkelen Essensiell tremor inntatt i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening publisert 9.10.08. Der fremgår under Konklusjon:

Essensiell tremor er kanskje den hyppigste av alle bevegelsesforstyrrelser, men det er fortsatt mye uavklart når det gjelder forekomst, etiologi og patofysiologi. Forstyrrelsen kan oppfattes som en langsomt progredierende nevrodegenerativ tilstand, men det er sannsynlig at også reseptormekanismer har patofysiologisk betydning. I hvert fall de alvorligste tilfellene kan være assosiert med funksjonsutfall i andre deler av sentralnervesystemet, spesielt i lillehjernen ...

Forsikrede har i det vesentlige anført at foretakets renteberegning er uriktig. Forsikrede har aldri akseptert erstatningsutbetalingen basert på 5 % medisinsk invaliditet, og utbetalingen må ses på som at foretaket brukte sin rett til forskuddsutbetaling i vilkårenes pkt. 4.4 annet ledd. Når det nå konkluderes med medisinsk invaliditet på minst 15 %, anføres det å være riktig at rente skal utbetales av hele forsikringsoppgjøret på kr 383 602 (15 % av kr 2 557 350) fra 2.4.15 til utbetaling finner sted. Det var ikke konstatert 5 % medisinsk invaliditet i 2018, og invaliditeten kunne da også

være 15 %. Foretaket har etter dette utbetalt kr 51 498 for lite. Beløpet vil bli høyere ved en fremtidig utbetaling.

Forsikrede har også anført at den endelige invaliditetsgraden ikke er forsvarlig utredet, og i henhold til vilkårene. Det var foretaket som utarbeidet mandat til den sakkyndige, og mandatet ble ikke forelagt forsikrede. Den sakkyndige har ikke besvart hvordan sykdommen sannsynlig vil utvikle seg. Det følger av vilkårene pkt. 2 tredje ledd at hvis tilstanden fortsatt kan forventes å forandre seg etter femårsdagen, skal erstatningen fastsettes etter den invaliditetsgrad som antas å bli den endelige. Den sakkyndige konkluderte med medisinsk invaliditet på vel 15 %. Dette underbygger at den medisinske invaliditet er høyere/kan bli høyere. Denne uklarhet, bør også avklares.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at forsikrede ikke har krav på ytterligere renteutbetaling. Foretaket har utbetalt renter av de respektive beløp frem til betaling fant sted. Han kan kun kreve renter frem til betaling skjer, noe som følger forutsetningsvis av fal. § 18-4.

Foretaket er også uenig i at det må innhentes en tilleggserklæring. Saken har blitt godt utredet, da det ble innhentet en spesialisterklæring av 12.3.23 etter samråd med forsikredes advokat. Dersom forsikrede er uenig i vurderingen om 15 % vmi, må han selv fremskaffe dokumentasjon.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede har rett til ytterligere utbetaling av renter samt om foretaket plikter å innhente en ny sakkyndig vurdering.

Nemnda legger til grunn at foretaket, for de respektive betalingene, har utbetalt renter frem til betalingene ble foretatt. Forsikrede krever at rentene samlet skal beregnes fra to måneder etter skademelding for hele det utbetalte beløpet.

Hensikten med rentebestemmelsen er å gi forsikrede en kompensasjon i de tilfellene der det tar mer enn to måneder å behandle skadesaken. Bestemmelsen må også sees i sammenheng med fal. § 18-2 som gir foretaket en plikt til å foreta delutbetalinger, dersom det er klarlagt at foretaket i hvert fall skal betale ut deler av forsikringssummen.

Nemnda finner det klart at forsikrede ikke kan få medhold i sitt krav om ytterligere utbetaling av renter. Renteplikten opphører på det tidspunktet det aktuelle beløpet, her forsikringssummen, er utbetalt. Der foretaket har foretatt delutbetalinger underveis i saksbehandlingen, må foretaket anses å ha gjort opp deler av kravet og renteforpliktelsen for disse er ikke lenger til stede.

Når det gjelder spørsmålet om foretaket må innhente en ny sakkyndig vurdering/tilleggsvurdering, er utgangspunktet at det er kravstiller, altså forsikrede, som har bevisbyrden. Foretaket har ingen generell plikt til å utrede saker.

Forsikrede har anført at foretaket ikke har utredet saken iht. vilkårene. I vilkårene (både fra 2014 og 2022) fremgår følgende:

3.2 Livsvarig medisinsk invaliditet

[...]

Invaliditetsgraden vurderes ett år etter at ulykkesskaden skjedde eller sykdommen ble konstatert. Erstatning utbetales tidligst på ettårsdagen for skaden/sykdommen, under forutsetning av at selskapet har mottatt nødvendig dokumentasjon for størrelsen på den livsvarige medisinske invaliditeten. Mener noen av partene at invaliditetsgraden kan forandre seg, kan det kreves at endelig oppgjør utsettes, likevel ikke lenger enn fem år etter at ulykkesskaden skjedde eller sykdommen ble konstatert. Den endelige erstatningen utbetales senest på femårsdagen for skaden/sykdommen.

Hvis tilstanden fortsatt kan forventes å forandre seg etter femårsdagen, skal erstatning fastsettes etter den invaliditetsgrad som må antas å bli den endelige.

[...]

4.4 Erstatningens forfallstidspunkt

Krav på erstatning forfaller til betaling så snart forsikringstilfellet er inntruffet og selskapet har hatt rimelig tid til å kartlegge ansvarsforholdet og beregne sitt endelige ansvar jf FAL § 18 – 2, 1. ledd.

Er det på et tidligere tidspunkt på det rene at selskapet i hvert fall skal utbetale en del av det beløpet som kreves, skal det utbetales et tilsvarende forskudd jf FAL § 18 – 2, 2. ledd.

Legeerklæring til bruk for erstatningssak skal vanligvis utstedes av behandlende lege. Dersom selskapet i forbindelse med erstatningssaken finner det nødvendig, kan selskapet innkalle skadelidte til uavhengig lege som ikke har spesiell tilknytning til selskapet. Undersøkelsen betales av selskapet.

Vilkårene pkt. 4.4 tredje ledd fastsetter at legeerklæring vanligvis skal utstedes av behandlende lege, men det fremgår ikke at foretaket plikter å innhente en slik erklæring. Det står også at foretaket kan innhente en uavhengig spesialisterklæring om det finner dette nødvendig. Vilkårene må etter nemndas syn forstås slik at de regulerer foretakets mulighet til å innhente en spesialisterklæring.

Slik saken er opplyst, kan ikke nemnda se at det foreligger noe rettslig grunnlag for å pålegge foretaket en ytterligere utredningsplikt.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Barbro Paulen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).