

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2025-575

4.6.2025

DNB Livsforsikring AS (Pensjon, Personal)

Livsforsikring/uføredokument/pensjon

Yrkesskadeerstatning – renter – forsikringstilfellet – HTA – fal. § 18-4.

Forsikrede ble skadet på arbeid i 2018. Som ansatt i kommunen var hun omfattet av Hovedtariffavtalen (HTA), samt kommunens personalforsikringer knyttet til denne. Skaden ble meldt til Nav 13.4.18, og foretaket mottok skademelding 29.10.18. Forsikrede ble innvilget 100 % uføretrygd av Nav 2.2.24, med uføretidspunkt satt til 1.1.18. Forsikrede oversendte vedtaket til foretaket samme dag. Foretaket avslo forsikredes krav 10.4.24, med henvisning til manglende årsakssammenheng. Forsikrede klagde så på vedtaket, og etterspurte utbetaling etter HTA-dekningen. Foretaket utbetalte 12.8.24 erstatning etter HTA-dekningen basert på folketrygdens grunnbeløp (G) på tidspunktet for Navs vedtak av 2.2.24, tillegg renter fra 4.4.24 frem til 1.7.24. Saken reiste spørsmål om fra hvilket tidspunkt forsikredes hadde krav på renter ved utbetaling under forsikringen. Herunder hva som skal anses som «forsikringstilfellet» i relasjon til fal. § 18-4 og HTA-vilkårene. Nemnda viste til at forståelsen av tariffavtalen falt utenfor nemndas mandat. Nemnda la derfor til grunn lagmannsrettens forståelse i LB-2008-133370 om at HTA § 11.1 måtte forstås slik at kommunen var ansvarlig for ytelse som inkluderte renter etter fal. § 18-4 fra to måneder etter at skademelding ble sendt. Nemnda fant etter en gjennomgang av forsikringsavtalen at foretaket hadde forpliktet seg til å dekke kommunens forpliktelser etter HTA § 11. Forsikrede hadde derfor krav på renter fra to måneder etter 16.4.18 frem til oppgjør. Forsikrede hadde også krav på rimelige og nødvendige advokatkostnader. Nemnda ga forsikrede medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede var omfattet av Hovedtariffavtalen mellom KS og LO (HTA), da hun skadet seg på arbeidet i 2018.

Skademelding til foretaket er signert 16.4.17 (antas feilskrift for 2018). Der fremkommer samme opplysninger, samt at det er krysset av for at forsikrede har hatt sykefravær "14 dager – 3 måneder". Foretaket har ikke fremlagt opplysninger om hva som ble gjort med skademeldingen, eller hvilke opplysninger forsikrede fikk etter innsending av skademeldingsskjemaet. Foretaket har imidlertid opplyst at skaden ble meldt foretaket 29.10.18, og at det ble utbetalt noe akonto innledningsvis i saken. Foretaket har også opplyst at det innhentet spesialisterklæring i 2021, som konkluderte med årsakssammenheng. Spesialisterklæringen er ikke fremlagt.

Nav innvilget i vedtak av 2.2.24 100 % uføretrygd med 100 % yrkesskadegrad. Uføretidspunktet ble satt til 1.1.18. Den 4.2.24 sendte forsikrede en e-post til foretaket og la ved vedtaket fra Nav.

Foretaket avslo i brev av 10.4.24 forsikredes krav om utbetaling under den lovpålagte yrkesskadeforsikringen. Avslaget var begrunnet med manglende årsakssammenheng. Foretaket vurderte ikke i brevet hvorvidt forsikrede hadde krav på utbetaling under HTA-dekningen.

Forsikrede kontaktet advokat, som i brev av 30.5.24 ba om utbetaling under HTA-dekningen.

Foretaket har opplyst at utbetaling etter HTA- avtalen basert på folketrygdens grunnbeløp (G) på tidspunktet for Navs vedtak av 2.2.24, tillagt renter fra 4.4.24 frem til 1.7.24, ble foretatt 12.8.24.

Forsikrede har i det vesentlige anført at forsikringsoppgjøret skal beregnes etter G på skademeldingstidspunktet i 2018, tillagt renter etter fal. § 18-4 fra 2 måneder etter at skademeldingen ble sendt foretaket. Forsikringsutbetalingen reguleres av HTA § 11. Foretaket er ansvarlig for kommunens tariffoppliktelse etter HTA § 11.1, jf. LG-2004-13857. Hva som er "forsikringstilfellet" beror derfor på en tolkning av forsikringsavtalen, sett i sammenheng med HTA § 11.

