

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2024-975

30.10.2024

Tryg Forsikring NUF

Reisesyke

Sykehusinnleggelse etter 70 dager – dekning inntil 70 dager – informasjon ved tegning – klagefrist – advokatutgifter – fal. §§ 18-5 andre ledd og 11-1 fjerde ledd.

Forsikrede ble syk på reise i utlandet. Før reisen tegnet hun forsikringsavtale hos foretaket, og har anført at det ble opplyst at forsikringen gjaldt for reiser av 90 dagers varighet. Forsikredes samboer var oppført som forsikringstaker, og forsikrede som medforsikret. Forsikringsbevis ble utstedt til forsikredes samboer 15.9.21. Partene er uenige om når forsikrede mottok bekreftelse på forsikringsavtalen. Forsikrede reiste til utlandet 19.11.22. Hun ble syk 12.2.23 og pådro seg sykehusregninger på ca. kr 280 000. Foretaket avsto å dekke sykehusregningene 16.5.23, idet forsikringstilfellet inntraff etter utløp av reisetiden på 70 dager. Det ble informert om seks måneders klagefrist, og at denne ikke løp mens saken var til behandling hos foretaket. Forsikrede bestred avslaget overfor foretaket første gang 5.7.23. Foretaket opprettholdt avslaget, siste gang 21.8.23, hvor det ble henvist til tidligere oversendt informasjon angående klageadgang. Forsikrede henvendte seg til foretaket pr. e-post 4.12.23, og mente saken ikke var undergitt reell klagebehandling. Forsikrede klaget til Finansklagenemnda 5.4.24. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde krav på dekning av sykehusutgifter, herunder om klagefristen var oversittet. Nemnda bemerket først at klagefristen ikke var oversittet. Nemnda bemerket videre at forsikringstaker/forsikrede via tilbud og avtaledokumenter hadde fått tilstrekkelig informasjon om avtalen. Når forsikringstaker via nettløsning gjorde endringer i avtalen kort tid etter inngåelsen, viste dette at de også hadde satt seg inn i avtalen. Anførsler om mangler ved informasjonen kunne ikke kunne føre frem. Forsikrede hadde ikke krav på dekning av sykehusutgiftene og foretaket ble gitt medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede ble syk under reise til utlandet.

Før reise:

Forsikrede hadde tidligere dekning i et annet foretak. Aktuelle forsikringsavtale kom i stand ved at forsikrede ble kontaktet over telefon av selger 15.9.21, og det ble avtalt å flytte dekninger til foretaket. Forsikrede har senere anført at selger i telefonsamtalen opplyste om dekning på reiser inntil 90 dager.

Forsikrede har opplyst at dekningen ble tegnet med rabatter gjennom medlemskap i forening der samboeren var medlem, men der forsikrede foresto kontakten med foretaket. Avtalen var individuell, med samboeren som forsikringstaker, og forsikrede som medforsikret.

I tilbudsdokument var det opplyst om angrerett, og at tidligere dekninger ville bli sagt opp når avtalen var etablert.

Forsikringsdokumenter ble utstedt 15.9.21 til forsikredes samboer (forsikringstaker).

Fra foretakets loggføring fremgikk at forsikringsavtale ble sendt til forsikrede 15.9.21. Videre at det først ble sendt til feil e-post adresse som følge av feilskrift, men dette ble rettet, og e-post med bekreftelse ble sendt til forsikrede samme dag. Foretaket loggførte at forsikringstaker 30.9.21 logget inn på foretakets nettløsning, og gjorde enkelte endringer i dekningene.

Det ble videre loggført ytterligere endringer fra forsikringstaker 7.9.22 (endringer i bl.a. kilometerstand og årlig kjørelengde).

Forsikrede har opplyst om flere telefonsamtaler med foretaket etter telefonsamtale 15.9.21 hvor det ble forespurt om skriftlig bekreftelse på forsikringsavtale. Videre at hun over telefon fikk beskjed om å logge inn på "min side", men at hun ikke fikk til dette. Foretaket har opplyst at de har slettet lydopptakene i henhold til rutiner, men at det før rutinemessig sletting ikke ble gitt informasjon om at forsikringen omfattet 90 dager i reise.

