

# Finansklagenemnda Person

## Avgjørelse FinKN 2025-126

11.2.2025

**Fremtind Forsikring AS**

**Reisesyke**

Oppgjør – forfalsket sykehusrapport – svik – fal. § 18-1.

Forsikrede pådro seg en akilleskade på ferie i utlandet. Han krevde erstatning for transport og medisiner, samt tapte feriedager, ettersom han hadde vært sengeliggende store deler av ferien. Foretaket utbetalte erstatning for transport og medisiner, men avslo erstatningskravet for tapte feriedager. Begrunnelsen var at det ikke var ordinert sengeleie i rapporten fra sykehuset i utlandet. Forsikrede sendte senere inn en oppdatert rapport fra sykehuset, der det var ordinert sengeleie i 7-10 dager. Foretaket kontaktet sykehuset i utlandet, som opplyste at den oppdaterte rapporten var forfalsket. Saken reiste spørsmål om forsikrede hadde gitt uriktige opplysninger, om foretaket i så fall kunne kreve utbetalt beløp tilbake, samt erstatning for utgifter til undersøkelser mm. Etter en konkret vurdering av saken fant nemnda at forsikrede bevisst hadde gitt uriktige opplysninger i oppgjøret, og at foretakets strenge bevisbyrde for svik ved oppgjøret var oppfylt. Hva gjaldt foretakets krav om tilbakebetaling, ble dette vurdert etter reglene om *condictio indebiti*. På bakgrunn av forsikrede opptreden, beløpets beskjedne omfang samt at foretaket fremmet kravet etter kort tid, fikk foretaket medhold i krav om tilbakebetaling av utbetalt erstatning. Forsikrede måtte videre erstatte foretakets rimelige og nødvendige utgifter til å utrede saken. Nemnda ga foretaket medhold.

---

### Saksfremstilling

Forsikrede reiste til utlandet 9.4.24, med planlagt hjemreise 19.4.23.

I skademelding 18.4.23 opplyste forsikrede om senebetennelse og:

Her er Medisinske rapporten hvor jeg har fått påvist akillesenebetennelse jeg fikk store smerter og lege ba meg hvile i 7 til 10 dager i tillegg ble jeg henvist for skanning av ankelen hælen men tar det med fastlegen i Norge her er Hotel og avgift kvittering bekreftelse! I tillegg er det to taxi regninger frem og tilbake fra hotellet til sykehuset, kvittering fra apoteket for legemidler og fly billett kvitteringen min i tillegg! (...)

I dokument fra sykehus var det ikke inntatt noe om sengeleie. Fra dokumentasjonen:

Skadestuen, udskrivelsesrapport

...

Diagnose: Akilles-sene tendinitis (inflammation)

Behandling: Tablet Enantyum 25 mg, 1 tablet hver 8. time i 5 dage (smertestillende medicin for lette til moderate smerter).

Kold omslag (lokal) hver 2-3 time, igennem ca. 15-20 minutter den første dag Voltaren gel 1%, skalsmøres 2 til 3 gange dagligt (antiinflammatorisk)

Undgå belastning, fysisk aktivitet og/eller sport

Der ordineres ultralyd undersøgelse af venstre ankel.

Pt. kan bestille tid hos COT, team dr. (navn/sted) om 7 10 dage.

Dato: 11-04-2023

Underskrevet: (lege/legelD)

Foretaket avslo krav om erstatning ut over utgifter til apotek, idet det ikke var legeordinert sengeleie, jf. pkt. 11.5 og 10.7.2. Det ble også vist til FinKN avgjørelse 2022-650.

I klage 25.5.23 anførte forsikrede at han hadde fått en alvorlig akillesskade, og at legen sa han måtte holde seg i ro i 7-10 dager. Forsikrede opplyste at han var i kontakt med alarmsentral som var kjent med at han lå i sengen på hotellet. På grunn av skaden fikk han ikke utnyttet ferien.