Dersom foretaket oppfatter HTA som uklar har de en oppfordring til å klargjøre forståelsen før inngåelse av avtalen. Kommunen har siden 1986 vært forpliktet til å tegne forsikring, og det er da lite sannsynlig at forsikringsavtalen skal inneholde begrensninger i forhold til kommunens forpliktelser etter HTA.

Skademeldingstidspunktet regnes som «forsikringstilfellet» ved utbetalinger etter HTA § 11. Det er HTA som regulerer renteplikten og perioden, ikke foretakets egne vilkår.

Det vises i den forbindelse til Rt-2000-59. Av juridisk teori, bl.a. Bull, kan det utledes at når det er fastlagt hvilken *hendelse* som utløser forsikringskravet er det denne hendelsen som, etter at melding er sendt, som anses som forsikringstilfellet og som dermed utløser rentekravet etter fal § 18-4. At et forsikringskrav er rentebærende lenge før det forfaller til betaling er dessuten ordinært i all skadeforsikring.

Forsikredes tilfelle er helt sammenfallende med det som ble behandlet av lagmannsretten i LB-2008-13370. Lagmannsretten la der til grunn at HTA og forsikringsavtalen måtte forstås slik at det er melding om selve ulykken som er «forsikringstilfellet» etter fal. § 18-4.

Renteplikten er klar, og følger av sikker praksis, og er også lagt til grunn i juridisk teori, jf. Skårberg "Yrkesskade-forsikring og trygd" fra 2024.

Finansklagenemndas avgjørelse 2023-553 er ikke relevant ettersom denne omhandler tilfeller der forsikrede får øket sin uføregrad etter først å ha fått en utbetaling av HTA. Det er ikke tilfellet i denne saken. HR-2020-1262-A er ikke relevant ettersom det omhandler tidspunktet for betalingsplikten. Heller ikke HR-2017-2414-A er relevant for vår sak, og det samme gjelder LH-2005-119498 ettersom den omhandler fal. § 18-6.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at «forsikringstilfellet» etter forsikringsvilkårene og utgangspunktet for beregning av renter etter fal. § 18-4 er vedtaket fra Nav som innvilget forsikrede uføretrygd med yrkesskadefordeler.

At dette er korrekt støttes av at det i følge vilkårene er trygdens vedtak som utløser rett til utbetaling under forsikringsavtalen, jf. vilkårenes pkt. 7.1.1, samt 11.5.3.

Begrepet «forsikringstilfellet» er etter rettspraksis den omstendigheten som må foreligge for at ansvar kan gjøres gjeldende, jf. HR-2020-1262A, premiss 26, som også viser til Rt-2014-379 og Rt-2000-59. Hva som anses som et «forsikringstilfellet» må avgjøres ut fra det objektive innholdet i forsikringsavtalen, og en naturlig språklig forståelse, eventuelt forsikringsavtaleloven. Skade er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for å utløse erstatningsansvar for foretaket, jf. Rt-2000-59

I den forbindelse vises til HR-2017-2414-A, som i dommens premiss 42-44 viser at det må foretas en objektiv vilkårstolkning hvor det legges til grunn en naturlig språklig forståelse, og foreta en objektiv vilkårstolkning. Det er derfor nødvendig å se hen til hvordan tariffavtalen og vilkårene

definerer forsikringstilfellet.

Vilkårene inneholder ingen angivelse av hva som utgjør forsikringstilfellet. I vilkårenes punkt 12.9.4 er det angitt at foretakets generelle vilkår får anvendelse også for forsikring i henhold til HTA §§ 10 og 11. I tråd med de generelle vilkårenes pkt. 1.2.15 er forsikringstilfellet det forhold som utløser retten til utbetaling. Det er vedtaket fra Nav som utløste forsikredes rett til utbetaling av posten «tap i fremtidig erverv». Før dette tidspunkt har ikke forsikrede krav overfor forsikringsforetaket. Vilkaårenes pkt. 7.1.1 må forstås slik at forsikringstilfellet er vedtakstidspunktet for innvilgelse av uførepensjon med yrkesskadefordeler, ettersom det er vedtaket som utløser rettigheter etter avtalen, ikke selve ulykken. En helhetlig tolkning av vilkårene tilsier derfor at forsikringstilfellet er vedtakstidspunktet.

