

NORSK FORSIKRINGSJURIDISK  
FORENINGS PUBLIKASJONER

NR. 73

Professor dr.juris Knut S. Selmer

Forsikringstilfelle og renteplikt  
ved forsikring av uførekapital

Referat fra møte i  
Norsk Forsikringsjuridisk forening  
27. november 1997

Norsk Forsikringsjuridisk Forening har tidligere  
utgitt følgende publikasjoner:

- Nr. 1. *Henry Ussing*: Streiftog i erstatningsretten.
- " 2. *Dagfinn Dahl*: Voldgift eller rettergang.
- " 3. *Nils Finn Simonsen*: Barns uaktsomhetsansvar.
- " 4. *Erik Løfgren*: Hur beräknas ersättning för kroppsskada ock förlust av försörjare enligt svensk rätt?
- " 5. *J. Øvergaard*: Nogen bemerkninger om hovedårsakslæren i sjø- og ulykkesforsikring.
- " 6. *G. Astrup Hoel*: Hovedårsaksprinsippet.
- " 7. *J. Fr. Coucheron*: Om livspolisers beskatning.
- " 8. *Jon Vislie*: Panthaverinteresser i kaskoforsikring.
- " 9. *Erling Wikborg*: Forsikringsagentenes rettslige stilling.
- " 10. *Nils Finn Simonsen*: Hvilke krav bør der stilles til en ny automobillovs erstatningsregler?
- " 11. *Haakon Sæthre*: Nervervelægen i erstatningssaker.
- " 12. *Sven Arntzen*: Bør adgangen til å kreve oppreisning for legemskrenkelse utvides?
- " 13. *J. Fr. Coucheron*: Streiftog i F.A.L.'s kapitel om livsforsikring.
- " 14. *Jens Chr. Hauge*: Skadeforsikring i krisetider.
- " 15. *Johs. Andenæs*: Fortid og fremtid i erstatningsretten.
- " 16. *Axel Heiberg jr.*: Ansvar for dyr.
- " 17. *I. Sundfør*: Konossementansvaret.
- " 18. *Th. Gundt*: Spredte spørsmål fra grensefeltet mellom sjøforsikringen og krigsforsikringen.
- " 19. *Fredrik Moe*: Invaliditet og erstatning.
- " 20. *Fr. H. Winsnes*: Regressoppgjør etter strls. ikrl. § 26.
- " 21. *Alex Rein*: Juridiske problemer i ulykkesforsikringen.
- " 22. *Sjur Brækhus*: Det begrensede rederansvar.
- " 23. *Knut Blom*: Sakførerens rettslige ansvar.
- " 24. *Ole F. Harbek*: Dommeren i erstatningssaker.
- " 25. *Paal Berg*: Prejudikater.
- " 26. *Kristen Andersen*: Små og store bølger i erstatningsretten.
- " 27. *Hans Chr. Bugge*: Sjøassurandørenes ansvar for redningstiltak.
- " 28. *Trygve Lange-Nielsen*: Streiftog i amerikansk erstatningsrett.
- " 29. *Torstein Eckhoff*: Noen ord om bevisbyrde og bevisbyrdeteorien.
- " 30. *Rolf Løchen*: Særregler i den gjensidige skadeforsikring.
- " 31. *Trygve Norman*: Erstatning for tap av forsørger.
- " 32. *Robert Meinich med flere*: Bør erstatningsregler i de nordiske billover enrettes - og i tilfelle hvorledes?
- " 33. *Wilh. Münther Rolfsen*: Det offentliges ansvar for sine tjenestemenns handlinger.
- " 34. *Georg Lous*: Jernbanens erstatningsansvar.
- " 35. *Per Løken*: Om ansvar i naboforhold.
- " 36. *Knut S. Selmer*: F.A.L. § 25 som den er - og som den burde være.
- " 37. *Emil Eriksrud*: Erstatning for tap i fremtidig erverv.
- " 38. *Edvin Alten*: Ansvaret for passasjer og gods ved befordring med luftfartøy.

- Nr. 39. *Gunder Egge*: Lovvalget i erstatningsretten (Internasjonal erstatningsrett.)
- " 40. *Ivar Hole*: Ansvarsfraskrivelse i massekontrakter.
- " 41. *Jan Hellner*: Bør vi søka övervinna ansvars-försäkringen?
- " 42. *Erik Martens*: Driver våre domstoler aktsomhetskravet for langt?
- " 43. *Thor Bryn*: Skatt og skadeforsikring.
- " 44. *C. Stub Holmboe*: Foreldelse og erstatnings- og forsikringskrav.
- " 45. *Johs. Andenæs*: Rettsteori og rettspraksis.
- " 46. *Knut K. Selmer*: Forsikringsvilkårene - kontrakt eller salgsvare?
- " 47. *Nicolai B. Herlofson*: Gjenoppbygningsplikt i brannforsikring.
- " 48. *Arne Bech*: Entreprenørkontrakter - risiko og ansvar.
- " 49. *Tore Sandvik*: Ansvar for skadevoldende egenskaper.
- " 50. *Peter Lødrup*: Skadelidtes stilling hvor han frivillig har utsatt seg for en risiko.
- " 51. *Jørgen Trolle*: På vej mod det objektive ansvar - eller tilbage til naturen.
- " 52. *Karsten Gaarder*: Erstatningsregler i opphavs- og konkurranseretten.
- " 53. *Harry Gulbrandsen, Egil Anonsen, Nils Finn Simonsen, Axel Heiberg*: Invaliditetsvurdering og erstatningsutmåling.
- " 54. *Bertil Bengtsson*: Om ansvar for läkemedel.
- " 55. *Peter F. Holst*: Styremedlemmers ansvar for uansvarlige selskaper.
- " 56. *Audvar Os*: Erstatningsansvar for skader og ulemper ved byggevirksomhet.
- " 57. *Andreas Arntsen*: Fremkallelse av forsikrings-tilfellet og overtredelse av sikkerhetsfor-skrifter - tanker om F.A.L.'s reaksjonssystem.
- " 58. *Gunnar Nerdrum*: Arkitekters og rådgivende ingeniørers erstatningsrettslige stilling.
- " 59. Uttalelser fra Forsikringsskadenevnden nr. 1-16.
- " 60. Uttalelser fra Forsikringsskadenevnden nr. 17-50.
- " 61. Uttalelser fra Forsikringsskadenevnden nr. 51-100.
- " 62. *Gunnar A. Engh*: Extraordinære tap, skadelidtes inntale av tredjemanns tap og tredjemanns tap ved personskader.
- " 63. *Ole Steen-Olsen*: Produktansvaret i norsk rett.
- " 64. *Thomas Idsøe*: Bør forsikrings-selskaper kunne gå konkurs?  
*Helge Myhre*: Kan prinsippet i forsikringsavtale-lovens § 95 anvendes analogisk når assurandøren er konkurs?  
Med innlegg av *Helge Kvamme*.
- " 65. *Ketil Stene*: Om yrkesskade og yrkesskade-forsikring.
- " 65. *Jørgen Wiberg*: Erstatning for saksomkostninger.
- " 66. *Asbjørn Kjønstad*: Folketrygdens særpreg og plass i samfunnet.
- " 67. *Viggo Hagstrøm*: Læren om yrkesrisiko og passiv identifikasjon i lys av nyere lovgivning.
- " 68. *Hans Jacob Bull*: Erfaringer med FAL 1989; Særlig om de skjulte handlingsklausuler". Med innlegg av *Andreas Arntzen*.
- " 69. *Trine-Lise Wilhelmsen*: Forsikringsselskapenes kontraheringsplikt.
- " 70. *Jan Einar Barbro*: Entreprenørkontrakter og forsikring.



## 1. Innledning"

### 1.1. Forsikring av uførekapital. Problemstillingen

Ved forsikring av uførekapital påtar forsikringsselskapet seg å betale et nærmere bestemt kapitalbeløp dersom den forsikrede som følge av ulykke eller sykdom blir varig, ervervsmessig invalid. Den invaliditetsgrad som utløser retten til erstatning er vanligvis satt til 50 %. Forsikringsformen brukes i stor utstrekning som et aksessorium til avtaler om banklån. Tap av halve ervervsevnen reduserer i høy grad en låntagers mulighet for å betjene gjelden, og en "gjeldsforsikring" - som vanligvis også omfatter dødsrisikoen - betyr at gjelden kan bli slettet.

