

## **FORSIKRINGSKLAGEKONTORET**

### **Hva er det og kan de hjelpe meg?**

Som et alternativ til domstolsbehandling i forsikringssaker har forsikringsbransjen opprettet Forsikringsklagekontoret. Virksomheten er basert på en avtale mellom Finansnæringsens hovedorganisasjon, Forbrukerrådet og Næringslivets Hovedorganisasjon.

Forsikringsklagekontoret (FKK) gir gratis juridisk bistand i saker hvor du er uenig med forsikringsselskapets behandling eller skadeoppgjør. Kontoret behandler alle typer forsikringsklager for både forbrukere og næringsdrivende. Videre er kontoret sekretariat og forbereder klagesaker for Forsikringskadenemnda og Avkortningsnemnda.

### **Nemndene:**

Forsikringskadenemnda avgir uttalelser vedrørende forståelsen av forsikringsvilkår og lovgivning i forbindelse med konkrete saker. Nemnda er delt i to avdelinger; en skadeavdeling som behandler tingforsikringer og en personavdeling som behandler personforsikringer etter forsikringsavtaleloven.

Avkortningsnemnda behandler saker hvor selskapet vil avslå eller redusere erstatningen fordi det hevdes at forsikringstakeren har opptrådt grovt uaktsomt eller brutt en sikkerhetsforskrift. Nemnda behandler også saker hvor selskapet krever tilbakebetaling (regress) - etter Bilansvarsloven § 12 – av en utbetalt erstatning.

Begge nemndene består av representanter fra forbrukere og forsikringsselskapene, samt en nøytral formann.

Nemndenes uttalelse er rådgivende, og følges som regel av selskapene. Nemndene skal varsles innen 45 dager etter at uttalelsen er sendt partene dersom uttalelsene blir fraveket ved oppgjøret. Mottas ikke slik varsel innen fristen, er selskapet bundet av uttalelsen.

Nemndsuttalelsene kan overprøves av domstolene, men Forsikringsklagekontoret kan ikke bistå i en rettssak. Man må da eventuelt oppsøke advokat. I slike saker kan man som regel få dekket advokatkostnadene gjennom rettshjelpsforsikring.

### **Behandlingstid:**

Behandlingstiden i FKK varierer ut fra hvilken type sak som vurderes og om saken skal til vurdering i nemnden. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i nemndene ligger nå på 1 år 9 mnd. Administrerende direktør i FKK, Harald Sverdrup opplyser at gjennomsnittet burde ligge på godt under et år, og at det nå jobbes aktivt med å få svartiden og restansene mht klagesaker ned.

Mens saken er til behandling hos FKK vil saken "ligge i bero" fra forsikringsselskapets side. Det vil si at man feks ikke kan ta ut stevning mens saken er til behandling ved FKK. Tar man ut stevning, avsluttes saken ved FKK.

Kontoret hadde i 2006, 4.500 skriftlige henvendelser og ca 13.000 telefonhenvendelser. Ved kontorets ordinære saksbehandling fikk klager en bedre løsning i 44 % av sakene. I 2006 ble 601 av de skriftlige sakene påklaget og med dette behandlet i nemndene. Av disse gir nemndens avgjørelse bedre resultat for klager i 28% av sakene.

Advokat Jane Ytreøy Grøndalen ved advokatfirmaet Norman & co har tidligere jobbet ved FKK og mener det både er positive og negative sider ved å klage en sak inn til FKK. Blant det positive ved å sende en klage inn til FKK er at det foretas en gratis, uavhengig og objektiv behandling. Juristene som foretar behandlingen har sin spesialitet innen forsikringsrett og fanger med dette opp alle problemstillinger som bør belyses i saken. Også spørsmål som du selv ikke trodde var relevante.

På den andre siden er saksbehandlingen lang, og saken din hos forsikringsselskapet vil "ligge i bero" mens klagen behandles. Dette vil si at saken din i verste fall, per dags dato, utsettes i nærmere 2 år hvis den skal til behandling i nemnden.