Det er ikke grunnlag for noen annen tolkning av begrepet forsikringstilfellet i fal. § 18-4.

I LB-2008-133370 holdes det også åpent om den konkrete formuleringen av forsikringstilfellet i avtalen, kan tilsi et annet tolkningsresultat enn lagmannsretten kom til i den aktuelle saken. Når DNB sine forsikringsvilkår eksplisitt angir at det «med forsikringstilfelle menes det forhold som utløser rett til forsikringssum eller erstatning» kan det uansett ikke være tvilsomt at Nav sitt vedtak om uførepensjon med yrkesskadefordel skal legges til grunn som forsikringstilfellet i forsikredes sak. Dommen er altså i tråd med øvrig rettspraksis. I aktuelle tilfelle presiserer vilkårene hva som er forsikringstilfellet, noe som ikke var tilfellet i vilkårene i LB-2008-133370/LB-2008-176313

Tolkningen av begrepet «forsikringstilfellet» må sees i sammenheng med øvrige bestemmelser i forsikringsavtalen og fal. Det kan kun foreligge ett tidspunkt som utgjør «forsikringstilfellet» for en og samme dekning, og «forsikringstilfellet» etter de ulike bestemmelsene i fal. Blir derfor det samme tidspunktet. I den forbindelse vises til vilkårenes pkt. 12.6 som regulerer foreldelse. Begrepet må tolkes likt uavhengig av hvilken bestemmelse det er snakk om. Foretakets forståelse av begrepet forsikringstilfellet støttes av LH-2005-119498, der lagmannsretten i relasjon til fal. § 18-6 la til grunn at «forsikringstilfellet» var vedtaket fra Nav som innvilger uføretrygd med yrkesskadefordeler. Legger man forsikredes forståelse til grunn risikerer man at kravet er foreldet før forsikrede oppfyller vilkårene for utbetaling.

Lagmannsrettspraksis er sprikende og det foreligger ingen avgjørelse fra Høyesterett. Foretaket mener derfor at LH-2005-119498 gir den mest logiske regelen for når forsikringstilfellet inntreffer. Foretakets synspunkt støttes også av LF-2015-20829.

Foretaket kan ikke se at forsikringsavtalen mellom kommunen og foretaket avklarer det rettslige spørsmålet i saken. Det er forsikringsavtalen som angir hvilke ytelser som er dekket.

Foretaket kan ikke se at avtalen mellom kommunen og foretaket dekker kommunens forpliktelser etter HTA § 10 og § 11 for det tilfellet at kommunens forpliktelser skulle strekke seg lengre enn foretakets ansvar etter forsikringsbevis og vilkår. Dette er uansett ikke et praktisk spørsmål, men kan komme på spissen hvor kommunens ansvar reguleres av alminnelige regler om foreldelse, mens foretakets ansvar overfor forsikrede reguleres av forsikringsavtaleloven og yrkesskadeforsikringsloven. Det er kun de sistnevnte lover som regulerer forholdet mellom foretaket og forsikrede, jf. også LH-2005-119498.

Foretaket har heller ikke ment å påta seg dette ansvaret i forsikringsavtalen med kommunen, og ingenting ved avtaleteksten tilsier at avtalepartene har ment å utvide foretakets ansvar. Det er ikke kommunen som er «forsikrede» etter avtalen, noe som ville være det naturlige dersom det i realiteten var *kommunens ansvar* som var forsikret, og ikke en ordinær personalforsikring som kun forsikrer den ansatte.

Foretakets synspunkter støttes av 2023-553 og 2024-754. Foretaket kan ikke se at forsikringstilfellet ved økt uføregrad er regulert annerledes i forsikringsavtalene enn ved første gangs uførevedtak.

Det presiseres for øvrig at saken ikke gjelder foreldelse av et krav meldt under HTA, eller kommunens erstatningsansvar. Spørsmålet i saken er når forsikringstilfellet for erstatningen i tap av fremtidig erverv skal anses inntruffet, for beregning av renter etter fal. § 18-4.