Forsikring av uførekapital ble her i landet lansert i 1970-årene. Forsikringsformen reiser endel grunnleggende forsikringsrettslige spørsmål, som dessverre ikke ble tatt opp under Forsikringsavtalelovutvalgets arbeid med personforsikringen fra 1974 til 1983. Noen av disse spørsmålene har jeg behandlet i en artikkel i Nordisk Forsikringstidsskrift 1992 s. 37-55. Hovedkonklusjonene i artikkelen var at

- forsikring av uførekapital må ansees som "livsforsikring" ved anvendelsen av Fal.'s regler om personforsikring,
- selskapene har en meget begrenset adgang til å bruke objektive helseklausuler (ofte kalt "symptomklausuler") i vilkårene,
- og endelig at regelen i Fal. § 13-4 annet ledd om at selskapet etter to år bare har svikinnsigelsen i behold når det ved tegning av en livsforsikring er gitt uriktige opplysninger, slår for langt ved forsikring av uførekapital. Jeg hevdet derfor at loven burde endres på dette punkt. Et slikt forslag ble fremmet av Forsikringsforbundet, tatt opp av Justisdepartementet (Ot.prp. nr. 52 (1995-96), men forkastet av Stortinget (Innst. O. nr. 40 (1996-97)).

I denne artikkelen tar jeg opp et problem som har voldt store vanskeligheter i praksis, nemlig omfanget av selskapets plikt til å betale renter av erstatningen. Etter Fal. § 18-4 første ledd begynner renteplikten å løpe "når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til selskapet". Det har vært tvilsomt både hva som utgjør et "forsikringstilfelle", og hvordan det skal føres bevis for at det er inntruffet. Det har også vært tvil om hvem som i det konkrete tilfelle har krav på rentebeløpet, den forsikrede eller långiveren.

Det må imidlertid understrekes at det ennå ikke er mulig å gi en uttømmende, rettsdogmatisk behandling av alle de spørsmål som kan melde seg. Bransjen kan neppe sies å ha funnet sin endelige form, og variasjonsbredden i kontraktsfloraen er betydelig. Jeg må derfor begrense meg til å se på de forsikringsrettslige hovedprinsipper, og prøve å oppstille et "rettslig rammeverk" for løsningen av oppdukkende konflikter.

### 1.2. Begrepet "forsikringstilfelle"

"Forsikringstilfellet" er et hjelpebegrep som man bruker i forsikringsavtaleretten når man skal ta stilling til om selskapet er ansvarlig etter avtalen. Begrepet fungerer som "en hvilestasjon for tanken". Man starter undersøkelsen av ansvarsspørsmålet med å ta stilling til om det er inntruffet et forsikringstilfelle. Hvis svaret blir ja, kan man ut fra dette ståsted gå videre i analysen og ta stilling til en rekke rettslige spørsmål. En viktig konsekvens av at det er inntruffet et forsikringstilfelle er at den erstatning som senere blir beregnet, blir rentebelastet fra et tidspunkt som står i relasjon til forsikringstilfellet.

Spørsmålet om det foreligger et forsikringstilfelle må løses helt konkret ut fra en tolking av den foreliggende forsikringsavtale. Det blir, enkelt uttrykt, et spørsmål om det tap som sikrede vil ha erstattet har tilstrekkelig nær sammenheng med den eller de farer som selskapet har overtatt risikoen for. I denne henseende hersker det stort sett avtalefrihet. Unntaksvis kan det imidlertid tenkes at tvingende rettsregler griper inn, og setter skranker for den beskrivelse av forsikringstilfellet som kan gis i forsikringsvilkårene. Hvilke regler det kan bli tale om her, ser jeg nærmere på under punkt 2.

### 1.3. Tvist om forsikringstilfellet

Ingen avtaler er perfekte. I ettertid kan det lett oppstå uenighet om hva avtalen går ut på når den skal anvendes på et utsnitt av virkeligheten. I enhver rettsstat eksisterer det et trinvis oppbygget system for bileggelse av slike konflikter. I første omgang vil det skje en forhandling mellom partene. Blir de ikke enige, er det på mange områder, ikke minst i forsikring, skapt egne organer for megling og eventuelt tvisteløsning. Fører heller ikke slike forsøk frem, og partene ikke har avtalt voldgift, stiller samfunnet til disposisjon et system av domstoler som - til syvende og sist - vil avgjøre tvisten med endelig virkning.

Avgjørelsen av en rettslig tvist vil alltid fremtre som en beslutning, eller rettere som en trinvis oppbygget serie av beslutninger, fra den person eller det organ som avgjør tvisten. Beslutningene angår dels faktum, dels rettslige spørsmål. Begge slags



avgjørelser kan være meget vanskelige, omstridte og derfor tvilsomme. Selv et enkelt faktum - som at Peder Ås har fylt 67 år og derfor anser seg berettiget til en avtalt alderspensjon - kan være meget tvilsomt dersom selskapet vil hevde at han har operert med falsk fødselsattest. De rettslige beslutninger er nesten alltid tvilsomme (ellers ville de ikke ha blitt forelagt det tvisteløsende organ).

I en tvist mellom en kunde og et forsikringsselskap om kundens rett til erstatning, er avgjørelsen av om det foreligger et forsikringstilfelle av sentral betydning. Ofte er partene enige på dette punkt - huset er vitterlig brent ned, den forsikrede person er død - og da vil sluttresultatet avhenge av beslutninger om andre spørsmål som er omstridt. Men hvis tvistepunktet nettopp er hvorvidt det foreligger et forsikringstilfelle, blir det avgjørende hvordan selskapet har beskrevet den situasjon hvor det skal ifalle ansvar, og om det foreligger en situasjon som dekkes av beskrivelsen. Det er altså spørsmål dels om å tolke en avtaleklausul, dels å ta stilling til et faktisk spørsmål.

#### 1.4. "Selvdømme" ved tvisteløsning

Det er også nødvendig å fremheve en annen side av den modellen for tvisteløsning som er beskrevet her. Vi har hele tiden forutsatt at partene går til en tredjemann som treffer de nødvendige beslutninger for å løse konflikten. Dette er et helt sentralt trekk ved rettsstaten. I norsk historie kan man trekke en linje tilbake til middelalderen, da sentralmakten (staten) etter hvert ble sterk nok til å avskaffe blodhevn og selvtekt, og sette et system for offentlig tvisteløsning og straff i stedet. Prosessen var vanskelig, og tok tid. Men den hviler på en grunnleggende oppfatning om at den ene part i en tvist ikke skal ha herredømme over tvisten og kunne avgjøre den til sin fordel. Dersom tvisten springer ut av en avtale, fører prinsippet til at det heller ikke med krav på gyldighet kan tas inn i avtalen en klausul om selvdømme.

Det er neppe helt klart hvor langt dette prinsippet er gjennomført i dagens samfunn. I forvaltningsretten er det akseptert at et organ for staten i mange situasjoner avgjør ("treffer beslutning om") enkelte sider av rettsforholdet i en tvist med en borger. Slike regler har ofte formen at "departementet avgjør med endelig virkning om angjeldende virksomhet har karakteren X". I tvister mellom private rettssubjekter er det derimot meget lite spillerom for selvdømmeklausuler. I foreningslivet forekommer de, og her har Høyesterett godkjent dem i en sak hvor det var strid om spillereglene i et idrettsmesterskap (Rt. 1995 s. 1111). Man kunne vel også tenke seg at det i næringsvirksomhet gjennom forhandlinger mellom to likeverdige parter ble bestemt at den ene part skulle ha en definitiv rett til å fastlegge visse sider av rettsforholdet, og at en slik klausul - forutsatt at den ble brukt på en lojal måte - ble respektert av domstolene. Men i avtaler om massedistribusjon av produkter til forbrukere, slik det

skjer i forsikring, er det helt utenkelig at domstolene ville akseptere ordninger som smaker av selvdømme for den sterke part.