FKK's behandling har også en begrensning da det er skriftlig saksbehandling. Klager kan nok til tider føle at ikke alle sider av saken er sett på og det ville nok i disse tilfellene vært lettere med en muntlig fremstilling. Saker som krever vitnebevis etc kan være vanskelige.

### **Endrer forsikringsselskapet sin avgjørelse dersom nemnden kommer med en avgjørelse i klagers favør?**

Over tid har det vært et problem at forsikringsselskapene ikke etterlever nemndenes avgjørelser. Som en følge av dette har bransjen vedtatt en bransjenorm, hvor målsettingen er økt etterlevelse, slik at klageordningen kan opprettholdes som en velfungerende og respektert ordning. Til tross for bransjenormen ser vi at forsikringsselskapene i en del saker ikke etterlever nemndenes avgjørelser.

Media har den senere tid rettet fokus mot denne problemstillingen da tallene fra 2005 viser at ca 25 % av vedtakene i nemndene som går i forbrukerens favør ikke blir godtatt av forsikringsselskapene, og selskapet nekter således å utbetale erstatningen som forbrukeren er tilkjent.

Forbrukerrådet valgte som følge av dette å offentliggjøre navn på selskapene som ikke følger nemndsvedtakene på en egen "svarteliste" på sin forbrukerportal. De valgte å offentliggjøre en slik liste for å sikre økt etterlevelse av nemndenes vedtak, samt at de anser det som god forbrukerinformasjon, siden det gjør forbrukeren i stand til å velge bort de selskapene som ikke gjør opp for seg.

"Svartelisten" til Forbrukerrådet har gitt resultater. FNH, som er forsikringsselskapenes egen bransjeorganisasjon, grep inn og endret reglene, for å få selskapene til å følge opp klagevedtakene. I den reviderte bransjenormen står det at det enkelte selskap forplikter seg til å dekke klagers saksomkostninger i første rettsinstans dersom selskapet ikke følger nemndas avgjørelse.

I tillegg heter det at «for saker/spørsmål av prinsipiell karakter forplikter selskapet seg i tillegg til å dekke klagers saksomkostninger for høyere rettsinstanser dersom det er selskapet som har anket saken inn for disse». Den endrede bransjenormen trådte i kraft 01.11.2006 og gjelder for saker hvor selskapet etter nevnte tidspunkt melder at nemndas avgjørelser ikke blir fulgt.

Tallene for 2006 ser langt bedre ut. Frem til 1. november har FKK mottatt melding om 20 ikke –aksepterte uttalelser, mens antallet for hele 2005 var 52.

Hvis dere ønsker å lese mer om dette, finner dere informasjon på:

[www.forbrukerportalen.no](http://www.forbrukerportalen.no) – økonomi/finans – forsikring – svartelister forsikringsselskap.

## **FRA NEMNDEN**

### **Klausul - Karenstid etter at forsikringen trådte i kraft.**

Den 9 mai 2006 behandlet nemnda en klagesak fra et ektepar som hadde tegnet barnekasko for sin seks måneder gamle datter. Fjorten dager etter at forsikringsbevis og vilkår var mottatt, ble datteren innlagt på sykehus og fikk etter noen dager diagnosen hjernebetennelse. Hun ble 100 % hjelpetrequende. Forsikringsselskapet avviste å utbetale forsikringen på ca 3.000.000,-. Selskapet henviste til at forsikringsvilkårene fastslår en såkalt "karenstid" på seks måneder etter at forsikringen trådte i kraft. Dette innebærer at forsikringsselskapet ikke er ansvarlig for sykdom som oppstår i de første seks månedene etter at forsikringsavtalen er inngått. Selskapet fikk ikke medhold av nemnda i dette, som uttaler blant annet følgende: "forsikringer skal skape trygghet. For småbarnsforeldre som tegner forsikring på sine barn, kan seks måneders utsettelse av en vesentlig del av risikodekningen skape stor usikkerhet. Det er på det rene at symptomklausulen ikke er nevnt i den omfattende brosjyren som er grunnlag for tegningen av forsikringen. I brosjyren nevnes flere unntak for dekningen, som vanskelig kan anses viktigere for kunden enn seks måneders utsatt ikraftredelse av dekningen".

