

Finansklagenemnda Person

Avgjørelse FinKN 2026-286

10.3.2026

Gjensidige Forsikring ASA

Sykeforsikringer/barnekasko

Behandlingsforsikring – varighet pr. «behandling» – egenandel – antall behandlinger – vilkårstolkning

Forsikrede hadde en periode slitt med smerter i kroppen og fikk behandling av fysioterapeut. Behandlingenes varighet varierte. Foretaket godkjente dekning av 12 behandlingstimer av 30 minutters varighet med en egenandel på kr 250. Forsikrede krevde refusjon for de 12 gangene han hadde vært til behandling, uavhengig av varigheten på hver behandling. Han viste til en telefonsamtale med foretaket der det opplyste at varigheten på behandlingstimen var uten betydning. Han krevde også dekket ytterligere behandlinger. Saken reiser spørsmål om hva som anses som én behandling, og hvor mange behandlinger forsikrede har krav på. Nemnda viste til at vilkårene lest i sammenheng må forstås slik at en behandling tilsvarer den tiden forsikrede får ved å belastes én egenandel. Forsikringen var begrenset til 12 behandlinger pr 12 måneders periode. Nemnda bemerket videre at forsikrede ikke hadde sannsynliggjort at han på telefon hadde fått beskjed om at varigheten ikke hadde betydning. Nemnda ga foretaket medhold.

Saksfremstilling

Forsikrede fikk i begynnelsen av juni 2025 plager i øvre del av rygg, skulder og nakke og ønsket å bruke behandlingsforsikringen for å få dekket behandling.

Forsikrede kontaktet foretaket 13.6.25 per telefon. Forsikrede har opplyst at foretaket sa at han hadde 12 behandlingstimer og at han kunne søke om flere ved behov. Han skal videre ha fått beskjed om at han kunne gå til sin ønskede behandler uten å opprette sak først og at varigheten på behandlingstimen ikke hadde noen betydning. Det finnes ingen telefonlogg fra samtalen ettersom foretakets telefonsystem ikke fungerte denne dagen. Foretaket har ikke bestridt at telefonsamtalen fant sted.

Forsikrede sendte skademelding til foretaket 15.9.25 hvor det fremgikk at han ønsket fysioterapibehandling. Foretaket ba om ytterligere opplysninger fra forsikrede 16.9.25. Forsikrede ga ytterligere opplysninger om utviklingen av plagene samme dag.

Den 17.9.25 innvilget foretaket 3 konsultasjoner til fysikalsk behandling fra og med datoen for skademeldingen. Det ga forsikrede informasjon om hvordan han praktisk skulle gå frem, samt beskjed om at han kunne søke om flere ved behov. Forsikrede sendte samme dag beskjed til foretaket der han opplyste om at han allerede hadde hatt flere timer hos behandler. Forsikrede refererte også til samtalen han hadde hatt 13.6.25:

(...)

Jeg ønsker likevel å gi en liten tilbakemelding og samtidig høre om det finnes noen løsning:

Da jeg ringte [foretaket] tidligere for å få veiledning, fikk jeg muntlig beskjed på telefon om at jeg hadde 12 godkjente behandlinger, og at jeg kunne fortsette behandling hos min nåværende behandler – samt søke om

flere timer ved behov. På bakgrunn av dette har jeg allerede gjennomført flere behandlinger hos [behandler], som er fysioterapeut med spesialkompetanse innen fasciabehandling. Disse timene har vært avgjørende for bedringen min.

Jeg forstår nå at det i etterkant vises til at timene kun dekkes dersom behandler er tilknyttet [foretaket] sitt avtalesystem, og at godkjenning må være på plass før behandling gjennomføres. Dette er selvfølgelig noe jeg ønsker å forholde meg korrekt til, og jeg er takknemlig for tydelig informasjon nå – men det er litt synd at beskjedene ikke har vært samstemte tidligere. Det skaper både ekstraarbeid og usikkerhet for oss som kunder, og i dette tilfellet har det ført til at jeg har hatt behandling under en forutsetning jeg trodde var korrekt.