I denne sammenheng er det også grunn til å nevne en tvingende regel som i forbindelse med den forrige revisjon av forsikringslovgivningen ble tatt inn i den danske og svenske forsikringsavtalelov. Disse lovene knyttet, i motsetning til den norske, rentepliktens inntreden til forfallet for selskapets erstatningsplikt. Den danske versjon lyder slik (Da. FAL § 24, siste ledd):

"Det kan ikke med Retsvirkning vedtages, at Betalingstiden skal være afhængig af nogen Beslutning af Selskabet eller deraf, at dette ved Dom er tilpligtet at betale."

Når en tilsvarende bestemmelse ikke ble tatt med i den norske loven, skyldtes det som nevnt at den norske komitéen valgte et annet utgangspunkt for renteplikten. Men det er grunn til å sitere følgende fra de norske forarbeider (Utkast til lov om forsikringsavtaler, Oslo 1925, s. 63-64):

"[N]år man ikke i norsk tekst har tatt med den regel som finnes i siste ledd i de andre tekster, er grunnen ikke den, at man finner sådanne avtaler beføiede og vil holde adgangen åpen til å treffe dem. Man mener imidlertid, at der ikke er noget behov for regelen, og at man i ethvert fall kan hjelpe sig med den alminnelige bestemmelse i § 34 [den alminnelige ugyldighetsregel, nå erstattet av avtalelovens § 36]".

#### 1.5. Tvisteløsning og bevis

En siste, viktig side av tvisteløsningen utgjør reglene om bevis. Som vi har sett, gjelder en av de beslutninger som tvisteløseren må ta underveis, hvilket faktum som han eller hun skal anvende avtaleklausuler og rettsregler på. Vi sier at et faktum som skal legges til grunn, må "ansees bevist". Tvisteløserens rolle i denne sammenheng er dels styrt av lovregler, som reglene i prosesslovgivningen om innhenting av forskjellige typer bevis, og den grunnleggende regel at begge parter skal ha adgang til bevisene og til å uttale seg om dem. Hit hører også de lovfestede og ulovfestede regler om "bevisbyrde", d.v.s. hvilken av partene som skal ha risikoen for at et bestemt faktum er vanskelig å bringe på det rene. Men også klausulene i en kontrakt kan ha direkte betydning for hvordan bevisspørsmålene blir håndtert. Det kan f.eks. være bestemt at dersom en av partene vil hevde at et bestemt faktum foreligger, så må han dokumentere dette på bestemte måter, f.eks. gjennom en erklæring fra en lege eller annen spesialist, eller gjennom å henvise til avgjørelser truffet i andre organer, f.eks. i Rikstrykdeverket, i en sak hvor det samme faktum er relevant.

Slike avtaleklausuler om hvilke bevis som en part må føre, og om vekten av dem, er i



utgangspunktet gyldige og må legges til grunn under tvisteløsningen. Man kommer imidlertid på et visst punkt til en gråson, hvor det som den ene part vil hevde er en anvisning på en blant flere måter å dokumentere et materielt faktum på, av den annen part blir oppfattet som et ufravikelig vilkår for at vedkommende faktum skal ansees å foreligge. Som vi skal se, kan dette være et problem ved forsikring av uførekapital, hvor selskapene har satt utløpet av en to-års "karenstid" som vilkår for erstatningsplikt.

## 2. Forsikringsavtalelovens forhold til forsikringstilfellet

### 2.1. Forsikringstilfellet ved personforsikring

Den nye forsikringsavtaleloven av 1989 inneholder ingen definisjon av hva et forsikringstilfelle er, og den har heller ingen bestemmelser som direkte belyser hvordan man skal avgjøre om det er inntruffet. Forarbeidene gir imidlertid atskillig veiledning om lovgiverens holdning til spørsmålet.

På grunn av fremdriften i det nordiske lovsamarbeidet valgte forsikringsavtalelovutvalget å avgi en første innstilling om personforsikring (NOU 1983: 56), og den endelige lov fikk en del A om skadeforsikring og en del B om personforsikring. Som personforsikring regnes livsforsikring, sykeforsikring og ulykkesforsikring.

I og med at livsforsikring var den dominerende bransje i personforsikring, hadde utvalget ingen oppfordring til å gå i dybden når det gjaldt spørsmålet om å regulere forsikringstilfellet. I den tradisjonelle livsforsikring er spørsmålet meget enkelt: Det må avgjøres om den forsikrede er død eller har oppnådd den fastsatte alder. Når også dekning av sykdomsrisiko var inkludert (premiefritak, uførepensjon), kunne nok årsaksspørsmålet skape problemer. Selve det faktum at den forsikrede var rammet av en sykdom, var imidlertid et rent medisinsk spørsmål, hvor legene i praksis ville få det avgjørende ord.

Ulykkesforsikringen kunne nok tenkes å reise visse problemer, bl.a. på grunn av den tradisjonelle definisjon av ulykkestilfelle som "en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den forsikredes vilje", og de tallrike suspensjonsbestemmelser og fareunntak som bransjen opererte med. Utvalget så imidlertid dette problemet vesentlig som et spørsmål om å trekke grensene for de tvingende regler om følgene av den forsikredes egen risikofylte virksomhet. "Dette er et problem som man ikke kan komme utenom, såfremt man skal ha et system med avtalefrihet m.h.t. de "ytre" farer, og tvingende

bestemmelser m.h.t. de farer som har tilknytning til forsikringstagerens og den forsikredes handlemåte" (innstillingen s. 76, se også s. 73-74).

Som dette sitatet viser, var det en underliggende premiss for utvalgets arbeid at avtalefrihet m.h.t. produktet fortsatt skulle være en hjørnestein i personforsikringen, selv om prinsippet ikke ble uttrykkelig slått fast.

Man kan imidlertid spørre om regelen i FAL § 18-2 første ledd annet punktum gir en spesialregel, i selskapets favør, om forsikringstilfellet. Paragrafens første ledd lyder slik:

"Krav på erstatning eller forsikringssum forfaller til betaling så snart selskapet har hatt rimelig tid til å klarlegge ansvarsforholdet og beregne sitt endelige ansvar. Svarer selskapet for uførhet, kan det i forsikringsvilkårene fastsettes nærmere regler om vurdering av invaliditeten og forfall av kravet"[uthevet her].

Spørsmålet er om annet punktum gir selskapet en adgang til - ved forsikring mot uførhet - å bake inn i beskrivelsen av forsikringstilfellet en bestemmelse om at dette under ingen omstendighet skal ansees inntrådt før den utredning som leder opp til den endelige avgjørelse er sluttført. Det er imidlertid helt på det rene at bestemmelsen ikke har et slikt innhold. Hvorvidt forsikringstilfellet er inntrådt, og når erstatningskravet forfaller til utbetaling, er helt atskilte spørsmål. § 18-2 handler bare om forfallstiden. Motivene fremhever at det "vil ofte kunne ta lang tid før en ulykkeskade har stabilisert seg og den endelige invaliditetsgraden kan fastslås. Det er derfor behov for å kunne knytte invaliditetsvurderingen til et nærmere angitt tidspunkt etter at ulykkeskaden inntraff." Det vises til ulykkesforsikringen, hvor vurderingen av uføregraden skal skje på årsdagen etter ulykken (en ulykke som i denne sammenheng er "forsikringstilfellet", jfr. nedenfor under 3.2.2), og med adgang for partene til å få utsatt avgjørelsen i ytterligere to år dersom de mener at invaliditetsgraden ennå kan endre seg. (NOU 1983: 56 s. 163.) § 18-2 første ledd annet punktum kan sies å gi en presisering av hva som er "rimelig tid til å klarlegge ansvarsforholdet", jfr. første punktum. I denne henseende kan selskapet ved uføreforsikring forbeholde seg en rundelig frist. Men det denne fristen skal brukes til, det er nettopp å undersøke om det allerede (på et tidligere tidspunkt) er inntruffet et forsikringstilfelle.

### 2.2. Forsikringstilfellet ved skadeforsikring

En prinsipiell diskusjon av forholdet mellom avtalefrihet og tvingende regulering kom først i innstillingen om skadeforsikring (NOU 1987: 24). Man måtte ta stilling til



hvilke sider av forsikringsavtalen som skulle være tvingende regulert, og hvilke som skulle være undergitt avtalefrihet. Bl.a. var det på det rene at det var større behov for tvingende regler i forbrukerforsikringen enn i den forsikring som knytter seg til næringsvirksomhet, særlig i forbindelse med feil og forsømmelser fra kundens side. Når det gjelder produktutformingen, uttalte imidlertid utvalget (innstillingen s. 35):

"Når det gjelder reglene om dekningsomfanget, bør det imidlertid fortsatt være full avtalefrihet i forbrukerforsikringen. Det er først og fremst her selskapenes produktutvikling skjer, i en konkurranse som har vist seg å være til forbrukernes beste. En tvingende forsikringsavtalelovgivning bør nøye seg med å fastlegge rammebetingelsene for denne konkurransen."