Foretakets forståelse av «forsikringstilfellet» vil i så måte harmonisere best mellom forsikringsavtalen og kommunens ansvar etter HTA, noe som taler for at det er en slik forståelse som er lagt til grunn mellom partene.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Spørsmålet er hvilket tidspunkt forsikrede har krav på renter ved utbetaling under HTA § 11, herunder hva som skal regnes som «forsikringstilfellet» ihht. fal. § 18-4 og HTA-vilkårene.

Foretakets plikt til å betale renter av en forsikringsutbetaling reguleres av fal. § 18-4:

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

Det avgjørende er etter dette hva som skal anses som forsikringstilfellet. Forsikrede har anført at forsikringstilfellet er arbeidsulykken 22.1.18, og at renter skal beregnes fra to måneder etter skademeldingen til foretaket 16.4.18. Foretaket har på sin side anført at forsikringstilfellet er vedtaket fra Nav av 2.2.24 der det innvilges uførepensjon med yrkesskadefordeler.

Uttrykket «forsikringstilfelle» er inntatt i flere bestemmelser i forsikringsavtaleloven, men det er ikke gitt noen nærmere definisjon i loven. Det fremgår heller ikke av forarbeidene hvordan begrepet skal forstås.

Spørsmålet har imidlertid ved flere anledninger vært oppe for domstolene. Høyesterett har i flere avgjørelser uttalt at hva som skal anses som et forsikringstilfelle må «avgjøres på grunnlag av en tolkning av forsikringsavtalen», jf. blant annet Rt-2000–59, s. 67 og Rt-2014-376 avsnitt 19. Begge disse avgjørelsene gjaldt uføreforsikringer. En tilsvarende forståelse er også lagt til grunn i senere dommer, jf. HR-2020-1262-A, samt senest HR-2024-2040-A (skadeforsikring).

Avgjørende for hva som skal anses som forsikringstilfellet i denne saken beror etter dette på en tolkning av den forsikringsavtalen som ble inngått mellom forsikringsforetaket og kommunen, herunder vilkårene.

Foretaket har ikke oversendt kopi av den relevante tariffavtalen. Nemnda har heller ikke funnet den aktuelle avtalen. Derimot har det vært mulig å finne tariffavtalen for perioden etter, dvs. 1.5.18 – 30.4.20. Nemnda legger til grunn at tariffavtalen på dette punkt er uendret i forhold til perioden 1.5.16 – 30.4.18. Av tariffavtalen fremkommer:

§ 11 Erstatning ved yrkesskade/yrkessykdom

11.1 Yrkesskade

Ved yrkesskade/yrkessykdom (godkjent av NAV som yrkesskade) som følge av arbeid i kommunal virksomhet, tilstår en engangserstatning utregnet etter folketrygdens grunnbeløp på skademeldingstidspunktet. Bestemmelsen skal også gjelde når en arbeidstaker blir skadet som følge av vold og/eller trusler fra klient/bruker/elev el. på fritiden og som medfører hel eller delvis arbeidsuførhet eller dødsfall. Erstatningen inklusive renter etter forsikringsavtaleloven skal likevel minst tilsvare erstatning beregnet etter grunnbeløpet på oppgjørstidspunktet.

...

11.9 Kommunen plikter å tegne forsikring som dekker ytelsene etter § 11, jf. for øvrig § 10

Nemnda har i en rekke avgjørelser uttalt at spørsmål om hvordan en tariffavtale skal forstås, faller utenfor nemndas mandat, jf. 2023-403, 2010-408 samt FSN-4999, FSN-6207, FSN-6349 og FSN-6584.

Spørsmålet om hvordan HTA skulle forstås med hensyn til beregning av erstatning, herunder i forhold til fal. § 18-4, ble behandlet i LB-2008-133370 og LB-2008-176313 (forent til felles behandling). I disse avgjørelsene uttalte lagmannsretten at spørsmålet om hva som skulle anses som «forsikringstilfellet» måtte avgjøres på grunnlag av en tolkning av forsikringsvilkårene, sett i sammenheng med HTA § 11.

Lagmannsretten siterer tariffavtalen, og uttaler deretter:

Lagmannsretten finner det uten videre klart at det partene i HTA har hatt i tankene ved utformingen av første ledd er at «skademeldingstidspunktet» skal ses i sammenheng med den hendelse som utløser rett til trygdeytelsen. At skaden skal være godkjent av trygden er en forutsetning for arbeidsgivers ytelsesplikt, men endrer ikke det som er realiteten, nemlig at vilkårene for rett til ytelsene har vært oppfylt siden den hendelse trygdevedtaket knytter seg til inntraff.