Det er opplyst at forsikrede reiste til utlandet høsten 19.11.22.

Etter reise:

Tidligere forsikringsgiver bekreftet 21.3.23 at det mottok melding fra Tryg om oppsigelse / flytting av dekninger med flyttedato 15.10.21.

I foretakets telefonnotat 22.3.23 fremgikk at forsikrede var blitt klar over at dekningen bare gjaldt i 70 dager, men mente at hun ved telefonsamtale med selger 15.9.21 ble opplyst at den gjaldt i 90 dager. Hun hadde også tegnet en dekning i utlandet ut over 90 dager, fordi dette var rimeligere enn å utvide reiseforsikringen.

I skademelding på nett senere samme dag, 22.3.23, opplyste forsikrede om sykdom i form av blodpropp 12.2.23, utreise 19.11.22, og planlagt hjemreise 16.3.23. I e-post 4.5.23 opplyste representant fra foretaket at det i skjema for tegning av avtalen var feilskrift for både forsikredes navn og e-postadresse. Samboers (forsikringstakers) telefonnummer ble notert ned, og adresse ble oppført. Fra e-posten:

Tilbudet ble registrert med papirløse dokumenter, men kundens e-post adresse ble registrert feil og hun har aldri mottatt dokumentene. Hun har vært i kontakt tidligere for å endre mail adresse, men dette ble ikke endret før nå i 2023 da jeg var i kontakt med henne.

Legger ved skjermbilde av bestillingen i 2021 der man kan se feil i både etternavn og selve adressen da outlook ble skrevet som outlock og etternavn skrevet (navn med Y) i stedet for (navn med i). Her må selger ha fått en feilmelding på sending da dette ikke er en gyldig adresse. Kunden har da ikke fått oppstarts-dokumenter eller fornyelsen i 2022 da mailadresse ikke har vært rettet før nå.

De var også opptatt av at relasjon skulle legges inn da de har avtalen sammen hun og samboer, men denne ble også lagt inn på feil person. Det ble lagt til relasjon på en (feil etternavn), i stedet for (riktig etternavn). Jeg har rettet dette nå.

Foretaket avsto kravet for dekning av utgifter som følge av sykdom 16.5.23, idet forsikringstilfellet inntraff etter utløp av reisetiden på 70 dager. Det ble informert om klagefrist på 6 måneder, og at:

Fristen løper ikke mens klage er til behandling i (foretaket). Fristen stanser når skriftlig klage er sendt, og starter igjen fra og med den dag du mottar foretakets avgjørelse.

Avslaget ble påklaget for første gang 5.7.23.

I klageavslag 10.7.23 ble det bla. opplyst at:

Vi har klart å finne lydopptak av telefonsamtalen der sikrede ringte inn 18.11.22 dagen før avreise. I denne samtalen ble det ikke snakket noe om reisevarigheten.

Forsikredes svarte 28.7.23 på avslaget datert 10.7.23 og opplyste at utgiftene knyttet til sykehusopphold var på omtrent kr 290 000 i norsk valuta.

Etter flere klageomganger ga foretaket siste avslag 21.8.23.

Forsikredes advokat ba 23.8.23 om innsyn i sakens dokumenter, og viste til personopplysningsloven art. 15.

I e-post 23.10.23 opplyste foretaket at de ved en feil hadde unnlat å oversende enkelte dokumenter i forbindelse med forsikredes advokat sin forespørsel om innsyn i sakens dokumenter av 23.8.23. Disse ble oversendt i forbindelse med oppdagelsen.

I e-post 4.12.23 skrev forsikredes advokat bla.:

Klient er innstilt på at saken undergis reell klagebehandling, hvilket jeg ikke kan se er gjort i svar fra selskapet.

Forsikrede har vedlagt epikrise som viser at forsikredes samboer (forsikringstaker) har dårlig hørsel.

Forsikrede fremmet klage til Finansklagenemda 5.4.24.