Konklusjonen blir altså at det etter Fal. i utgangspunktet hersker avtalefrihet når det gjelder produktbeskrivelsen i vilkårene, såvel i personforsikringen som i skadeforsikringen. Et sentralt punkt i denne beskrivelsen er hva som skal til for at det er inntruffet et forsikringstilfelle.

### 2.3. Begrensninger i avtalefriheten

Det finnes imidlertid en del tvingende regler i loven som begrenser denne avtalefriheten. Ett viktig slikt område er, som nevnt, gråsonen mellom beskrivelser av forsikringstilfellet og beskrivelser av hva kunden kan eller ikke kan gjøre.

Det finnes imidlertid også andre områder hvor rettsreglene legger føringer på hvordan selskapet kan beskrive sitt produkt. Ett slikt område, som vi har nevnt foran under punkt 1.4, er det ulovfestede prinsipp at selskapet ikke kan forbeholde seg rett til ensidig å avgjøre om forsikringstilfellet er inntruffet.

Et annet område, som har fått en meget stor økonomisk betydning, er reglene om selskapets renteplikt. Her er prinsippet at selskapet ikke kan utsette renteplikten gjennom en beskrivelse av forsikringstilfellet som bare kan ha en slik utsettelse som formål. Før jeg går nærmere inn på rentereguleringene, er det imidlertid nødvendig å se på hvordan forsikringstilfellet er beskrevet ved forsikring av uførekapital.

## 3. Forsikringstilfellet ved forsikring av uførekapital

### 3.1 Produktbeskrivelsen

Ved forsikring av uførekapital blir det avtalt at selskapet skal betale et omforent beløp når den forsikrede person er blitt varig ufør som følge av ulykke eller sykdom.

Forsikringen kan tegnes på individuell basis, men den kan også bakes inn i en kollektiv dekning, f.eks. som en påbygning til en gruppelevsforbikring i arbeidsforhold. En spesiell variant er at forsikringen tegnes på kollektiv basis av en bank eller annen långiver, med låntagerne som de forsikrede personer ("medlemmer" i Fal.'s terminologi). Hensikten med en slik avtale er at långiveren får sitt utlån dekket av forsikringsselskapet dersom låntageren dør eller mister ervervsevnen som følge av ulykke eller sykdom, slik at han eller hun ikke lenger kan betjene lånet.

En forsikring av uførekapital blir utløst når den forsikrede person er påført varig, ervervsmessig uførhet av en viss tyngde, vanligvis 50 %. Varighetskravet er sentralt i vilkårene. I praksis kan det imidlertid være meget vanskelig å avgjøre om en person er blitt varig ufør, og hva som eventuelt er hovedårsaken til dette. Selskapene har derfor ytterligere presisert betingelsene for erstatningsplikt i vilkårene. Etter en meget brukt klausul inntreter selskapets betalingsplikt "når forsikrede som følge av ulykkesskade eller sykdom inntruffet i forsikringstiden har vært minst 50 % ervervsmessig ufør i et sammenhengende tidsrom av minst 2 år."

Det er altså oppstilt fire vilkår for erstatningsplikten:

1. Uførheten skyldes ulykke eller sykdom inntruffet i forsikringstiden.
2. Uførheten er på minst 50 %, ervervsmessig bedømt.
3. Uførheten må ansees som (livs)varig.
4. Den forsikrede har, etter at ulykken eller sykdommen rammet, vært minst 50 % ervervsmessig ufør (i praksis: sykmeldt) i et sammenhengende tidsrom av minst 2 år.

De tre første vilkårene er helt klart materielle, de krever at et bestemt faktum foreligger, eller rettere: kan ansees bevist med en tilstrekkelig grad av sannsynlighet. Når det gjelder det fjerde krav, kan det spørres om dette bare er en bevis teknisk prosedyreregulering, eller om utløpt karenstid er et materielt vilkår for at det er inntruffet et forsikringstilfelle. Hvis det bare er en bevis teknisk prosedyreregulering, kan kravet om to års sammenhengende sykmelding ikke brukes som grunnlag for en tilsvarende utsettelse av renteplikten.

Siden det er kravet om utløpt karenstid som har voldt de største vanskelighetene i praksis, ser jeg først på det (punkt 3.2). Deretter tar jeg for meg karakteren av uførheten. Hvorvidt det foreligger en ervervsmessig uførhet av et visst omfang, er i hovedsak et medisinsk/sosialt tema, hvor uttalelser fra medisinsk sakkyndige står sentralt. Jeg går ikke nærmere inn på dette spørsmålet. Derimot har kravet om at uførheten skal være varig, skapt atskillige problemer. I utgangspunktet er også dette et tema for den medisinske ekspertise, men bevisetemaet og enkelte klausuler om



tvisteløsningen har skapt konflikter med de forsikrede. Jeg ser på spørsmålet under punkt 3.3.

Det første ledd i produktbeskrivelsen, at uførheten skal være en følge av ulykke eller sykdom som har rammet den forsikrede person i forsikringstiden, kan nok undertiden reise problemer i forbindelse med årsaksbedømmelsen. Disse problemene er imidlertid ikke spesielle for forsikringen av uførekapital, og jeg går ikke nærmere inn på dem. Ett forhold er det imidlertid grunn til å trekke frem: Det hender under tiden at forsikringen faller bort i karenstiden, f.eks. fordi den forsikrede har manglet midler til å betale premien. Selskapet kan da ikke hevde at dekningen er bortfalt, fordi det ikke eksisterer noen forsikring når forsikringstilfellet inntreffer. Vilklårene krever at ulykken skal ha skjedd eller sykdommen ha brutt ut mens forsikringen var i kraft. Det er da satt i gang et hendelsesforløp som selskapet bærer risikoen for, såfremt utviklingen blir tilstrekkelig alvorlig. Det måtte ha vært uttrykkelig presisert i vilklårene dersom det var meningen at både den utløsende initialhendelse og hele den videre utvikling skulle falle innenfor forsikringstiden.

### **3.2. Karenstid og forsikringstilfelle**

**3.2.1. Stillingen hvor kontrakten inneholder en "kulanseklauseul"** - Når det gjelder kravet om utløpt karenstid, har det fra kundehold vært hevdet at det bare inneholder en anvisning på et normalbevis. Beviset for varig uførhet kan føres på mange måter, og er lett å føre før det er gått to år dersom f.eks. den forsikrede har fått tverrsnittslammelse og dyptgripende hodeskader i en bilulykke. Men når det er så, betyr det at selskapets renteplikt kan bli utløst på et langt tidligere tidspunkt enn ved utløpet av en to-års sykmeldingsperiode. Utløpet av den fastsatte karenstid gir m.a.o. en presumsjon for at uførheten virkelig er varig, men beviset kan også føres på andre måter.

Dette synet hadde sterk støtte i en "kulanseklauseul" som tidligere fantes i alle forsikringsvilkår: Dersom det på et tidligere tidspunkt (enn etter utløpet av de to år) var på det rene at de tre første vilkår var oppfylt, så kunne den forsikrede kreve sin erstatning på dette tidligere tidspunkt.

Opptil to års forsikringsrente på de kapitalbeløp det her er tale om, utgjør mange penger, og selskapene har insistert på at "forsikringstilfellet", og dermed renteplikten, først kunne inntreffe etter utløpet av karenstiden. Selskapene har bl.a. kunnet vise til at de har ført en konsekvent praksis i denne henseende helt siden forsikring av uførekapital ble introdusert på 1970-tallet. Selskapenes standpunkt har vært godtatt av Forsikringsskadenemnden, og har også støtte i underrettspraksis. (Den grunnleggende

uttalelse fra FSN skriver seg fra 1988 (nr. 913), hvor flertallet godtok selskapenes syn. Fra de senere år kan nevnes nr. 1565, 2237, 2239, 2282 og 2302 som alle bygger på en forutsetning om at det ikke løper renter i karenstiden. Fra rettspraksis kan nevnes dommer av Oslo byrett 26. feb. 1990 (sak 525/89-29) og 23. nov. 1994 (sak 94-02866 A/46)).

