

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-1046

27.10.2025

DNB Livsforsikring AS (Pensjon, Personal)

Ulykke

Sykkellulykke – melding behandlingsforsikring – senere krav ulykkesforsikring – renter – fal. § 18-4.

Forsikrede skadet skulderen i en sykkellulykke. Etter ulykken meldte forsikrede om skaden under helseforsikring via arbeidsgiver, da han hadde behov for behandling av skaden. Arbeidsgiver hadde på skademeldingstidspunktet helseforsikring gjennom ett foretak, og fritidsulykkesforsikring hos innklaget foretak. Senere byttet arbeidsgiver leverandør av helseforsikringen, slik at begge forsikringene var samlet hos foretaket. Etter leverandørbyttet meldte forsikrede om skaden på nytt, for å fortsette behandling av skulderskaden. Forsikrede meldte etter hvert også om hendelsen under fritidsulykkesforsikringen for å søke om erstatning for vmi. Foretaket foretok utbetaling, og renter ble beregnet fra to måneder etter at skaden ble meldt under fritidsulykkesforsikringen. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde rett til ytterligere renter, herunder om melding om forsikringstilfellet kunne anses å være sendt tidligere. Nemnda bemerket at forutsetningen for at et forsikringstilfelle skal anses meldt, er at forsikrede til en viss grad medvirker til å klargjøre hvilken type forsikring vedkommende melder krav under. Melding om skade under behandlingsforsikring innebærer ikke automatisk at forsikringstilfellet også blir meldt under eventuelle andre personforsikringer i samme foretak. Formålet med å melde sak under behandlingsforsikring er å få rask tilgang til behandling og dekning av utgifter til dette. Nemnda kunne derfor ikke se at forsikrede allerede fra det tidspunktet ventet på utbetaling under fritidsulykkesforsikringen. Melding under behandlingsforsikringen kunne ikke legges til grunn som starttidspunkt for foretakets renteplikt under fritidsulykkesforsikringen. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede skadet skulderen i sykkellulykke 8.2.23. Forsikrede har oppsummert det videre forløpet som følger:

Like etter meldte jeg ulykken inn på helseforsikringen jeg hadde gjennom arbeidsgiver da jeg hadde behov for behandling. Min arbeidsgiver hadde da en helseforsikringsavtale med [foretak A] og en fritidsulykkesforsikringsavtale med [foretaket]. I oktober 2023 byttet min arbeidsgiver leverandør av helseforsikring. F.o.m. oktober 2023 har arbeidsgiver hatt både helse- og fritidsulykkesforsikring under samme forsikringsavtale hos [foretaket]. Vi, de ansatte, ble forsikret om at pågående saker ville bli ivaretatt. [...] I oktober 2023 meldte jeg likevel saken inn på nytt på helseforsikringen hos [foretaket] for å kunne fortsette behandlingen av skulderen. I juli 2024 meldte jeg ulykken og skaden inn på fritidsulykkesforsikringen for å søke om varig ménerstatning. Saken ble godkjent, men renteberegningen ble tilbakedatert til to måneder etter juli 2024. [...]

Fra skademeldingen under behandlingsforsikringen i foretaket datert 4.10.23:

8. februar 2023 ble jeg utsatt for en sykkellulykke på vei til jobb. Jeg pådro meg akromioklavikulær leddluksasjon av grad 3 i høyre skulder. Den 15. mars ble jeg operert [...]. Rehabiliteringsprotokollen krever mye fysioterapi, og jeg er for tiden midt i dette rehabiliteringsforløpet. [...], Service: Fysioterapeut oppfølgingstime [...]

Skademeldingen under fritidsskadedekningen er datert 22.7.24.

Foretaket ga i brev av 3.10.24 tilbud om erstatningsoppgjør under fritidsskadedekningen. Renter på menerstatningen ble beregnet to måneder etter skademelding 25.9.24 til akseptfrist 1.11.24.

Det ble 30.11.24 utbetalt et ensidig erstatningsoppgjør, med renter fra 25.9.24 til 2.12.24.

Foretakets rådgivende lege vurderte 2.12.24 skaden til 5 % varig medisinsk invaliditet.

I klage til selskapet 4.10.24 skrev forsikrede blant annet:

[...] Jeg meldte skaden inn under helseforsikringen ansatte i [...] hadde i [foretaket] i februar i fjor da jeg hadde behov for operasjon. Helseforsikringen ble flyttet fra [foretak A] til [foretaket] i oktober 2023.

Da jeg ble klar over at skaden kunne kvalifisere til varig mén og at jeg kunne ha krav på erstatning, meldte jeg dette inn som en fritidsskade på personalforsikringen vår med [foretaket] i juli i år. [...]

