

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-464

30.5.2024

Fremtind Forsikring AS

Reisesyke

Oppgjør – manipulert sykehusfaktura – svik – fal. § 18-1.

Forsikrede ble ved to tilfeller syk på reise mellom 14.3.23 til 25.6.23. Opprinnelig krav om erstatning gjaldt sykdom i mai, og forsikrede vedla en rekke fakturaer fra mai, herunder en faktura på (valuta) 19 794 000 der spesifikasjonene senere viste seg å være manipulert ved overmaling. Foretaket ba om ytterligere opplysninger og forsikrede fremmet da også krav om utgifter fra et sykdomstilfelle i april, samt sykedager, utgifter til hjemreise mm. Foretaket innhentet original versjon av fakturaen, som viste at denne gjaldt ikke dekningsmessig kosmetisk behandling. Saken reiste spørsmål om forsikrede med sviks hensikt ga uriktige opplysninger i oppgjøret. Etter en konkret vurdering uttalte nemnda at foretaket hadde sannsynliggjort sin sviks innsigelse og forsikrede hadde ikke krav på erstatning. Foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede var omfattet av en reiseforsikring.

I epikrise fra sykehus 1 29.5.23 ble det vist til urinveisplager i to og en halv uke, og behandling for dette.

I skademelding 1.6.23 opplyste forsikrede om utreise 14.3.23, og hjemreise 25.6.23, og akutt sykdom med skadedato 15.5.23. Videre at hun oppsøkte behandlingsstedene sykehus 1 og sykehus 2, med første kontakt 18.5.23. Hun oppga samlede utgifter til hhv. kr 4 690 til lege, kr 14 319 til sykehus, og kr 1 557 til medikamenter.

Forsikrede vedla kvitteringer (og analyseresultater):

Sykehus 1	29. mai	kr 4 922,00	VALUTA 6 483 500,00
Sykehus 1	26. mai	kr 1 304,00	VALUTA 1 725 000,00
Sykehus 2	(omtvistet faktura) 19. mai	kr 14 642,08	VALUTA 19 794 000,00
Apotek 1	26. mai	kr 315,86	VALUTA 427 000,00
Apotek 2	13. mai	kr 361,00	VALUTA 485 727,00

Forsikrede meldte senere at beløpene ved en feil var omregnet til svenske kroner, og ga justerte tall i norske kroner.

Etter spørsmål fra foretaket 2.6.23 opplyste hun 21.6.23 om brystmerter 10.4.23 med sterke tilhørende symptomer og at hun oppsøkte sykehus etter noen dager, og at dette ble vurdert som Gastrosofageal reflukssykdom GERD, Dyspepsia og Gastrittis. Forsikrede fikk medikamenter som hjalp noen uker. Om hendelsesforløpet videre opplyste hun:

Men 3 uker senere fikk jeg smerter i mageregionen og nedre kors rygg. Dro til lege som ga meg medisiner Monuril og en annen medisin som tilhører pipemidic syre klassen. Dette gikk jeg på i 2 uker og symptomene ble gradvis verre og verre. Natt til 28 mai hadde jeg enorme smerter ved urinerer. Jeg ringte hjem til

foreldrene mine som prøvde ringe legevakten i Norge for å få informasjon om de medisinene jeg gikk på. Morgen den dagen etter dro jeg til legen og tok tester: blandt annet STD, tester for nyresykdommer, urinveissykdommer, leversykdommer osv. Det viste seg at jeg hadde blandt annet blod og bakterier i urinen og urinblæreinfeksjon som hadde spred seg til nyrene og dermed nedre ryggssmerter. Denne gangen ga legen meg Interflox tabletter. Denne medisinen hjalp og jeg ble heldigvis bedre for hver dag.