Fra forsikringsbeviset:

Forsikringen gjelder for de første 70 dagene av reisen. Det fremgår av vilkårene hva som menes med en reise.

Forsikringen gjelder for den som er navngitt for reiseforsikringen (forsikringstaker).

Forsikringen gjelder også for forsikringstakers ektefelle eller samboer, med samme folkeregistrerte adresse som forsikringstaker.

Forsikrede har i det vesentlige anført at informasjon gitt fra foretaket tilsier at det ikke kan gjøres gjeldende at reiseforsikringen kun omfattet 70 dager. Forsikrede var svært reisevant, og nøye med å ha nødvendige forsikringer. Hun stilte flere spørsmål om reiseforsikringen, da selger tok kontakt 15.9.21 og fikk opplyst at den gjaldt i 90 dager, i motsetning til daværende avtale i annet foretak som nylig var redusert fra 90 til 70 dager. Til tross for purring mottok hun etterpå verken bekreftelse på dekning eller forsikringsdokumenter.

Ved kontakt gjennom telefonsamtaler fikk hun opplyst å logge på "min side", men det var ikke mulig. Det har senere vist seg at selgeren fra aktuelt foretak sa opp dekninger i annet foretak, uten at det ble opprettet nye dekninger i aktuelt foretak foretaket på henne, bare på samboeren. Hun måtte derfor kunne stole på selgers opplysning om at reiseforsikringen gjaldt for reise inntil 90 dager. Foretaket har bekreftet at det noterte feil e-postadresse på forsikrede. Dokumenter ankom forsikredes samboer første gang 8.6.23, og var der oppgitt gjeldende fra 12.9.22. De var tilstillet samboeren, selv om avtalen ble inngått med forsikrede. Som følge av feilinformasjonen har hun fått en regning tilsvarende ca. kr 290 000 i norsk valuta for behandling ved sykehus i utlandet.

Det er vist til " prinsippene i Markedsføringsloven av 1. juni 2009, samt gjeldende Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/29/EF av 11. mai 2005 som er et EU-direktiv om urimelig handelspraksis. Videre at reglene for telefonsalg i markedsføringsloven ble strammet inn ved lovvedtak 80 (2016-2017), i kraft 1.1.18, og at foretaket ikke ga en klar, korrekt og fullstendig beskrivelse at tilbudet, og forbudt etter mfl. § 6, jf. §§ 7 og 8. Se også R-sak 14/1597 (U.L. AS) fant Markedsrådet at forbruker ikke hadde fått presentert avtalevilkårene på en tilstrekkelig klar måte, og forbruker var da ikke forpliktet etter avtalen pga. strid med mfl. § 11. Det er foretaket som profesjonell part som har bevisbyrden for at avtalen ble inngått.

Det er også vist til en rekke bestemmelser i forsikringsavtaleloven som først trådte i kraft 12.7.22, etter at avtalen og forsikringstilfellet var inngått/inntrefft. Det anføres imidlertid bestemmelsene allerede var gjeldende rett etter direktiv (EU) 2016/97.

Videre er det anført at foretaket må ha risikoen når det har slettet opptaket fra telefonsamtaler, herunder samtale 15.9.21 hvor selger oppga at avtalen gjaldt i 90 dager. Det er uansett ikke dokumentert at verken forsikrede eller samboeren hadde akseptert elektronisk kommunikasjon. Det er heller ikke dokumentert at det ble inngått noen avtale. Forsikrede hadde ingen grunn til å tro hun hadde en underdekning, jf. HR-2023-1796.

Det er sterkt kritikkverdig at foretaket bevisst holdt tilbake sentral informasjon, og det betyr at klagesaken da ikke kunne anses avsluttet. Det er kritikkverdig ikke har utlevert opptak av samtalen (tegning) eller senere samtaler. Særlig kritikkverdig er det at foretaket ikke har utlevert opptak av samtale 18.11.22, og som foretaket i klagesvar 10.7.23 opplyste at ikke omtalte varighet av reisedekning. Når foretaket ikke utleverer opptaket og eller har slettet, må risiko for innhold gå ut over foretaket.