Finnes det noen mulighet for at de behandlingene jeg allerede har hatt hos [behandler] kan vurderes likevel, basert på at jeg mottok muntlig informasjon om dekning og handlet i god tro? I så fall sender jeg gjerne dokumentasjon på gjennomførte timer og kvitteringer.

(...)

Foretaket svarte dagen etter at ettersom behandlingen ikke var forhåndsgodkjent og første time ikke var booket i saksoversikten kunne foretaket ikke refundere utlegg for allerede gjennomførte timer.

Den 28.9.25 kontaktet forsikrede foretaket på nytt og ønsket dekning for de gjennomførte behandlingene etter at hans fysioterapeut ikke hadde lyktes i å fakturere foretaket for timene. I en oppdatering dagen etter opplyste forsikrede om at han hadde gjennomført 12 behandlinger og hadde booket en ny time allerede dagen etter.

Foretaket opplyste forsikrede 29.9.25 om maksgrensen på 12 behandlingstimer i løpet av 12 måneder til fysikalsk behandling. Foretaket foreslo videre at det kunne dekke fremtidige timer. Foretaket opplyste også at det skulle undersøke den muntlige informasjonen forsikrede fikk på telefonen. Forsikrede ga dagen etter ytterligere informasjon om telefonsamtalen 13.6.25, la ved bilde av sin telefonlogg og skrev at han ønsket dekket de behandlingene han hadde hatt, samt 12 nye behandlingstimer.

Foretaket ba 30.9.25 om nærmere informasjon fra forsikrede, og gjentok at forsikringen kun dekket 12 behandlinger i løpet av en 12 måneders periode. Det var deretter ytterligere kommunikasjon mellom forsikrede og foretaket.

Forsikredes behandler kontaktet foretaket 14.11.25 i forbindelse med fakturering av timene. I e-post skrev han blant annet følgende:

(...)

Den første timen var en førstegangskonsultasjon på 60 min.

Time nummer to ble en dobbelttime på 2x 30 min (60 min totalt).

Den tredje behandlingen samt de 9 påfølgende behandlingene ble omgjort til trippeltimer 3x 30min (90 min totalt)

(...)

Forsikringsinnehaver har en egenandel på 250kr pr 30 min og ettersom det har vært snakk om dobbel og trippeltimer, så har han betalt 500kr og 750kr for timene.

Det samme regnestykke blir da fakturert dere.

(...)

Den 26.11.25 fikk forsikrede beskjed fra foretaket om at de kun dekket 12 av de 33 konsultasjonene som var forsøkt fakturert av behandleren. Foretaket skrev blant annet følgende:

(...)

Du sier at du har fått beskjed om at du kan gå til terapeuten for 12 behandlinger, og at lengde ikke spiller noen rolle.

Vi har en avtale med terapeuten du har vært hos, og i denne avtalen er det også definert en pris per behandling. Terapeuten kan altså velge å utvide en konsultasjon med deg, enten ved å doble tiden på timen og doble prisen for timen, dette vil da bli 2 konsultasjoner. Dersom terapeut velger å doble tiden på timen uten å doble prisen, vil dette registreres som 1 time. Forsikringen dekker altså avtaleprisen 12 ganger.

Forsikringen kan ikke dekke resterende 21 behandlinger for deg. Dette må du ta direkte med din behandler.

(...)

Forsikrede påklaget avslaget 26.11.25. Den 28.11.25 viste han til at hans behandler hadde fått samme beskjed angående varigheten.

Foretaket opprettholdt sin vurdering 2.12.25. De ville dekke 12 behandlingstimer, som enkelttimer, fra og med 13.6.25 da behandlingene startet. Videre:

(...)

Forsikringsavtalen gir rett til inntil 12 fysikalske behandlinger per 12-måneders periode, forutsatt at de er forhåndsgodkjent og utføres av behandlere [foretaket] har avtale med. Det foreligger ingen hjemmel i vilkårene for å dekke et ubegrenset antall behandlinger.