Foretaket pekte 21.6.23 på at forsikrede nå opplyste å ha vært syk to ganger på ferien med hhv. "Chestpain (10.04.23) Painful urination (29.05.23)", og at de hadde mottatt den omtvistede kvittering på 19 794 000 valuta, der det ikke fremgikk hva dette gjaldt, og som var betalt 19.5.23. Foretaket ba om opplysninger om hva dette dekket.

Forsikrede svarte samme dag:

Bevis på all medisinsk utgift er lagt ved på fremtids søknads skjema. 19 794 000 VALUTA er ikke hele summen som ble dekket. Vet du hvilke utgifter som ikke er inkludert i den summen?

Hva annet enn de dokumentene som er lagt ved mangler dere?

Foretaket skrev deretter 22.6.23:

Du har sendt inn en Medisinsk rapport som viser at du ble behandlet for Chestpain den 10.04.23, hadde du noen utgifter i forbindelse med denne sykdommen?

Du har sendt inn en kvittering på 19 794 000 VALUTA, som ble betalt den 19.05.23. Hva fikk du for behandling for her, og stemmer det at du ble behandlet 19.05.23?

Det er ikke vedlagt svar på denne e-posten.

Under korrespondansen vedla forsikrede noe mer dokumentasjon, i hovedsak reisedokumenter samt ytterligere en kvittering for medisinske behandling:

Sykehus 3 10. april kr 1 228,49 VALUTA 1 660 744,00

SOS alarmsentral skrev 14.7.23 til foretaket at de hadde sjekket den omtvistede faktura på 19 794 000 og at denne gjaldt behandling ved sykehus 2:

We have contacted the (sykehus 2) clinic and they informed that patient have Dermal filler injections treatment with 2 different filler brand (T22010009 and T22010008) and Botox injection treatment (T21120002) with cost VALUTA 19 794,000.

Please be informed that patient self-pay the bill on 10 April 2023 at (sykehus 3) and the original bill given to the patient directly."

Patienten har alltså varit på (sykehus 2) för ett skönhetsingrepp, och på (sykehus 3) för att hon haft besvär med bröstsmärta.

De två besöken hänger inte samman och dokumenten hon skickat in är från två olika kliniker och avser två olika besök.

Räkningen från (sykehus 3) har patienten fått och betalt på egen hand och då kan inte vår agent få ut den från sjukhuset.

Därför får ni be patienten om en kopia av räkningen från (sykehus 3) om ni vill att vi ska titta på kostnaderna i relation till behandlingen.

I utredersamtale 11.8.23 ga forsikrede uttrykk for å være overrasket over at hun hadde vedlagt omtvistede faktura fra sykehus 2. Hun forklarte at hun ikke hadde forstått at det var denne fakturaen foretaket stilte spørsmål om i juni 2023.

Foretaket avsto kravet og sa opp alle forsikredes dekninger 7.9.23, idet det la til grunn at hun med sviks hensikt hadde fremmet faktura på valuta 19 794 000 fra sykehus 2 for uberettiget å få utbetalt utgifter til kosmetisk behandling. Foretaket krevde også erstattet utgifter til utredning av saken med kr 13 412.

Forsikrede klaget til foretaket 26.9.23, og foretaket ba 29.9.23 om ytterligere opplysninger.

Forsikrede ga en forklaring på de beløpene oppgitt i kravet, og trakk inn flere utgiftsposter enn tidligere angitt. Beløp ble også justert til totalt kr 21 936. Hun opplyste videre at legen beordret sengeleie og at hun ville fremme krav for dette for to uker (for tapte feriedager). Videre at hun reiste hjem to måneder tidligere enn planlagt pga. sykdommen, men at hun ikke hadde fremmet krav om erstatning for dette.

Foretakets klageservice fastholdt 9.10.23 avslaget og oppsigelse.

Forsikrede fremmet ny klage til Finansklagenemnda 31.10.23.

Foretaket vedla 8.12.23 original faktura fra sykehus 2, og der aktuelle kosmetisk behandling var beskrevet. Foretaket viste til at fakturaen vedlagt opprinnelig krav var manipulert med korrekturlakk-type maling.