Disse uttalelsene er sentrale i vurdering av et slikt vilkår. Nemnda går imidlertid enda lenger og anfører at det vil være urimelig og i strid med avtalelovens § 36 å overhode gjøre denne klausulen gjeldene.

Selskapet hevdet videre at de ikke var ansvarlig, fordi premien ikke var betalt. Bakgrunnen for dette var at innbetalingsgiro ikke var sendt samtidig med forsikringsbevis og vilkår, men en måned etter at forsikringen trådte i kraft. Nemnda mener da at dette vil være urimelig og i strid igjen med avtalelovens § 36, og gjøre gjeldende at premien skulle vært betalt.

Avgjørelsen er prinsipiell både i forhold til den konkrete vurderingen av informasjonplikt hos forsikringsselskapene, når man tegner en forsikring, og også viktig i forhold til hvilke vilkår forsikringsselskapene kan sette, som begrenser forsikringsdekning.

Saken er rettskraftig i den forstand at forsikringsselskapet ikke vil bringe saken inn for retten.

Familien var bistått av advokatene Merethe Melling Gulbrandsen og Anette Echhoff, advokatfirmaet Ness & Co.

### **Varighetskriteriet – tidsbegrenset uførestønad fra trygden – vilkårsfortolkning.**

#### **Uttalelsesnummer 5951**

Den 20.12.2005 behandlet nemnda en klagesak hvor de nye trygdereglene om tidsbegrenset uførestønad reiser spørsmål om reglens betydning for rettigheter etter uføreforsikringer som krever varig uførhet.

Klager ble innvilget tidsbegrenset uførestønad etter en uføregrad på 100 % fra 01.03.2004 – 28.02.2007. Klager hadde på dette tidspunktet en sykdomsforsikring hvor vilkåret for utbetaling stiller krav om "50 % varig uførepensjon etter lov om folketrygd...og vedtak om varig uførepensjon trådte i kraft". I denne saken var det tvist om forsikringstilfellet var inntruffet, herunder spørsmål om vilkårsfortolkning i lys av de nye reglene i folketrygden om tidsbegrenset uførepensjon som ble innført 01.01.2004.

Forsikringsnemndas flertall bemerker:

"Når forsikringsvilkårene uttrykkelig knytter dekningen direkte til varig uførepensjon etter folketrygden, synes det vanskelig å se det annerledes enn at tidsbegrenset uførepensjon fra

trygden ikke gir rett til utbetaling under forsikringen. Dette gjelder selv om de regler som gjelder for trygden er blitt endret etter at forsikringsvilkårene ble formulert”.

I denne saken kom derimot nemndas flertall til at klager hadde rett på utbetaling på bakgrunn av at klager hadde fått tilsendt brosjyremateriell, hvor det het at engangserstatning utbetales etter to års sammenhengende uførhet. Flertallet sier videre at det må kunne forventes at forsikringsselskapet kontrollerer den informasjonen som megleren gir kunden om forsikringsdekningen. Hvis ikke dette gjøres, må selskapet ha risikoen for feil i informasjonsmaterialet. Flertallet mener at den nevnte brosjyren må gå foran forsikringsvilkårene ved vurderingen av hvilken dekning forsikrede har krav på. En kortfattet brosjyre er en mer nærliggende informasjonskilde for kunden enn mer omfattende forsikringsvilkår.