HTA § 11.1 annet ledd innebærer at skadelidte skal kunne velge det gunstigste av erstatning utmålt etter grunnbeløpet på skademeldingstidspunktet med tillegg av renter og oppgjør basert på grunnbeløpet på oppgjørstidspunktet. For at forskjellen mellom disse alternativene skal ha praktisk betydning, må det gå noe tid mellom skademelding og oppgjør. Det ville ikke være tilfellet om det var trygdevedtaket som skulle utløse rentekravet. Når vedtak foreligger må således betaling under forsikringen forutsettes å skje raskt. Også dette underbygger at det er perioden fra skaden ble meldt, ikke fra trygdens vedtak.

Lagmannsretten legger etter dette til grunn at HTA § 11.1 må forstås slik at det ansvar kommunene har påtatt seg er ytelser som inkluderer renter etter fal. § 18-4 regnet fra to måneder etter at melding om hendelsen som medførte skaden er gitt.

Lagmannsretten fant klart at HTA § 11.1 måtte forstås slik at kommunen var ansvarlig for ytelser som inkluderte renter etter fal. § 18-4 regnet fra to måneder etter at melding om skadehendelsen ble gitt. Dommen fra Borgarting ble forsøkt anket til Høyesterett, men anken ble nektet fremmet (HR-2009-1451-U). Det er ikke fremlagt noe rettspraksis som underbygger at HTA § 11.1 skal forstås på annen måte enn lagt til grunn av lagmannsretten i ovennevnte sak. I det følgende legger nemnda lagmannsrettens forståelse til grunn.

Spørsmålet blir etter dette hvordan forsikringsavtalen mellom foretaket og kommunen skal forstås, samt om foretaket er forpliktet til å følge partenenes forståelse av HTA § 11.1, slik denne er lagt til grunn av lagmannsretten.

Høyesterett har flere ganger behandlet prinsippene for tolkning av forsikringsvilkår, senest i HR-2024-2040-A, der Høyesterett foretar en oppsummering i avsnitt 48:

... Prinsippene for tolkning av forsikringsvilkår er oppsummert i HR-2020-1262-A avsnitt 28, der det heter:

Forsikringsavtaler må tolkes objektivt og ut fra en naturlig språklig forståelse, jf. Rt-1997-1807 på side 1813, Cigna-dommen. Også forsikringsavtaler i forbrukerforhold må tolkes slik, jf. Rt-2014-379 avsnitt 16. Det fremgår av Cigna-dommen at forsikringens formål kan trekkes inn ved tolkningen. Og dersom det er tvil om forståelsen av forsikringsvilkårene, må uklarheten normalt gå ut over selskapet – den såkalte uklarhetsregelen.

Hvis uttrykket som skal tolkes er et innarbeidet faguttrykk i bransjen, legges denne forståelsen til grunn, jf. Rt-2014-379 avsnitt 16. I samme avsnitt er det videre presisert at «[f]orsikringsselskapets interne oppfatning og praksis, og sikredes subjektive forventninger, får mer begrenset betydning» ved tolkningen

Etter dette ser nemnda på hvordan den aktuelle forsikringsavtalen mellom foretaket og kommunen skal forstås. Herunder om forsikringsavtalen dekker kommunens forpliktelser etter HTA § 10 og 11.

Spørsmålet om et foretak i forsikringsavtalen har forpliktet seg til å dekke kommunens forpliktelser etter HTA § 11 ble behandlet av lagmannsretten i flere saker på 2000-tallet. Bakgrunnen var en uenighet mellom foretakene og kommunene, og de forsikrede, vedrørende hvorvidt formuleringene i HTA medførte at foretakene var forpliktet til å følge Navs vurderinger vedrørende årsakssammenheng ved utbetaling etter HTA, samt størrelsen på forpliktelsene, herunder renter.