Det er ikke lett å si hvordan domstolene vil forholde seg i en sak om utgangspunktet for renteberegningen under en kontrakt som inneholder en "kulanseklauseul". På den ene side kan det hevdes at en naturlig lesning av forsikringsvilkårene skulle føre til følgende: Selskapet plikter å betale når den forsikrede er blitt 50 % varig, ervervsmessig ufør som følge av ulykke eller sykdom inntruffet i forsikringstiden. Ett bevis for at uførheten er varig, er at den forsikrede har vært sammenhengende sykmeldt i to år. Men beviset kan også føres på andre måter, og tidligere enn ved utløpet av to-årsfristen. Gjøres dette, har selskapet akseptert å betale straks. Under disse omstendigheter ligger det nær å si at det fjerde vilkår i produktbeskrivelsen bare er å anse som en bevisregel, og ikke kan oppfattes som en materiell bestemmelse om hvilke faktiske forhold som inngår i et "fullbyrdet forsikringstilfelle".

Mot dette kan det hevdes at det foreligger en langvarig og fast selskapspraksis for at det aldri svares rente før fra utløpet av karenstiden. Denne praksis har vært godtatt av Forsikringsskadenemnden. Det kan få vidtrekkende økonomiske konsekvenser for selskapene dersom denne praksis nå skulle bli slått overende. Inntil to års forsikringsrente på kapitalbeløpene vil bety en vesentlig økning av de tilsagte ytelser, en økning som det ikke er tatt hensyn til ved beregningen av premiene.

En høyesterettsdom som underkjenner selskapenes praksis kan få betydning i to retninger. For det første er avtaler om uførekapital ofte meget langvarige, og de har ingen bestemmelse om forhøyelse av premien dersom de rettslige rammevilkår endrer seg. En økning av selskapenes forpliktelser kan derfor få store fremtidige virkninger. Men man kan også reise spørsmålet om ikke selskapene vil føle en sterk forpliktelse til å gjenoppta gamle saker hvor "kulanseklauseulen" ikke har vært brukt, men hvor det like fullt kan fortone seg som urimelig at de har ventet helt til utløpet av karenstiden med å betale renter. En del slike tilfelle vil nok bli fanget opp av foreldelsesreglene, men det er tvilsomt om selskapene vil påberope seg foreldelse i en slik situasjon.

Selskapene kan også hevde at det vil være urimelig å legge så meget i "kulanseklauseulen". Forsikringsvilkår kan aldri ta høyde for alt som kan skje, og begrepet "god kulanse" har dype røtter i norsk forsikringsvirksomhet. Selskapene ville gjennom klauseulen signalisere til sine kunder og omverdenen at de ikke blir styrt av paragrafryttere, men av mennesker som er villige til å fravike vilklårene i favør av



kunden i situasjoner hvor dette fortøner seg som innlysende rimelig. En slik situasjon er den som foreligger når en person umiddelbart blir 100 % ufør ved et ulykkestilfelle. De pårørende vil trenge uførekapitalen her og nå. For dem (og for media!) vil det fortøne seg som grovt urimelig paragrafrytteri dersom selskapet sier: "Beklager, men dere må nok vente på pengene i to år, uten renter, for slik er nå engang vilkårene." Å gi et signal om at slik vil vi ikke opptre, kan ikke - vil selskapene kunne hevde - bli utlagt som en grunnleggende omdefinering av forsikringstilfellet.

Personlig har jeg vært i sterk tvil om utfallet av en eventuell rettssak som i ren form angår spørsmålet om utgangspunktet for renteberegningen etter en kontrakt som inneholder "kulanseklauseul". At kontrakten isolert sett må forstås slik at utløpt karenstid bare er en av flere mulige måter for å bevise varig uførhet, finner jeg lite tvilsomt.

Spørsmålet er imidlertid om ikke dette oppveies av en fast og entydig selskapspraksis gjennom mer enn tyve år. Høyesterett har to ganger tatt stilling til betydningen av selskapspraksis (Rt. 1952 s. 177 og 1987 s. 1358). Dommene går i motsatt retning, og rettstilstanden kan vel oppsummeres slik: Dersom praksis strider mot det som "relativt klart" følger av forsikringsvilkårene, må vilkårene slå gjennom og praksis være uten betydning. Praksis kan mao. ikke tillegges "virkning i strid med den forståelse som forsikringsvilkårene må ha ut fra en objektiv tolkning" (Rt. 1987 s. 1358). Har derimot vilkårene tatt en "tilstrekkelig tydelig reservasjon", eller må det "stille seg tvilsomt" hvordan de skal forstås, vil en mangeårig og konsekvent praksis bli utslagsgivende (Rt. 1952 s. 177).

Jeg tror, som sagt, at vilkårene relativt klart gir uttrykk for at utløpt karenstid bare er en av flere muligheter for å føre bevis for omfanget av den forsikredes uførhet. Og da skulle, så langt man kan tolke premissene i de to dommer, selskapspraksis være uten betydning. Mot dette kan det imidlertid anføres at det er forskjell på å avgjøre om elektriske tre-fase-kabler og trykkluftør må anses som "vanlig fastmontert utstyr" ved forsikring av fast eiendom (1987-dommen), og å karakterisere en isolert sett klar bestemmelse om utløpt karenstid som en "bevisregel" p.g.a. en annen bestemmelse i vilkårene. Det er m.a.o et spørsmål om det ikke i virkeligheten må sies å "stille seg tvilsomt" hva vilkårene egentlig sier, og i så fall får selskapenes praksis stor vekt.

Endelig skal man ikke se bort fra at domstolene vil legge en viss vekt på de økonomiske konsekvenser for selskapene av en snu-operasjon, og på at det må være rom for genuine kulansekausuler i forsikringsvilkår.

**3.2.2. Kontrakter uten "kulanseklauseul".** - Alle selskaper har nå fjernet

"kulanseklauseul" fra sine forsikringsvilkår. Og spørsmålet blir da om det for de nye kontraktens vedkommende er klart nok presisert at utløpt karenstid er et materielt vilkår for erstatningsplikt.

Innledningsvis nevnte jeg at "forsikringstilfellet" representerer en materialisering eller fortetning av de farer som selskapet har overtatt risikoen for. De bakenforliggende farer ved en forsikring av uførekapital er ulykkestilfelle eller sykdom. Men ikke alle som rammes av slike farer, kan kreve erstatning. Det kreves i tillegg at de er rammet kvalifisert grad. Den forsikrede må være blitt ervervsufør, denne uførheten må være omfattende (minst 50 %), og den må være varig. Kan man si at det også hører til beskrivelsen av farefortetningen at initialhendelsen (ulykke eller sykdomsutbrudd) har ført til en sammenhengende sykmelding i to år?

Når spørsmålet stilles slik, har jeg lite problemer med å godta selskapenes standpunkt. Både uføregraden og karakteristikken "varig" er størrelser som kan voldsomt tvil i praksis. Selskapene har derfor ønsket å vilkårsfeste en ytterligere kvalifikasjon. At en skade eller sykdom fører til to års sykmelding, er et tegn på at den er alvorlig. Også det kravet må derfor oppfylles av den som vil kreve erstatning; kravet er m.a.o. et ledd i beskrivelsen av forsikringstilfellet.

Det som imidlertid kan skape en viss tvil om løsningen, er at den beslektede bransje ulykkesforsikringen hviler på en annen konstruksjon. Vilårene i ulykkesforsikring har en bestemmelse om at uføregraden skal fastlegges på årsdagen etter ulykken. I tilknytning til dette bestemte vilårene tidligere at rente av erstatningen først skulle svares fra årsdagen; "forsikringstilfellet" var m.a.o. definert slik at det først inntraff ett år etter ulykken.