Foretaket fastholdt avslaget 31.5.23, og viste igjen til at sengeleie ikke var ordinert av lege. Det ble også vist til tidligere skadesak i foretaket, og at forsikrede måtte forventes kjent med kravet til dokumentasjon.

Forsikrede sendte 5.7.23 inn ny dokumentasjon. Han opplyste på spørsmål fra foretaket at dette var en oppdatert uttalelse fra sykehuset.

Den oppdaterte utskrivelsesrapporten, oversettelse ved alarmsentral datert 2.7.24, var identisk med den som opprinnelig ble sendt, med unntak av to tillegg (uthevet):

Skadestuen, **tilføjelse til** udskrivelsesrapport

...

Diagnose: Akilles-sene tendinitis (inflammation)

Behandling:

Tablet Enantyum 25 mg, 1 tablet hver 8. time i 5 dage (smertestillende medicin for lette til moderate smerter)

Kold omslag (lokal) hver 2-3 time, igennem ca. 15-20 minutter den første dag Voltaren gel 1%, skalsmøres 2 til 3 gange dagligt (antiinflammatorisk)

Undgå belastning, fysisk aktivitet og/eller sport

**Der ordineres aflastning i sengen igennem 7-10 dage.**

Der ordineres ultralyd undersøgelse af venstre ankel.

Pt. kan bestille tid hos (navn/sted) om 7 10 dage.

I e-post 6.7.23 informerte foretaket om at de undersøkte den nye dokumentasjon.

SOS alarmsentral opplyste 14.9.23 at undersøkelser ved sykehuset viste at den opprinnelige dokumentasjonen var forfalsket.

Foretaket skrev 6.10.23:

Den 05.07.23 ettersendte du oppdatert legejournal fra sykehuset. Du skrev da følgende: "Hei jeg har vært i kontakt med Sykehuset og fått tilsendt oppdatert medisinsk rapport slikt dere etterspurte".

Sammen med meldingen din la du ved den oppdaterte rapporten, som jeg nå vedlegger denne e-posten. Du må forklare hvorfor den opprinnelige medisinske rapporten og den du ettersendte er identiske, med unntak av den setningen som er gulett ut, der det står at du må være sengeliggende i 7-10 dager. Minner om telefonsamtalen vår tidligere i dag der vi snakket om dette.

I utredersamtale 6.10.23, erkjente forsikrede at det ikke sto noe om sengeleie i den opprinnelige dokumentasjon fra sykehuset. Han opplyste at han hadde mottatt en ny dokumentasjon senere der dette fremgikk. Fra referatet:

Utreder informerte FT om at vi har vært i kontakt med sykehuset og at de bekreftet at den siste rapporten var forfalsket. FT svarte at han fikk akillessenebetennelse og spurte hvorfor han skulle forfalske noe. Utreder presiserte at saken gjelder kravet om tapte feriedager, som FT har fått avslag på. FT forstod dette. Utreder konfronterte FT med opplysningene fra sykehuset gjentatte ganger, men FT nektet for å ha forfalsket

dokumentet.

FT fikk deretter beskjed om å bevise for selskapet at dokumentet han har sendt inn ikke er falskt.

Kl. 12:41 samme dag ringte FT tilbake opp til utreder med følgende informasjon:

(FT hadde i forkant av denne samtalen innsendt opprinnelig legejournal til utreder. I denne journalen er det ingen setning om at FT må være sengeliggende i 7-10 dager - VNT).

FT forklarte at han fant rapporten ved å logge seg på sykehusets nettside. FT gjentok at han fikk den andre rapporten via mail, men denne mailen har han slettet. Utreder oversatte den opprinnelige rapporten for FT via Google translate og gjentok at det ikke stod noe i den om at han måtte være sengeliggende i 7-10 dager. FT mente dette var måten sykehuset ordla seg.