Spørsmålene om rekkevidden av foretakenes forpliktelser, inkludert om foretakene i forsikringsavtalen hadde forpliktet seg til å dekke en kommunes forpliktelser etter HTA ble behandlet i LH-2003-18466, LG 2004-16857, LH-2005-119498, LB-2008-133370 og LB-2008-176313. Foretakene fikk ikke medhold i noen av sakene. Flere av sakene ble forsøkt anket til Høyesterett, men slapp ikke inn til behandling der. Nemnda slutter seg til sekretariatets gjennomgang av de ovennevnte dommene:

I LH-2003-18466 fremmet kommunen krav om regress mot forsikringsforetaket etter at kommunen var blitt ansett erstatningsansvarlig etter HTA overfor den forsikrede. Begrunnelsen for regresskravet var at kommunen mente at forsikringsavtalen mellom kommunen og forsikringsforetaket dekket kommunens ansvar etter HTA. Foretaket anførte at det i forsikringsavtalen ikke var bundet i tråd med tariffavtalen til å følge Navs utførefastsettelse. Det fremkommer for øvrig at foretaket anførte at det ikke var bundet av partenes tolkning av tariffavtalen gjennom protokoller.

Kommunen og hjelpeintervenient KS anførte på sin side at kommunen etter HTA § 11.9 var forpliktet til å tegne forsikring for sitt ansvar etter avtalen, og at foretaket etter forsikringsavtalen hadde forpliktet seg til å dekke kommunens ansvar etter HTA § 11. Ordlyden i tariffavtalen i 1996 er identisk ordlyden i aktuelle punkt fra 2018.

Lagmannsretten konkluderte etter en tolkning av korrespondansen mellom partene at foretaket hadde forpliktet seg til å dekke kommunens ansvar etter HTA kapittel 11:

Lagmannsretten kan ikke forstå forsikringsavtalen mellom Vesta Forsikring AS og Tromsø kommune annerledes enn at forsikringsselskapet fullt ut har påtatt seg risikoen for kommunens ansvar etter Hovedtariffavtalen § 11. Det er ingen holdepunkter i forsikringsavtalen for at forsikringsselskapets ansvar er betinget av annet enn tariffpartenes forståelse av tariffavtalen. Dersom Vesta Forsikring AS har oppfattet hovedtariffavtalens bestemmelser som uklare, hadde selskapet oppfordring til å klargjøre forståelsen av tariffavtalen før selskapet inngikk forsikringsavtalen.

...

Vesta Forsikring AS sin forpliktelse overfor kommunen – i henhold til forsikringsavtalen – gjelder i samme utstrekning som kommunens forpliktelse overfor arbeidstakeren etter Hovedtariffavtalen § 11. Vesta Forsikring AS er derfor forpliktet til å erstatte Tromsø kommune det beløp som kommunen har utbetalt til skadelidte A med tillegg av renter fra en måned etter påkrav. (sekretariatets understrekning)

Dommen ble forsøkt anket inn til Høyesterett, men anken ble nektet fremmet, jf. HR-2004-1728U.

Tilsvarende ble tilfellet i LG-2004-13857, som gjaldt en ulykke som skjedde i 1992. Lagmannsretten konkluderte med at foretaket i forsikringsavtalen hadde påtatt seg å dekke kommunens ansvar etter HTA § 11.1 fullt ut. Det ble vektlagt at Gjensidige ikke hadde tatt forbehold om dekning i forhold til HTA, noe Gjensidige kunne hatt adgang til, samt at forsikringsforetak som profesjonell aktør måtte forventes å sette seg inn i den risiko foretaket påtar seg ved inngåelse av forsikringsavtalen.

Dommen gir for øvrig en grundig gjennomgang av historikken i tariffavtalen, forståelsen av denne og forholdene til forsikringsforetak og avtaler med disse.

Hvorvidt foretaket hadde forpliktet seg til å dekke kommunens ansvar etter HTA var også tema i LB-2008-133370 og LB-2008-176313. Lagmannsretten viste til at kommunene etter HTA § 11.9 er forpliktet til å forsikre sitt ansvar etter tariffavtalen. Videre:

At partene i HTA selv råder over innholdet av denne, er ikke ensbetydende med at de gjennom felles fortolkning av avtalen eller ved endringer i denne ensidig kan endre forsikringsavtalens farefelt eller

omfanget av de krav som kan kreves dekket. I mangel av holdepunkter for annet må imidlertid lagmannsretten gå ut fra at KLP har hatt fullt innblikk i innholdet av HTA og, i den grad det er gjort endringer i denne, er blitt underrettet uten at det er gjort innsigelser eller foretatt korreksjoner i forsikringsvilkårene.