Jeg meldte forøvrig også dette inn som en sak til [foretaket] i oktober 2023 da jeg hadde behov for fysikalsk behandling etter operasjon.

Foretaket har 8.9.25 opplyst at det ikke har tilgang til skademeldingen som forsikrede sendte til foretak A i februar 2023. «Selskapet har tidligere bedt om dokumentasjon fra [underleverandør] vedr. forsikredes sak under helseforsikringen, og fikk da tilsendt dokumenter fra det tidspunktet forsikrede meldte krav i oktober 2023 [...]».

Forsikrede har i det vesentlige anført at han har rett til renter beregnet fra to måneder etter skademelding til foretak A i februar 2023, subsidiært fra ny melding til foretaket i oktober 2023. Dersom foretaket har overtatt sakene som foretak A hadde gående på avtalen med arbeidsgiver, så må ulykkeshendelsen også anses å ha blitt sendt til foretaket i februar 2023, om ikke direkte, så indirekte.

Forsikrede har bl.a. vist til bransjeavtale «1.3.2 Avtale om risikoens overgang ved overføring av kollektive behandlingsforsikringer (pr. 17.09.2019)» hvor det står at «[f]ormålet med denne avtalen er å regulere ansvarsforholdet mellom avgivende og mottakende forsikringsselskap (i de tilfeller en kollektiv behandlingsforsikring går over) på en slik måte at den forsikrede ikke «faller mellom to stoler». I avtalens pkt. 2 står at et forsikringstilfelle oppstår på det tidspunkt det utstedes henvisning (der dette kreves) fra en lege og at dersom behandlingen videreføres, er dette mottakende foretaks ansvar. Med henvisning menes her henvisning i henvisningsdokument eller konkret angitt behandling i epikrise eller journalnotat. I epikrisen etter forsikredes operasjon, som ble dekket av foretak A, er det et eget avsnitt om postop. rehab. der det står at forsikrede skal gjøre bevegelsestrening i regi av fysioterapeut. Videre står det i bransjeavtalens pkt. 4 at avgivende foretak – etter fullmakt fra forsikringstaker – plikter å oppgi informasjon om tilfeller som er under behandling.

Foretaket skriver at de ikke har tilgang til skademeldingen forsikrede sendte til foretak A i februar 2023. I fremlagt skademelding framgår det at forsikrede opplyste om at han hadde blitt operert og var midt i et rehabiliteringsforløp i henhold til en rehabiliteringsprotokoll som krever mye fysioterapi. Etter forsikredes skjønn burde foretaket forstå at når de overtar et slikt tilfelle, der både operasjon og rehabilitering inngår, så må det undersøke historikken på tilfellet fra det avgivende foretak. Dersom det mottakende foretak ikke overtar ansvaret for saken, inkludert datering av forsikringstilfellet, så faller forsikrede som forsikringstaker «mellom to stoler».

Det står for øvrig ikke i lovteksten at forsikringstilfellet må meldes under den aktuelle dekningen. Dersom type dekning som ulykken meldes inn på er avgjørende for om innmeldingen blir gyldig som forsikringstilfelle i en senere ménestatningssak, så framstår det for forsikrede som ikke-fagmann på feltet at systemet er rigget på en slik måte at forsikringstaker har dårlige muligheter til

å få en renteutbetaling som står i forhold til beregningen av selve dekningen (for den dateres jo tilbake til ulykkestidspunktet) så lenge behandling og erstatning ikke ligger under samme dekning.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at det er korrekt å beregne renter ut ifra melding om forsikringstilfellet på den aktuelle forsikringsdekningen, altså ved melding om fritidsskade 25.7.24. Fal. § 18-4 første ledd oppstiller en plikt for forsikringsselskapet til å betale forsinkelsesrenter ved utbetaling av erstatning, når det er gått to måneder etter melding om forsikringstilfellet. I vilkårene er forsikringstilfellet ved menerstatning definert i pkt. 5.1 som «Et forsikringstilfelle er å anse som inntruffet på skadedato». Ved helseforsikring er «forsikringstilfellet» utstedelse av henvisningen som gir grunnlag for krav om dekning for behandlingsutgifter, jf. vilkåret pkt. 4 tredje avsnitt. Et forsikringstilfelle under helseforsikringen behøver ikke å være forårsaket av en ulykkeshendelse. Når det i helseforsikringen er utstedelse av henvisning til behandling som er forsikringstilfellet, kan ikke melding om behandlingsbehov under denne forsikringen anse å utløse ansvar under fritidsskadedekningen, der forsikringstilfellet inntreffer ved en ulykkeshendelse.