FT logget seg inn på hjemmesiden til sykehuset mens han var i samtale med utreder. Han fant kun den ene, opprinnelige rapporten der. FT bekreftet at det ikke stod noe i den rapporten om at han måtte være sengeliggende i 7-10 dager. Ifølge FT ble den rapporten tilsendt ham på mail, den lå ikke på nettsiden.

Avslutningsvis ble FT gjort kjent med videre saksgang.

Foretaket avslo kravet 27.10.23, og viste til uriktige opplysninger og siterte § 8-1, fjerde ledd.

Forsikrede vedla uttalelse fra egen fastlege som "bekreftet" at det var nødvendig med sengeleie i minst 3 dager etter sykehusoppholdet. Videre uttalelse fra fysioterapeut om at forsikrede hadde hatt slik skade tidligere, og at det da var nødvendig med sengeleie i noen dager etterpå. Begge ble avgitt i ettertid.

Forsikrede har en reiseforsikring i foretaket. Foruten medisinske utgifter erstattes ved sykdom blant annet:

Ved akutt uventet sykdom, akutt forverring av kronisk sykdom eller ulykkesskade på reisen erstattes følgende nødvendige og dokumenterte merutgifter til:

- Medisinske utgifter
- Sykehusopphold
- Legehonorar
- Utstyr og medisiner
- Transport i forbindelse med ulykke og medisinsk behandling
- Uforutsett sykeopphold som følge av sengeleie etter legens instruks

Vi erstatter døgnpris for ubenyttede reisedager sett i forhold til reisens planlagte lengde. Alternativt kan vi erstatte reise tilbake til det sted der reisen ble avbrutt.

Det erstattes inntil 2 000 kroner per person per døgn inntil reisens pris.

**Forsikrede** har i det vesentlige anført at den oppdaterte utskrivningsrapporten er ekte og at foretakets avslag og krav om erstatning er uberettiget. Dette bekreftes også av uttalelser fra fastlege og fra fysioterapeut i Norge.

Når forsikrede rent faktisk måtte holde sengen på grunn av smertene/skaden, er det uansett ikke årsakssammenheng mellom eventuelle uriktige opplysninger og kravet, idet forsikrede materielt hadde det aktuelle kravet mot foretaket. Foretaket kan derfor ikke få medhold i krav om refusjon av utbetalte kr 501 og erstatning for foretakets utgifter til saken med kr 18 623.

**Foretaket** har i det vesentlige anført at den strenge bevisbyrden for at forsikrede forfalsket den oppdaterte utskrivningsrapporten er oppfylt. Foretaket kan da avslå krav og si opp dekninger etter § 18-1, og kan kreve erstatning for utgifter til utredning og behandling av saken.

**Finansklagenemnda Persons begrunnelse**

Spørsmålet er om forsikrede ga uriktig opplysning i erstatningsoppgjøret, og om foretaket i så fall kan kreve utbetalt beløp tilbake, samt erstatning for utgifter til undersøkelser mm.

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".

Fal. § 18-1 femte ledd fastsetter at foretaket, i tilfeller som nevnt i fjerde ledd, kan si opp enhver forsikringsavtale det har med vedkommende med en ukes varsel.

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 finner det klart at forsikrede i aktuelle sak ga uriktige opplysninger i oppgjøret. SOS/alarmsentral var i kontakt med sykehuset, som bekreftet at den "oppdaterte" dokumentasjonen var "deemed falsified". Dette kan ikke forstås på noen annen måte enn at dokumentasjonen var forfalsket. Dette underbygges også ved at forsikrede ikke har kunnet fremskaffe dokumentasjon om det motsatte.

Basert på kravet og den forfalskede dokumentasjonen kan ikke nemnda se noen annen rimelig forklaring på dette enn at forsikrede selv, eller noen han samarbeidet med, forfalsket dokumentasjonen for å få utbetalt erstatning han ikke hadde krav på. Den strenge bevisbyrden for at forsikrede bevisst ga uriktige opplysninger for å få en utbetaling han ved fremleggelsen forsto at han ikke hadde krav på, er oppfylt.