Foretaket har i det vesentlige anført at kravet er foreldet fordi fristavbrytende klage til Finansklagenemnda på avslag 16.5.23 ikke ble fremmet innen klagefristen på seks måneder etter siste avslag. Advokatens krav om innsyn hos foretaket var ikke en klage, og avbrøt ikke klagefristen. Disse ble også gitt egne saksnumre i foretaket.

Hva gjelder forsikredes anførsel om at forsikringsavtale ikke ble inngått, påpekes det at forsikrede i så tilfelle ikke har noe krav ovenfor foretaket.

Det anføres at elektronisk kommunikasjon ble godkjent som informasjonskanal. Det vises til at e-postadresse ble oppgitt ved avtaleinngåelse. Videre ble det hos foretaket notert ned "papirløs avtale" og varslinger per SMS og bruk av e-post. Til slutt fremkommer av intern loggføring at samboer (forsikringstaker) endret dekningen ved forsikringsavtalen ved flere anledninger.

Subsidiært anføres det at forsikringstilfellet inntraff etter 70-dagersfristen i vilkårene, og at foretaket derfor uansett ikke er ansvarlig. Foretaket har aldri opplyst at avtalen gjaldt i mer enn 70 dager, eller spesifikt i 90 dager. Forsikringstaker har videre lest og endret avtalen, og har selv risikoen for at hun ikke satte seg inn i avtalen. Foretaket ga god informasjon, jf. §§ 2-1, 2-2, jf. også tilbud og dokumenter tilsendt. Dekninger er også betalt i 2021 og 2022.

Notatet til foretakets representant på e-post 4.5.23 må sees som en oppsummering av samtalen, ikke av hva som er det underliggende faktum i saken.

Det er også vist til avgjørelse 2021-85.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er om forsikrede har krav på dekning av utgifter knyttet til sykdom ved reise til utlandet.

Hvilke typer hendelser som gir rett til utbetaling under en forsikring, er avhengig av den avtale som er inngått mellom forsikringstakeren og foretaket, med andre ord vilkårene. Det er kun situasjoner som faller inn under forsikringens dekningsområde, som vil gi rett til utbetaling. Det er sikker rett at det er kravstiller, altså forsikrede, som har bevisbyrden. Det innebærer at det er forsikrede som i tilstrekkelig grad må sannsynliggjøre at vilkårene for utbetaling er oppfylt.

Det bemerkes at tidsnære bevis tillegges størst vekt i bevisvurderingen, jf. HR-2019-2336 avsnitt 35. Dette gjelder spesielt beskrivelser av fagfolk for å få kartlagt en tilstand, herunder nedtegnelser i legejournaler om funn og symptomer, jf. Rt-1998-1565. Bevis som tilkommer etter at det er oppstått uenighet med selskapet, tillegges mindre vekt.

Nemnda finner at foretakets anførsel om at kravet er foreldet fordi klagefristen er oversittet, ikke kan føre frem. I foretakets avslag i februar 2023 ble det informert om klagefrist på 6 mnd., og

videre at:

Fristen løper ikke mens klage er til behandling i Tryg. Fristen stanser når skriftlig klage er sendt, og starter igjen fra og med den dag du mottar foretakets avgjørelse.

Etter flere klageomganger ga foretaket sitt siste avslag 21.8.23. Selv om forsikredes advokat burde ha presisert at det var snakk om en klage, ba han 21.8.23 om dokumentinnsyn og senere at klager var innstilt på at saken ble undergitt "reell klagebehandling".

Forsikrede har opplyst at hun inngikk avtale med foretaket, og under samboerens medlemskap i aktuelle forening. Foretaket har dokumentert at avtaledokumenter ble sendt til hennes e-post, ved at disse ble sendt til forsikredes korrekte e-postadresse etter at de først ble sendt feil. Videre er det dokumentert at forsikringstaker eller forsikrede logget seg inn i foretakets nettløsning og gjorde endringer i dekninger/avtalen. Dekningene ble videre betalt, og var således forutsetningsmessig akseptert.