Det følger ellers klart av fal. § 18-4 at foretakets plikt oppstår i forbindelse med at melding om forsikringstilfellet er sendt til det aktuelle foretaket.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder om forsikrede har krav på ytterligere renter på utbetaling under fritidsskadedekning, herunder om melding om forsikringstilfellet anses gitt til foretaket tidligere, jf. fal. § 18-4.

Fra fal. § 18-4 første ledd siteres:

Forsikringsforetaket skal svare rente av erstatning eller forsikringssum når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til foretaket.

Renteplikten starter å løpe to måneder etter melding om forsikringstilfellet ble sendt foretaket. Forsikringstilfellet er i denne saken regulert i vilkårene pkt. 5.1:

«Et forsikringstilfelle er å anse som inntruffet på skadedato.»

Nemnda viser også til fal. § 13-11 første ledd, som regulerer frist for melding om forsikringstilfellet:

§ 13-11.(melding om forsikringstilfellet)

Er forsikringstilfellet inntruffet, skal enhver som mener å ha et krav mot forsikringsforetaket, uten ugrunnet opphold melde fra til det.

I lovkommentaren (Forsikringsavtaleloven med kommentarer (2024) av Brynhildsen m.fl.) s. 584 står det følgende om bestemmelsen:

[...] Loven oppstiller ingen formkrav til meldingen; den kan være muntlig eller i et skriftlig dokument (jf. § 1-6 femte ledd). Meldingen oppfylder kravene dersom foretaket gis muligheter til å identifisere forsikringsavtalen og det forsikringstilfellet som skal ha inntruffet. Det er ikke nødvendig at det fremsettes noe krav. Når skaden er meldt, vil den berettigede som utgangspunkt ha oppfylt sin selvstendige opplysningsplikt overfor foretaket. Heretter har den berettigede kun plikt til å gi foretaket de opplysningene det spørres om i henhold til § 18-1 første ledd, og eventuelt følge foretakets pålegg om skadebegrensende tiltak i henhold til § 13-12.

I ulykkes- og sykeforsikring må i tillegg krav meldes innen ett år etter at den berettigede fikk kunnskap om de forholdene som begrunner kravet, se § 18-5 første ledd. [...]

Loven oppstiller ingen krav til at foretaket skal informere om meldeplikten. Melding om forsikringstilfellet er imidlertid et utgangspunkt for foretakets renteplikt, jf. § 18-4. I henhold til denne bestemmelsen skal vilkårene gjøre oppmerksom på retten til renter. Betydningen av meldingen vil fremgå av dette.

Melding om forsikringstilfellet er utgangspunktet for foretakets renteplikt etter § 18-4, og spørsmålet blir når slik melding skal anses gitt. I lovkommentaren fremgår at «Meldingen oppfyller

kravene dersom foretaket gis muligheter til å identifisere forsikringsavtalen og det forsikringstilfellet som skal ha inntruffet. Det er ikke nødvendig at det fremsettes noe krav». Etter nemndas syn innebærer dette at den som melder om forsikringstilfellet til en viss grad må presisere/medvirke til å klargjøre hvilken type forsikring vedkommende melder krav under.

Melding om skade under en behandlingsforsikring, slik som i denne saken, innebærer ikke automatisk at forsikringstilfellet også er meldt under evt. ulykkesforsikringer, uføreforsikringer, el. i samme foretak. Annerledes blir dette dersom melderens samtidig ber om at foretaket vurderer hvilke evt. krav hen kan ha under øvrige deknninger i foretaket. Dette har blant annet sammenheng med at «forsikringstilfellet» er forskjellig under behandlingsforsikringer og (menerstatningsposten i) ulykkesforsikringer.

Formålet med rentebestemmelsen i fal. § 18-4 «er å gi den berettigede en kompensasjon for det rentetapet han eller hun lider ved å vente på forsikringsforetakets utbetaling. [...]», jf. nevnte lovkommentar s. 702. Når en skade meldes under en behandlingsforsikring, med mål om å få rask tilgang til terapeutisk behandling og å få dekket tilhørende behandlingsutgifter, slik som her, er det vanskelig å se at man «vente[r] på forsikringsforetakets utbetaling» under en fritidsskadedekning i samme foretak.

Etter nemndas syn kan derfor forsikredes melding til foretaket under behandlingsforsikringen i oktober 2023 ikke legges til grunn som starttidspunkt for foretakets renteplikt. Tilsvarende gjelder for forsikredes melding til foretak A i februar 2023. Slik saken er opplyst for nemnda, har forsikrede ikke rett til ytterligere renter, jf. fal. § 18-4.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

Ved behandlingen deltok Birgitte Hagland (leder), Tonje Giertsen (bransjerepresentant), og Borgar Sandvik (forbrukerrepresentant).