På klinikkens egen nettside der du kan velge (...) som behandler, fremgår det tydelig at førstegangskonsultasjon koster 880 kr og varer 1 time. Videre oppfølging koster 630 kr og varer 30 minutter. Det må derfor forstås at [foretaket] forholder seg til de samme satsene når forsikringen dekker inntil 12 behandlinger.

Behandleren du har benyttet har inngått en avtale med [foretaket] og er godt kjent med hvilke premisser behandling dekkes under, dette vises også ved at behandleren har trukket flere egenandeler for hver dag du har fått behandling. For eksempel er det trukket 250 kr. 3 ganger for en dag med 90 minutters behandling (en konsultasjon a 30 minutter, 3 ganger).

[Foretaket] har i denne saken gjort et unntak ved å dekke 12 behandlinger som ikke var forhåndsgodkjent eller bestilt av selskapet. Utgifter til de øvrige behandlingene som er gjennomført dekkes ikke, og avslaget opprettholdes.

(...)

Forsikrede svarte foretaket samme dag og ønsket refusjon for de totalt 20 behandlingene han har mottatt uavhengig av om det var snakk om enkelt-, dobbelt-, eller trippelt timer.

Foretaket opprettholdt sitt avslag på å dekke mer enn 12 behandlingstimer, av 30 minutters varighet, den 8.12.25.

Av forsikringsbeviset fremgår det at foretaket dekker utgiftene til:

Fysikalsk behandling

Inntil 12 behandlinger pr 12 mnd periode hos fysioterapeut / manuellterapeut / naprapat /kiropraktor / osteopat. Egenandel kr 250 per behandling.

Forsikrede har i det vesentlige anført at de 12 oppmøtene han har hatt hos sin behandler må regnes som 12 behandlingstimer etter forsikringsavtalen uavhengig av om det er snakk om enkelt-, dobbelt-, eller trippelt timer. Forsikrede krever videre at de resterende 8 behandlingene han har hatt dekkes. Forsikrede viser til telefonsamtalen 13.6.25 der han fikk opplyst at lengden på behandlingene ikke var av betydning og at han dermed har handlet i god tro.

Forsikringsforetaket har i det vesentlige anført at en behandlingstime må regnes som en vanlig konsultasjonstime på 30 minutter som utløser en egenandel på kr 250. Foretaket mener dermed at en behandlingstime er av samme varighet og at dersom det settes opp dobbelt-, eller trippelt timer så må de faktureres som henholdsvis to eller tre timer. Foretaket har påtatt seg å dekke

12 enkelttimer på tross av manglende forhåndsgodkjennelse av selskapet. Foretaket er ikke forpliktet til å dekke mer enn disse 12 timene. Foretaket viser til at det kun gis inntil 12 behandlinger per 12-måndersperiode og at dersom forsikrede har behov for ytterligere timer så må dette søkes om. Foretaket er dermed heller ikke forpliktet til å dekke de resterende 8 behandlingene.

Finansklagenemnda Persons begrunnelse

Saken gjelder hva som anses som én behandling etter vilkårene, og om forsikrede har krav på dekning av ytterligere behandlinger.

Sekretariatet ga ikke forsikrede medhold i klagen. Sekretariatet påpekte at hva som regnes som én behandling, ikke er definert i vilkårene. Når man leser vilkåret i sammenheng med kravet om egenandel på 250 kr per behandling, må vilkåret forstås slik at en behandling tilsvarer den tiden forsikrede får ved å belastes én egenandel. Forsikrede har i saken blitt belastet for to eller tre egenandeler dersom timene har vært oppsatt som dobbelt- eller trippelt timer. Forsikrede hevder at han har fått beskjed i telefonen om at varigheten av en behandling ikke har noen betydning. Det foreligger imidlertid ingen dokumentasjon fra innholdet i samtalen. Vilårene gir kun rett til 12 behandlinger per 12-månders periode. Forsikrede har dermed ikke krav på dekning for behandlinger ut over dette.

Nemnda slutter seg til sekretariatets begrunnelse.

Avgjørelsen er enstemmig.

Finansklagenemnda Persons konklusjon

Foretaket gis medhold.

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