At selger i e-post 4.5.23, og altså i ettertid og delvis i strid med det som ble logget i foretaket, skrev noe annet, legger nemnda liten vekt på. Nemnda viser her til at dokumenter ble sent til forsikredes korrekte adresse, og at forsikringsbevis for 2021 var stilet til forsikredes samboer, og ikke til en annen person slik denne selgeren skrev.

Nemnda kan derfor ikke se at det er tvilsomt at forsikrede inngikk aktuelle avtaler, herunder om reiseforsikring. Det var forsikrede som opptrådte overfor foretaket, og hun har selv opplyst at hun var nøye med forsikringer. Nemnda legger derfor til grunn at hun var vel kjent med at dekninger ble tegnet på samboeren, og at de gjennom dette fikk rabatter gjennom medlemskap i foreningen. Dette bekreftes ved at forsikringstaker logget inn og gjorde endringer kort tid etter inngåelsen av avtalen. At forsikrede etter at det oppsto tvist mener det var avgjørende for henne at avtalen sto i hennes navn ser nemnda ingen grunn til å legge vekt på.

Foretaket noterte at forsikrede samtykket til papirløs kommunikasjon, og det ble også registrert sms-varslings og e-postadresse. Dette taler for at forsikrede aksepterte elektronisk kommunikasjon. Dette er uansett ikke avgjørende. Det fremgår at forsikringstaker kort tid etter avtalen ble inngått, logget seg inn og gjorde endringer i avtalen. Det ligger i dette at forsikringstaker må ha satt seg inn i forsikringsbevis og avtalen, jf. § 11-2 siste ledd siste punktum.

Det fremgikk direkte av forsikringsbeviset for reise at den var begrenset til reiser på 70 dager. Eventuell svikt i kommunikasjon mellom forsikrede og samboeren (forsikringstaker) er ikke foretakets ansvar.

Nemnda har over lagt til grunn at forsikringstaker mottok forsikringsdokumenter, herunder forsikringsbevis, ved å logge inn og åpne disse i nettløsningen.

Nemnda har merket seg at forsikrede har opplyst at hun var særdeles opptatt av at hun hadde riktig reisedekning. Det fremstår da lite sannsynlig at hun reiste uten å være kjent med at dekningen var gjennom samboerens forsikringer, og som hun selv hadde inngått. Hun var kjent med at Gjensidige hadde redusert dekningen fra 90 til 70 dager. At hun eventuelt ikke sjekket dekningene bedre før hun reiste, må være hennes egen risiko. Som nevnt over fremgikk denne av forsikringsbeviset.

Hva gjelder reisedekningens omfang, er det ut over forsikredes udekkede anførsel ingen holdepunkter for at denne hadde en varighet på mer enn 70 dager. Hvis forsikrede mente at dette ikke stemte med hennes dekningsbehov, burde hun reklamert overfor foretaket.

Forsikringstilfellet inntraff derfor etter utløpet av dekningen for reiser inntil 70 dager, og dette var derfor ikke dekningsmessig.

Hva gjelder opptak av samtaler har foretaket opplyst at det rutinemessig sletter opptak etter 90 dager. Det er noe uklart når aktuelle opptak ble slettet. En videre bevisføring om samtalen med selgeren før tegning forutsetter muntlige forhandlinger og må eventuelt skje for de ordinære domstolene. Nemnda viser til avgjørelse 2024-214.

Forsikringstaker og/eller forsikrede fikk gjennom tilbud og avtaledokumenter tilstrekkelig informasjon om avtalen. Når forsikringstaker via nettløsning gjorde endringer i avtalen kort tid etter inngåelsen viser dette at de også satte seg inn i avtalen. Nemnda kan ikke se at anførsler om mangler ved informasjonen kan føre frem. Som nevnt over er det ikke holdepunkter for at foretaket ga misvisende informasjon om dekningen, og det er ikke tvilsomt at avtalen ble inngått.

Når forsikrede ikke gis medhold i klagen, er det ikke grunnlag for dekning av advokatgifter.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Kaja de Vibe Malling (leder), Jon Einar Martinsen (bransjerepresentant) og Paal Bjønness (forbrukerrepresentant).