Sammen med universitetsstipendiat (nå professor) Hans Jacob Bull skrev jeg en betenkning om spørsmålet i 1971. Vi konkluderte med at renteklausulen i vilårene var uforenlig med den tvingende regel i FAL (1930) § 24. Vårt hovedsynspunkt var dette: Når loven bruker uttrykket "forsikringstilfelle" i en tvingende bestemmelse, må det avgjøres ved en fortolkning av vedkommende bestemmelse hva lovgiveren i denne sammenheng har ment med ordet. Selskapet kan ikke, gjennom en avvikende beskrivelse av "forsikringstilfellet" i vilårene, gjennomføre en ordning hvor lovens tvingende regel blir uten virkning. Vi fant sterk støtte for en slik tolking i "Skogholm"-dommen, Rt. 1954 s. 1002 (som gjaldt omfanget av selskapets dekningsplikt i ansvarsforsikring). Anvendt på situasjonen i ulykkesforsikring måtte ordlyden i FAL (1930) § 24 føre til at det var anmeldelsen av selve ulykkestilfellet som førte til at renten begynte å løpe. At det endelige erstatningsbeløp, som avhang av graden av medisinsk invaliditet, først skulle fastsettes på et senere tidspunkt, spilte ingen rolle. Selskapene aksepterte betenkningen, og i ulykkesforsikringen (som



selges av skadeforsikringsselskaper) har det senere vært beregnet rente av invaliditetserstatning fra månedsdagen (nå to måneder) fra meldingen om ulykkestilfellet.

Jeg tror imidlertid ikke at et tilsvarende resonnement kan føres ved forsikring av uførekapital. Det er flere grunner til dette:

For det første har ulykkesforsikringen et medisinsk uførebegrep, knyttet til et tabellverk i vilkårene. Ved forsikring av uførekapital kreves ervervsmessig uførhet, en tilstand som normalt vil være meget vanskeligere å fastslå, og hvor man derfor i utgangspunktet må gi selskapene lengre tid til å områ seg og foreta de nødvendige vurderinger og innhente bevis.

For det annet er det ingen nedre grense for den uførhet som gir rett til erstatning i ulykkesforsikringen; ethvert lyte er tilstrekkelig, bare man kan få plassert det innenfor tabellverket og satt et prosenttall på det. Ved forsikring av uførekapital kreves det at minst 50 % av den ervervsmessige førlighet skal være gått tapt, også dette et krav som tilsier at man må gi selskapene adgang til å iverksette mer omfattende prosedyrer før det kan bli aktuelt med betalingsplikt.

For det tredje er det ikke bare ulykker, men også sykdom, som kan utløse et krav om uførekapital. En ulykke som påfører kroppen skader er en markert begivenhet som man kan forlange at den forsikrede melder fra til selskapet om. At han blir sykmeldt, første omgang kanskje for et kort tidsrom, er ikke noe å melde fra om. Det er grunn til å kreve noe mer dramatisk før det blir adgang til å gi en melding som utløser renteplikt.

For det fjerde hvilte renteklausulen i ulykkesforsikringen på en åpenbar bevisteknisk begrunnelse: Det var ikke synderlig praktisk å starte bedømmelsen av den medisinske invaliditet før de indre og ytre skader var tilnærmet grodd; derfor lå det nær å fastsette at man skulle vente ett år, uten hensyn til om den forsikrede var i arbeid eller ikke. Ved forsikring av uførekapital er tidsforløpet kombinert med et krav om sammenhengende ervervsmessig uførhet som indikerer at det dreier seg om en alvorlig tilstand.

Og endelig kan man nevne livselskapenes konsekvente praksis med å sette utløpt karenstid som et vilkår for renteplikt, en holdning som de ikke har firt på etter at spørsmålene ble satt på den rettslige dagsorden.

Parallellen med ulykkesforsikring halter således på en rekke punkter. Det er etter min mening ikke grunnlag for å si at "melding om forsikringstilfellet" ved forsikring av

uførekapital kan sendes med en gang den forsikrede har vært utsatt for et ulykkestilfelle eller er blitt sykmeldt, med den virkning at det utløses renteplikt etter FAL § 18-4 første ledd. Selskapenes krav om en utløpt to-års sykdomsperiode må slå gjennom.

Man skal imidlertid ikke legge skjul på at kravet om utløpt karenstid undertiden kan sette selskapet i en meget vanskelig situasjon. Jeg tenker på de tilfellene hvor den forsikrede blir utsatt for en alvorlig ulykke, og det er åpenbart for alle og enhver at han eller hun aldri mer kan fungere i arbeidslivet. En svær hodeskade, eventuelt kombinert med tverrsnittslammelse, kan være et eksempel. Det var slike situasjoner som "kulanseklusulen" tok sikte på. Et selskap som insisterer på å håndheve vilkårene etter sin ordlyd, kan lett bli hengt ut i media, og skade hele næringens omdømme.

Her må det imidlertid understrekes at den ting at vilkårene ikke nevner noe om kulanse, slett ikke betyr at selskapet ikke kan utvise kulanse. Tvert imot er det jo slik at kulanse betyr å gi noe i tillegg til det som følger av en riktig fortolkning av vilkårene. Den farlige linjen som selskapene slo inn på da de lanserte forsikringen av uførekapital, var nettopp at de skrev i forsikringsvilkårene noe som slett ikke skulle stå der. Når de først gjorde dette, måtte de også tåle å høre at de hadde tuklet med definisjonen av forsikringstilfellet.

Det er derfor ingen ting i veien for at selskapene fortsatt kan utbetale uførekapitalen straks, dersom det for alle og enhver må være klart at vilkårene vil komme til å foreligge på to-årsdagen. Om de vil utbetale den avtalte sum ubeskåret, eller foreta en ned-diskontering av beløpet, avhenger av hvor kulante de ønsker å være. Hvis ned-diskonteringen skjer ved hjelp av forsikringsrenten, vil reduksjonen bli stor, og den forsikrede vil egentlig bli snytt for en del av erstatningen. Han vil jo ikke ha noen mulighet for å plassere beløpet til forsikringsrente, og selskapet vil ikke gå glipp av så store renteinntekter. En eventuell ned-diskontering må derfor skje på grunnlag av en markedsrente som den forsikrede kan oppnå.

For selskapene ligger det alltid en liten fare i å utvise kulanse. Hvis det i en bransje er blitt vanlig med en viss type kulanse for å bøte på en svakhet i vilkårene, kan det bli hevdet at det er skapt en bindende sedvane. Jeg tror ikke det er stor fare for at dette kan skje i forsikringen av uførekapital. Jeg forutsetter da at kulansen begrenses til de tilfelle hvor det allerede i utgangspunktet er åpenbart at det foreligger en varig og meget omfattende uførhet. Derimot bør selskapene etter min mening være meget forsiktige med å fravike kravet om to års sykmelding i tilfelle hvor det i utgangspunktet er rimelig tvil om hvorvidt uførheten er varig eller på minst 50 %, og dette spørsmålet finner sin løsning før karenstiden er utløpt. En slik praksis ville



stiltidende føre den gamle "kulanseklusulen" inn bakveien. Dette kunne gi grunnlag for den oppfatning at selskapet alltid plikter å betale ut erstatningen så snart omfang og varighet er etablert. Det er mulig at dette ville være en fornuftig rettstilstand, men det kunne føre til at kravet om to års karenstid som et materielt vilkår for erstatningsansvar, ble uthulet.

**3.2.3. Kravet om sammenhengende sykmelding** - Karenstid-klausulen krever at den forsikrede har vært "sammenhengende" sykmeldt i to år. Tatt på ordet skulle dette innebære at dersom den forsikrede prøver seg i arbeidslivet innenfor to-årsfristen, men faller ut igjen etter en kort periode med friskmelding, så vil karenstiden bli avbrutt, og en ny, to-års karenstid vil løpe fra siste sykmelding. Resultatet er lite rimelig, sett fra den forsikredes side, og under en samfunnsmessig synsvinkel er det lite heldig at forsikringsvilkårene gir et sterkt insitamert til å avstå fra ethvert forsøk på å gjenoppta arbeidet.