Foretakets oversikt over opprinnelig krav/bilag og hva foretaket mener er korrekte utgifter/bilag:

Kvitteringer innsendt med skademeldingen:

Sykehus 1	kr 4 922,00 -	VALUTA 6 483 500,00
Sykehus 1	kr 1 304,00 -	VALUTA 1 725 000,00
Sykehus 2	kr 14 642,08 -	VALUTA 19 794 000,00
Apotek	kr 315,86 -	VALUTA 427 000,00
Apotek	kr 361,00	VALUTA 485 727,00
Sum	kr 21 544,94	VALUTA 28 915 227,00

"Riktig" kvittering - først fremlagt til utreder:

Sykehus 3	kr 1 228,49	VALUTA 1 660 744,00
Dok. faktiske kostn. sykehus	kr 7 454,49	VALUTA 9 869 244,00

Utlegg med "riktige" kvitteringer:

Sykehus 1	kr 4 922,00	VALUTA 6 483 500,00
Sykehus 1	kr 1 304,00	VALUTA 1 725 000,00
Sykehus 1	kr 1 228,49	VALUTA 1 660 744,00
Apotek	kr 315,86	VALUTA 427 000,00
Apotek	kr 361,00	VALUTA 485 727,00
Sum	kr 8 131,35	VALUTA 10 781 971,00

Forsikrede har i hovedsak anført at hun ikke ga uriktige opplysninger. Hennes samlede krav etter korrekte bilag var tilsvarende det beløpet hun oppga, men hun vedla ved en feil, fakturaen fra sykehus 2. Det ble sendt mens hun fortsatt var syk, og navnet på sykehus 2 var lett forvekslet med kvitteringene fra analyseselskapet som var medisinsk begrunnet. Hun forsto ikke at det var en uriktig kvittering fra sykehus 2 foretaket hadde spørsmål om, og hun svarte så godt hun kunne ut fra denne misforståelsen. Hun mener hun også har krav på tapte feriedager og ny hjemreise, og har ikke krevd for mye utbetalt.

Foretaket har i det vesentlige anført at forsikrede med sviks hensikt ga uriktige opplysninger om utgifter og uriktig kvittering fra sykehus 2, og som også var manipulert. Forsikredes krav i skademelding på kr 21 936 stemmer omtrentlig med kvitteringer som var vedlagt (kr 21 544,94 iflg. foretakets vekslingskurs), herunder kvitteringen for skjønnhetsbehandling fra sykehus 2,

tilsvarende kr 14 642,08. Etter samtale med utreder vedla forsikrede kvitteringen for sykehusbehandling ved sykehus 3, på kr 1 228,49. Faktiske sykehuskostnader utgjorde følgelig kr 7 454,49, omtrent halvparten av beløpet forsikrede krevde dekket. De riktige/reelle kvitteringene knyttet til sykdom utgjorde totalt kr 8 131,35. Hva gjelder sviks hensikt vises det særlig til det betydelige avviket i samlet beløp for sykehus og totalt, at forsikredes svar og forklaringer var unnvikende og/eller oppkonstruerte, og at kvittering fra skjønnhetsklinikken var manipulert med korrekturlakkliknende overstrykning av spesifikasjoner. Fal. § 13-13 gjelder ikke ved reiseforsikring.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede ga uriktige opplysninger i oppgjøret, og om foretaket i så tilfelle kan avslå kravet og si opp dekningene.

Det bemerkes innledningsvis at det er forsikringsavtalelovens fjerde del (personforsikring) som får anvendelse i aktuelle sak som gjelder reisesyke.