Retten la deretter på bakgrunn av bevisførselen til grunn at det "frem til 2004/2005 har vært alle involvertes felles forståelse at den forsikrede risiko skulle inkludere renter beregnet med utgangspunkt i melding av skadetilfellet."

Ettersom KLP hadde anført at LH-2003-18466 og LG-2004-857 medførte at forsikringsdekningen med de dommene ble løst fra den underliggende skadehendelse, men i stedet utelukkende knyttet seg til trygdens vedtak, måtte trygdens vedtak anses som forsikringstilfellet. Lagmannsretten avviste dette med følgende begrunnelse:

At domstolene har slått fast at også forsikringsselskapene er bundet av trygdens vedtak, endrer ikke omfang eller innhold av det ansvar arbeidsgiverne har etter HTA § 11. At KLP helt frem til 2005 dekket renter regnet med utgangspunkt i når skade ble meldt, viser at også KLP anså arbeidsgiverens renteansvar etter HTA § 11 som en del av den forsikrede risiko. Lagmannsretten kan ikke se at de nevnte dommer gjør noen endringer i dekningsfeltet for polisen. Skulle det være trygdens vedtak, ikke den inntrådte skade, som utløser ansvar for selskapet under forsikringen og således utgjør «forsikringstilfellet», ville det innebære at arbeidsgiverne fortsatte å hefte for rentekravet, mens hovedstolen var omfattet av forsikringen. En slik ordning er åpenbart ikke tilsiktet.

Etter gjennomgang av forståelsen av forsikringstilfellet sier retten videre:

Verken reelle hensyn eller rimelighet underbygger KLPs forståelse av forsikringsavtalen sammenholdt med FAL § 18-4. Dersom forsikringsselskapene ikke ønsker å påta seg risikoen for trygdens vedtak eller for den renteforpliktelse som følger av lang saksbehandlingstid, er det full anledning til å la være å tilby slik dekning, eventuelt kreve premieøkning dersom det skulle være grunnlag for det.

At forsikringskravet er rentebærende fra før det forfaller til betaling er ordinært i all skadeforsikring. Ved ulykkesforsikring er det dessuten også en rimelig ordning at sikrede, som ofte får sitt inntektsgrunnlag, og derved låneevne, sterkt redusert, gis en relativt høy rentekompensasjon, slik morarenter gir. At det kan være mindre naturlig for forsikringsselskapet å foreta en a konto utbetaling dersom trygdens vedtak er bindende, kan ikke tillegges særlig vekt.

Nemnda går etter dette videre og ser på tolkningen av forsikringsavtalen i aktuelle sak. Et sentralt spørsmål er om den konkrete formuleringen av forsikringstilfellet, kan tilsi et annet tolkningsresultat enn det som er lagt til grunn i rettspraksis.

Nemnda har foretatt en gjennomgang av forsikringsavtalen, og slutter seg til det som fremgår av sekretariatets gjennomgang av de relevante bestemmelsene.

Foretaket mener avtalen mellom kommunen og foretaket ikke dekker kommunens forpliktelser etter HTA § 10 og § 11 for det tilfellet kommunens forpliktelser skulle strekke seg lengre enn foretakets ansvar etter forsikringsbevis og vilkår. Videre at foretaket ikke har ment å påta seg dette ansvaret i forsikringsavtalen, og at det i så fall ville ha fremkommet klarere av avtalen.

Etter en gjennomgang av forsikringsavtalen finner nemnda det klart at denne må forstås slik at den dekker kommunens forpliktelser etter HTA § 11. Dette støttes av at forsikringsavtalen fastsetter at det er "ytelser etter HTA § 11" som er angitt under hva "Forsikringen omfatter", samt at det av forsikringsvilkårenes pkt. 5 fremkommer at forsikringen dekker "Yrkesskade ... i henhold til § 11 i Hovedtariffavtalen". En slik forståelse støttes også av forsikringsvilkårenes pkt. 7 der det fremkommer at "forsikringen omfatter alle ansatte som kommunen ... har erstatningsansvar overfor etter den til enhver tid gjeldende tariffavtale og lovverk".