Et lignende problem kan melde seg ved den to-års karenstid som etter FAL § 19-10 kan avtales ved kollektiv sykeforsikring. Her kan selskapene ta forbehold om at de ikke svarer for arbeidsuførhet som inntreer i løpet av de første to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. I høringsrunden ville livselskapene få presisert at dersom medlemmet hadde en kortvarig sykmelding innenfor to-årsfristen, så skulle det gå to sammenhengende år i fullt arbeid før en sykmelding av samme årsak skulle gi rett til erstatning. Til dette bemerket departementet at dersom man sto overfor to sykmeldingsperioder av samme årsak med en kortvarig friskmelding imellom, så måtte medlemmet i realiteten ansees for å ha vært sammenhengende ufør, slik at selskapet ikke ble ansvarlig selv om den andre uførheten inntrådte mer enn to år etter at forsikringen begynte å løpe. "En annen sak er at det selvsagt kan tenkes situasjoner hvor det rent faktisk kan være tvilsomt om de to uføreperiodene skal betraktes som et sammenhengende forhold eller om uførhetsperiode nr 2 må betraktes som et nytt forhold som selskapet svarer for" (Ot prp nr. 49 (1988-89) s. 152). Departementet tilføyte at det må være selskapet som har bevisbyrden for at uførhetsperiode nr. 2 var en direkte fortsettelse av den første, slik at det ikke ble ansvarlig.

Skulle man overføre dette resonnementet til karensklausulen ved forsikring av uførekapital, måtte det innebære at karenstiden ikke blir avbrutt av en kortvarig, mislykket periode med friskmelding. Man må se det slik at karenstiden stadig løper, også i den (kortvarige) perioden hvor den forsikrede gjør et forsøk som han ikke makter å gjennomføre, og derfor like godt kunne ha avstått fra. Karenstiden vil altså ikke bli forlenget, men utløpe når det er gått to år fra den første sykmelding.

Dersom selskapet vil hevde at det er en helt ny sykdomstilstand som er inntrådt ved den annen sykmelding (i så fall vil det vel også bli problemer med kravet om

årsaksforbindelse med den opprinnelige sykdom eller ulykke), så er det selskapet som har bevisbyrden i denne sammenheng.

Det foreligger meg bekjent ingen rettsavgjørelser om hva som skjer dersom den forsikrede har hatt en kortvarig, "mislykket" periode i arbeid innenfor karenstiden. Dersom det er helt åpenbart at det er den gamle sykdom/ulykke som igjen slår ham ut, er det all mulig grunn for selskapene til å utvise kulanse. I motsatt fall er risikoen nærliggende for at en domstol vil bruke avtalelovens § 36.

### 3.3. Karakteren av uførheten

**3.3.1. Kravet om "varig" uførhet.** - Som nevnt foran under 3.1, inngår det i beskrivelsen av forsikringstilfellet at den påførte uførhet må være "varig". Om vi knytter an til den beskrivelse av tvisteløsning som er gitt foran under 1.3, kan kravet om "varig" uførhet presiseres slik: På det tidspunkt da tvisteløseren skal treffe endelig beslutning om hvorvidt det foreligger et forsikringstilfelle, må det være overveiende sannsynlig at uførheten er av en slik karakter at den forsikrede aldri kan ventes å overvinne den. Han må m.a.o. forventes å være (50 %) ufør resten av livet.

Kravet om at et "fullbyrdet forsikringstilfelle" også omfatter varig uførhet, har to sider. Det første aspekt, som er det som umiddelbart faller i øynene, er den medisinske vurdering av den forsikredes (fysiske og psykiske) tilstand. Noen må beskrive og vurdere den forsikredes helsetilstand, og på grunnlag av denne beskrivelsen og vurderingen må tvisteløseren treffe sin beslutning.

Men kravet har også en annen side, som lett kan bli oversett. Det er nemlig ikke nok å spørre om den forsikrede er varig ufør på det tidspunkt da spørsmålet skal bli endelig avgjort. Hvis svaret er ja, må man også spørre om når han ble det.

I sine tidlige faser er uførheten ingen statisk tilstand; den er under utvikling, til det verre eller til det bedre. Ut fra en rent deterministisk betraktning kunne man kanskje si at alt springer ut av ulykestilfellet eller sykdommen: Hvis man på dette tidspunkt har full oversikt over alt som har virket og i fremtiden vil virke på den forsikredes helbred, så vil man også vite om den uførhet han er påført vil bli varig. Men for rettslige formål er en slik betraktning ikke brukbar. For det første kan man ikke vite hvilke behandlingstilbud som den forsikrede vil få - de kan jo sågar være utviklet etter at ulykken eller sykdommen rammet. For det annet kan man ikke si noe sikkert om hvilke virkninger disse tilbudene vil ha for denne spesielle personen. Og endelig er det ikke bare helsevesenets tilbud som avgjør sluttresultatet; minst like viktig er den forsikredes egne evner, motivasjon og forutsetninger, og innflytelsen fra miljøet



rundt ham. Alt dette er faktorer som virker over tid, og som kan forandre ikke bare en deterministisk basert prognose, men også den tilstand som prognosen skal anvendes på.

I det følgende vil jeg først se på vurderingen av uførhetens karakter av "varig", og deretter på avgjørelsen av når den fikk denne karakter.

**3.3.2. "Varig" som prognose om fremtidig utvikling.** - Det er altså ikke nok at den forsikrede er påført en uførhet som berører ham minst halvparten av ervervsevnen, man må også kunne legge til grunn at det ikke vil skje en fremtidig forbedring av tilstanden. Dette er åpenbart et meget usikkert tema. Først og fremst er det en oppgave for leger å foreta vurderingen. Utgangspunktet er selvsagt de fysiologiske fakta og antagelser: Hva består den forsikredes mén og skader av, og hvilke erfaringer har man mht. muligheten for at de kan helbredes. Men jeg understreker at den rent somatiske, fysiologisk orienterte medisin ikke er alene om å levere premissene for beslutningen. Som jeg har vært inne på, spiller også psykologiske og sosiale faktorer en stor rolle.

Det følger av dette at avgjørelsen må treffes på grunnlag av et sammensatt skjønn. Hvem som skal treffe avgjørelsen har vi vært inne på tidligere: I første omgang vil det være et (kompetent) organ innenfor forsikrings-selskapet, og deretter, dersom avgjørelsen ikke blir akseptert av den forsikrede, og man heller ikke kan komme til enighet gjennom forhandlinger og innhenting av nye (medisinske og sosiale) utredninger, vil saken gå videre i apparatet for konfliktløsning.

Både selskapet og den forsikrede har en åpenbar interesse i at spørsmålet blir forsvarlig utredet. Forsikringsvilkårene har ofte bestemmelser om hvilken sakkunnskap som skal være rådspurt før beslutningen blir truffet. I denne forbindelse kan selskapet gi forhåndstilsagn om at det vil akseptere en for den forsikrede gunstig vurdering som stammer fra en bestemt person eller institusjon - f.eks. en avgjørelse i Rikstrygdeverket om at uførheten må ansees som varig, eller en avgjørelse truffet av selskapets hovedlege.

Noe helt annet er det dersom vilkårene sier at avgjørelsen skal være endelig også i den forsikredes disfavør. I eksemplet med hovedlegen vil dette være ensbetydende med selvdømme, som ikke vil bli akseptert av domstolene. Derimot må det vel aksepteres at avgjørelsen legges til Rikstrygdeverket. Forutsetningen må være at det spørsmål som blir vurdert av Rikstrygdeverkets organer, er helt identisk med tvistes spørsmålet mellom den forsikrede og selskapet (den varige karakter av en uførhet som følge av bestemt angitte årsaker). Rikstrygdeverket har et stort apparat av sakkyndige og lang erfaring i å bedømme slike spørsmål.

Ved i realiteten å voldgi tvisten på dette punkt til en utenforstående institusjon, kan man spare en parallell utredning i selskapets regi. Men det må fremgå klart at det er tale om partiell voldgift, slik at begge parter blir bundet av avgjørelsen. Man kan bl.a. trekke sammenligningen med skjønnsklausulene i brannforsikringen, hvor enkelte sider av erstatningsoppgjøret - bestemt angitt, jfr. HR-dom i Rt. 1958 s. 471 - blir henskutt til et uavhengig organ. I tråd med dette vil man også kunne akseptere en klausul om at spørsmålet skal avgjøres ved en spesiell medisinsk voldgift. I motsetning til en avgjørelse i Rikstrygdeverket, hvor man kan gå ut fra at den forsikredes interesser er tilfredsstillende varetatt forut for avgjørelsen, må man kreve at det er fastsatt en balanse mellom partene i en slik voldgift.