Den aktuelle bestemmelsen i fal. § 18-1 er fjerde ledd, som lyder:

"Den som ved skadeoppgjøret gir uriktige eller ufullstendige opplysninger som han eller hun vet eller må forstå kan føre til at det blir utbetalt erstatning han eller hun ikke har krav på, mister ethvert erstatningskrav mot forsikringsforetaket etter denne og andre forsikringsavtaler i anledning samme hending. Dersom forholdet bare er lite klanderverdig, bare angår en liten del av kravet eller dersom det ellers foreligger særlige grunner, kan han eller hun likevel få delvis erstatning. § 13-13 gjelder tilsvarende".

For at foretaket skal kunne legge til grunn at det foreligger svik ved skadeoppgjøret, kreves dels at den forsikrede bevisst må ha gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger til foretaket, og dels at vedkommende vet eller må forstå at det er blitt utbetalt erstatning som vedkommende ikke har krav på. Begge vilkårene har et objektivt og et subjektivt element.

I motsetning til den tilsvarende bestemmelsen for skadeforsikring i fal. § 8-1 annet ledd, fremgår det ikke uttrykkelig av ordlyden i fal. § 18-1 fjerde ledd at de uriktige opplysningene må være gitt bevisst. Sammenhengen mellom de to reglene innebærer imidlertid at et tilsvarende krav må innfortolkes i fal. § 18-1 fjerde ledd. Dette er også lagt til grunn i praksis, jf. blant annet RG-1998-897 og FinKN-2011-469. Med bevisst menes i denne sammenheng at forsikrede positivt vet at opplysningene er uriktige eller ufullstendige. Det er derimot ikke krav om sviks- eller vinnings hensikt, slik det gjelder ved tegning, jf. fal. § 13-2, jf. 2016-080 og 2016-081.

Foretaket har bevisbyrden for at det er gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger som forsikrede visste eller måtte forstå kunne føre til at det ble utbetalt erstatning som vedkommende ikke har krav på. Det følger av Rt-1989-689 at det må foreligge klar sannsynlighetsovervekt for svik - faktisk og rettslig. I bevisvurderingen tillegges nemnda tidsnære bevis størst vekt, jf. HR-2019-2336 avsnitt 35. Bevis som tilkommer etter at det er oppstått uenighet med foretaket, tillegges mindre vekt.

Nemnda tar først stilling til om forsikrede ga uriktige opplysninger i oppgjøret. Det er ikke bestridt at kvitteringen fra sykehus 2 på ca. kr 14 640 var uberettiget. De eventuelt medisinske begrunnede sykehusutgiftene var på ca. kr 7 455. Avviket er på nesten 50 % og nemnda finner det ikke tvilsomt at det var uriktig å oppgi det aktuelle behandlingsstedet og beløpet derfra.

Det kreves som nevnt at forsikrede bevisst må ha gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger til foretaket, og at vedkommende vet eller må forstå at det er blitt/ville bli utbetalt erstatning som vedkommende ikke har krav på. Forsikrede har anført at kvitteringen ble vedlagt ved en feil. Forsikrede oppga selv sykehusbehandling ved sykehus 2 og med det høyere beløpet. Kvitteringen var manipulert med korrekturlakk-liknende overstrykning. Etter en konkret vurdering finner

nemnda å ikke kunne legge forsikredes forklaring til grunn. Nemnda mener videre at forsikredes svar på spørsmål fra foretaket 21.6.23 viser at forsikrede fastholdt kravet som oversteg de samlede utgiftene til begrunnet medisinsk behandling.

Basert på kravet, den manipulererte dokumentasjonen og forsikredes svar til foretaket, kan ikke nemnda se noen annen rimelig forklaring enn at forsikrede med dette forsøkte å få utbetalt en høyere erstatning for medisinske utgifter enn hun hadde krav på.

Etter dette finner nemnda at foretaket i tilstrekkelig grad har ført bevis for at forsikrede bevisst ga uriktige opplysninger som hun visste eller måtte forstå kunne føre til at det ble utbetalt erstatning som vedkommende ikke har krav på, jf. fal. § 18-1 fjerde ledd.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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