På denne bakgrunn finner nemnda at forsikringsavtalen, herunder vilkårene, må forstås slik at foretaket har påtatt seg å forsikre kommunens forpliktelser etter HTA § 11. Dette underbygges av uklarhetsregelen og lagmannsrettens uttalelser i LH-2003-18466, om at foretaket har ansvar for å

avklare eventuell usikkerhet rundt hva som er forsikret, herunder forståelsen av HTA § 11. Dersom foretaket var usikre på om det er kommunens forpliktelser etter HTA § 10 og 11 som er forsikret, eller på annen måte ikke hadde klarhet i hva dette innebar, måtte foretaket som den profesjonelle part ha ansvar for å oppklare en eventuell uklarhet.

Det bemerkes at foretakets forståelse av hvilke ytelser HTA § 11 gir forsikrede rett til, og hvordan disse skal beregnes, avviker fra den som partene i HTA er enige om, vil dette føre til at forsikrede må fremme krav overfor kommunen for eventuelle ytterligere ytelser etter HTA. Det må i tråd med LH-2003-18466, og tilsvarende uttalelse i LB-2008-133370/ LB-2008-176313 legges til grunn at det er nettopp en slik situasjon man har ønsket å unngå ved at kommunen etter HTA § 11.9 er forpliktet til å forsikre sitt ansvar etter HTA.

Foretaket har anført at ettersom det i de generelle vilkårene punkt 1.2.15 eksplisitt angir at det «med forsikringstilfelle menes det forhold som utløser rett til forsikringssum eller erstatning» kan det uansett ikke være tvilsomt at Nav sitt vedtak om uførepensjon med yrkesskadefordel skal legges til grunn som forsikringstilfellet i denne saken. Nemnda er enig i at dette vilkåret isolert sett kan tilsi en slik tolkning som foretaket har lagt til grunn. Det fremkommer imidlertid av vilkårene spesielt for kommuner pkt. 12.9.4 at disse vilkårene ved motstrid med foretakets generelle vilkår går foran. Ettersom nemnda har konkludert med at "Forsikringsvilkår for kommuner" tilsier at det er kommunens forpliktelser etter HTA § 11 som er forsikret, må foretakets generelle vilkår uansett settes til side. Det er på denne bakgrunn ikke nødvendig for nemnda å ta stilling til om det er korrekt at disse vilkårene er en del av avtalen, ettersom de ikke spesifikt er angitt i forsikringsavtalen. Avtalen angir kun at det er "forsikringsvilkår for kommuner yrkesskade ..." som gjelder.

Foretaket har videre anført at foretakets forståelse av begrepet forsikringstilfellet støttes av LH-2005-119498, der lagmannsretten i relasjon til fal § 18-6 la til grunn at «forsikringstilfellet» var vedtaket fra Nav, samt at det ikke er retts teknisk mulig med to ulike tidspunkter for «forsikringstilfelle» for en og samme erstatning. Dette var også et tema i LB-2008-176313 og LB-2008-133370, jf. gjengivelsen av den ankende parts påstander, uten at dette førte frem. Etter nemndas syn tilsier ikke LH-2005-119498 en annen løsning enn den som nemnda har lagt til grunn. Det er tale om forskjellige bestemmelser, og som redegjort for ovenfor har det avgjørende betydning hvordan forsikringsavtalen og HTA skal forstås konkret i relasjon til fal. § 18-4.

Etter nemndas syn kan heller ikke nemndspraksis, for eksempel 2024-754 og 2023-553 m.fl. vedrørende beregning av etteroppgjør i de tilfellene der forsikrede får øket sin uføregrad, føre til noe annet resultat.

Nemnda finner etter dette at foretaket har forpliktet seg til å dekke kommunens forpliktelser etter HTA § 11 og at beregningen av forsikringsutbetalingen i tråd med vilkårene skal skje etter G på tidspunktet for melding av selve skadehendelsen, dvs. 16.4.18 tillagt renter etter fal. § 18-4 fra to måneder etter dette tidspunktet, frem til oppgjør.

Når det gjelder advokatutgifter bemerkes det at der forsikrede får medhold, har nemnda tidligere lagt til grunn at foretaket var «objektivt ansvarlig for klagers nødvendige og rimelige advokatkostnader», jf. 2023-109. Se også avgjørelsene 2022-563 og 2022-195.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Forsikrede gis medhold.

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