Opplysninger til egen lege og fysioterapeut i ettertid må nødvendigvis være basert på forsikredes egne opplysninger. Uttalelsene fra disse behandlerne kan derfor ikke tillegges vekt, jf. bevisvurderingsprinsippene redegjort for over.

Foretaket kan etter dette avslå alle krav.

Foretaket har krevet tilbakebetaling av utbetalt erstatning. Dette reguleres av den ulovfestede regelen om oppgjørskorreksjon - *condictio indebiti*.

Høyesterett har i HR-2021-2325-A (avsnitt 60) formulert utgangspunktet for vurderingen slik:

Som det fremgår av Rt-1985-290 *Birgo* på side 294 er det «et grunnleggende trekk i læren om *condictio indebiti* at hvert tilfelle skal vurderes konkret og under hensyn til rimelighet». Det må derfor gjøres en helt konkret rimelighetsvurdering, hvor hensynet til at betaleren bør tillates å korrigere uriktige oppgjør – *korreksjonshensynet* – står mot hensynet til at mottakeren bør kunne anse oppgjøret avsluttet – *oppgjørshensynet*. Hagstrøm, *Obligasjonsrett* (2011) s. 705 flg., går gjennom typiske relevante momenter ved vurderingen. Et moment er om partene var eller ikke var i aktsom god tro, et annet hvem som er årsak til misforståelsen mht. forpliktelsen. Skyldes feilen en tredjemann, er det relevant hvem av partene som var nærmest til å ha ansvaret for dennes handlinger. Partenes profesjonalitet er videre relevant, jf. Rt-1995-1641, der mottaker var en profesjonell aktør "som ikke vil komme i vesentlig problemer ved en tilbakebetaling", sammenliknet med en forbruker der tilbakebetaling kan slå hardt. Er ytelsen lønn eller midler til livsopphold, skal det typisk mer til før et tilbakesøkningskrav kan vinne fram. Går det lengre tid før krav om tilbakebetaling fremmes, vil kravet svekkes sammenliknet med et krav som fremsettes raskt etter den uriktige betalingen.

Foretakets utbetaling var i utgangspunktet ikke uberettiget for forsikrede. Begrunnelsen for kravet er forsikredes senere svik for å få utbetalt erstatning han ikke var berettiget til, og at foretaket da kunne avslå alle krav i saken. Den høye grad av bebreidelse ved forsikredes aktivt svikaktige opptreden, at beløpet på under kr. 600 er beskjedent og ble fremmet kort tid etter utbetaling, taler med stor vekt for at foretaket må gis medhold. Nemnda finner etter en konkret vurdering at foretaket må gis medhold i krav om tilbakebetaling.

Videre har foretaket fremsatt krav om å få erstattet utgifter til utredning og behandling av sviksaken.

Nemnda legger til grunn at forsikrede utviste svik, og legger til grunn at han må ha forstått at dette kunne medføre utgifter til undersøkelser mm dersom foretaket fattet mistanke om dette. Når han under hele saken nektet å ha gitt uriktig informasjon og for å ha forfalsket dokumentasjon, bidro han også bevisst til at foretaket måtte søke ekstern bistand for å undersøke saken. Det foreligger følgelig ansvarsgrunnlag i form av skyldgraden svik, og det er årsakssammenheng mellom sviket og utgifter til undersøkelser. Utgiftene fremstår adekvate og erstatningsmessige så langt undersøkelsene var rimelige og nødvendige. I dette bildet er det viktig å ta hensyn til at det var snakk om alvorlige beskyldninger og at bevisbyrden for svik er streng.

På denne bakgrunn finner nemnda at foretaket med hjemmel i det ulovfestede culpagrunnlaget, har krav på å få erstattet rimelige og nødvendige utgifter til å utrede sviksaken.

Avgjørelsen er enstemmig.

### **Finansklagenemnda Persons konklusjon**

Foretaket gis medhold.

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