Mindretallet vil på sin side påpeke at brosjyren mot slutten inneholder følgende presisering: ”Ovenstående er ment som en kort oversikt over den enkelte dekning og ikke en fullverdig erstatning for forsikringsavtalens innhold og regler”. Mindretallet kan med dette ikke slutte seg til flertallets utsagn om at brosjyren må gå foran forsikringsvilkårene ved vurderingen av hvilken dekning forsikrede har krav på.

Klager fikk medhold og uttalelsen er rettskraftig.

Klager var bistått av advokat Jane Grøndalen ved advokatfirmaet Norman & co.

### **Etter ikke – aksept av FSN avgjørelser.**

#### **Spennende og prinsipiell sak på vei fra nemnda til domstolene**

En prinsipiell problemstilling er nå på vei oppover i rettssystemet. Dette dreier seg om såkalte karensklausuler i kollektive forsikringer.

Saksforholdet er følgende:

I kollektive forsikringer, dvs forsikringer tegnet av arbeidsgiver eller fagforening, innhenter selskapene som hovedregel ikke helseopplysninger på de som blir medlem i ordningen. Forsikringen dekker alle ansatte eller alle medlemmer, og skal være billig og enkel og administrere for selskapene. For at selskapene ikke skal måtte foreta utbetalinger til folk som allerede er på vei ut av arbeid, er selskapene etter FAL (forsikringsavtaleloven) § 19-10 gitt rett til å si at de ikke svarer for (foretar utbetaling for) uførhet som inntreder de første to årene etter at man er blitt medlem av en ordning, når denne uførheten skyldes en sykdom eller lyte som man hadde på innmeldingstidspunktet.

Spørsmålet som nå er på vei oppover i rettssystemet er om det er nok at selskapene har inntatt en slik begrensning i vilkårene, eller om denne begrensningen må fremkomme direkte i forsikringsbeviset, for at selskapene skal kunne påberope seg denne.

Forsikringskadenemnda sa første gang, 28.01.2003, i uttalelse nr 4528, at en slik begrensning er så viktig for den enkelte å vite om at denne må inntas i forsikringsbeviset. Tankegangen er at forsikringsbeviset er den viktigste kilde til informasjon, og det er veldig viktig å vite at du egentlig ikke har noen forsikring de første to årene. Etter dette er det avsagt 13 likelydende uttalelser. Samtlige av uttalelsene er avsagt under dissens 3:2, der selskapsrepresentantene dissenterte, og ingen av uttalelsene er akseptert av selskapene.

Dette har etter hvert blitt en uholdbar situasjon, og i 2005 falt de to første dommene i henholdsvis Bergen og Oslo Tingrett. Begge dommene konkluderte med at klausulen må inntas i forsikringsbeviset for å kunne påberopes av selskapene. I juni 2006 kom Oslo Tingrett til samme resultat i en annen sak, og ytterligere en som ble behandlet av Bergen Tingrett i oktober 2006 (dom foreligger ikke). Samtlige dommer er påanket, og Gulating Lagmannsrett behandlet spørsmålet rett før jul 2006. Dessverre fikk vi ikke en prinsipiell avgjørelse her idet retten avgjorde spørsmålet på bakgrunn av at man ikke kunne se at vedkommende ble ufør som følge av sykdom han hadde hatt på innmeldingstidspunktet. Den første dommen fra Oslo Tingrett, skal ankebehandles i Borgarting Lagmannsrett juni 2007 (saken skal prosederes av advokat Grøndalen, Norman & co). Spørsmålet vil trolig måtte prøves for Høyesterett før endelig avgjørelse foreligger.

Sakene kan ifølge advokat Grøndalen, ha stor betydning også for de mange som har fått avslag på utbetaling av samme grunn dersom de ikke har påklaget dette til Forsikringsklagekontoret. Dersom du har fått et slikt avslag bør du sende en henvendelse til Forsikringsklagekontoret eller kontakte advokat.

Nemdsuttalelsene er offentlige og publiseres via kontorets nettsider, [www.forsikringsklagekontoret.no](http://www.forsikringsklagekontoret.no).