Dersom en henvisning til avgjørelser i Rikstrygdeverket (eller andre organer) ikke har karakter av en reell voldgiftsklausul, vil slike avgjørelser bare være mer eller mindre tungtveiende momenter ved den avgjørelse som må treffes i forholdet mellom partene, jfr. FSN nr. 1594 og 1698.

Når den utenforstående utredning og vurdering ikke skal ende opp i en avgjørelse som binder også selskapet, vil det i første omgang være opp til partene å vurdere tyngden av de faglige utsagn som fremkommer under utredningen. Med den store usikkerhet som knytter seg til vurderingen, er det klart at prosessen kan ta tid. Så lenge spørsmålet står åpent, vil usikkerheten være en belastning for både den forsikrede og selskapet. Ett selskap har derfor introdusert en klausul som tar sikte på å skjære gjennom og få en avgjørelse i saker som tar særlig lang tid: Dersom man ikke er blitt enig på 5-års-dagen for sykdomsutbruddet eller ulykken, og den forsikrede har vært 100 % sykmeldt hele tiden, skal erstatningen utbetales. Dette er ikke en modifikasjon av de materielle vilkår for at det foreligger et forsikringstilfelle, men et tilsagn om at selskapet under bestemte forutsetninger vil frafalle ytterligere innsigelser. Den forsikredes standpunkt har hele tiden vært at han er blitt varig ufør. Hvis dette standpunktet underbygges med en fem-årig, 100 %'s sykmelding, aksepterer selskapet at beviset er tilstrekkelig. Og det som ansees bevist, er at de fire grunnleggende, materielle vilkår for erstatningsplikten er oppfylt, inklusive kravet om at uførheten på et eller annet tidspunkt er blitt varig.

**3.3.3. Tidspunktet da uførheten ble varig.** - Det annet aspekt av karakteristikken "varig" er tidspunktet da uførheten fikk denne karakter. Som jeg har vært inne på foran, er dette et selvstendig, materielt tema. Uførheten vil ofte utvikle seg i takt med utviklingen i den forsikredes helbredsmessige og sosiale situasjon, og på et visst tidspunkt vil den passere en grense, hvor man må si at nå er utviklingen blitt irreversibel.



Undertiden er det lett å tidfeste dette, som hvor den forsikrede plutselig får et alvorlig tilbakefall, eller en prøve viser at nå har sykdommen tatt en ny, alvorlig vending. Men det kan selvsagt også være vanskelig å tidfeste dette vendepunktet; man kan bare finne det ved i ettertid å se på utviklingen i sammenheng. Men disse vanskelighetene fritar selvsagt ikke utrederne fra å uttale seg om når uførheten må ansees å ha blitt varig. Deres oppgave er å gi grunnlag for å avgjøre om det er inntruffet et forsikringstilfelle. Tidspunktet da det inntraff er direkte avgjørende for rentespørsmålet. De må derfor gi premisser også for denne side av avgjørelsen.

Det forekommer selvdømmeklausuler som spesielt tar sikte på denne side av avgjørelsen. Selskapet oppstiller f.eks. som et vilkår for betalingsplikt at uførheten "av selskapet er bedømt som varig". Hvis dette bare betyr at selskapet vil betale når det har akseptert bevisene, er klausulen innholdsløs og selvsagt; ingen debitor vil betale før han selv har akseptert at det foreligger betalingsplikt (om ikke før, så når han er dømt ved rettskraftig dom). Klausulen må derfor antas å ta sikte på noe mer, nemlig at forsikringstilfellet ikke skal ansees å være inntruffet og renteplikten ikke begynne før selskapet er enig i dette. Og da er det en rendyrket selvdømmeklausul, som ikke vil bli opprettholdt i domstolene.

Forsikringsskadenevnden har imidlertid anvendt klausulen etter sin ordlyd:

FSN nr. 2282: Det dreiet seg om en forsikring av uførekapital som etter vilkårene forfalt til utbetaling når forsikrede hadde vært minst 50 % ufør i et sammenhengende tidsrom av 2 år og ervervsuførheten av selskapet ble bedømt til å være varig. Den forsikrede ble ufør (av bekkenløsning) i mars 1991, og søkte om uførekapital i september 1993. Selskapet utbetalte kapitalen i september 1994. Den forsikrede hevdet at selskapet brukte ett år på avgjørelsen uten å innhente ny dokumentasjon, og at en trenering av saksgangen i alle tilfelle ville komme selskapet til gode. Hun krevde derfor rente fra 2 måneder etter anmeldelsen i 1993.

Kravet ble ikke tatt til følge. Nemnda la (enstemmig) til grunn at det i tillegg til utløpt karenstid også var et materielt vilkår for at forsikringstilfellet skulle ansees inntruffet "at ervervsuførheten av selskapet bedømmes å være varig".

Standpunktet er fulgt opp i senere avgjørelser:

FSN nr. 2627: Den forsikrede ble ervervsufør i august 1990 og krevde uførepensjon etter Folketrygden. Kravet ble først avslått fordi man ikke fant at varighetskriteriet var oppfylt, men i august 1995 ble uførepensjon innvilget med virkning fra 1.7.1994. Selskapet mottok trygdedokumentene i august 1995 og

innvilget uførekapital den 8. september samme år. Den forsikrede krevde renter fra to måneder etter at selskapet - på et langt tidligere tidspunkt - var orientert om hans uførhet.

Nemnda bemerket at "den ikke kan se at det er grunnlag for å kritisere selskapet for at det ventet med å ta standpunkt til spørsmålet om uførheten måtte anses for varig inntil trygdemyndighetenes standpunkt forelå." Avgjørelsen falt umiddelbart etter at dokumentene var mottatt. "Først på dette tidspunkt kan forsikringstilfellet i henhold til vilkårene anses inntruffet."

Det samme resonnement ble anvendt i FSN nr. 2674 og FSN 2913. I begge disse sakene antok nemnda at forsikringstilfellet ikke kunne ansees inntruffet - med virkning for renteberegningen - før selskapet mottok meldingen om at Rikstrygdeverket hadde tilstått uførepensjon med tilbakevirkende kraft.

Disse avgjørelsene er etter min mening ikke holdbare. Den begrunnelsen som nemnda har gitt, innebærer en godkjennelse av en selvdømmeklausul. Det materielle tema, som nemnda burde ha drøftet, var på hvilket tidspunkt uførheten måtte ansees å ha blitt varig. I den første saken forelå det bl.a. erklæringer fra fysioterapeut og lege avgitt i januar 1994, som var bevismomenter når det gjaldt spørsmålet om uførheten var "varig", I de etterfølgende sakene måtte tidspunktet da uførepensjonen fra Folketrygden begynte å løpe ha vært tillagt stor vekt.

I stedet fokuserer nemnda på spørsmålet om selskapet har fremmet saksbehandlingen på en forsvarlig måte. Det er klart at dette må bli et sentralt tema dersom man først godtar at det er tidspunktet for selskapets avgjørelse som blir utgangspunktet for renteberegningen. Renteperiodens lengde bør imidlertid bli bestemt av samspillet mellom det ytre hendelsesforløp og de kriterier som selskapet har oppstilt i vilkårene, og ikke av de mer eller mindre rasjonelle saksbehandlingsrutiner som selskapet har etablert.

#### 4. Melding om forsikringstilfellet som vilkår for rentekrav

Etter FAL § 18-4 første ledd skal selskapet betale renter av erstatningen "når det er gått to måneder etter at melding om forsikringstilfellet ble sendt til selskapet." Det er altså to vilkår for at renteplikten skal inntre: Forsikringstilfellet må være inntruffet, og sikrede/den forsikrede må ha sendt en melding om dette til selskapet.

Normalt fungerer et skadeoppgjør slik: Forsikringstilfellet inntreffer, sikrede sender melding til selskapet om dette, og selskapet får to rentefrie måneder for å ta stilling til erstatningskravet og fremskaffe pengene. Dersom selskapet mener at det trenger



lenger tid, kan det vente med utbetalingen. I uføreforsikring åpner FAL § 18-2 første ledd annet punktum for at selskapet kan forbeholde seg en særlig lang tid til utredning (jfr. foran under 2.1). Men renteplikten kan selskapet ikke utsette; renten løper fra to-månedersdagen etter at meldingen om forsikringstilfellet ble sendt.

Denne modellen passer når forsikringstilfellet er beskrevet som en definitiv begivenhet og kan henføres til et bestemt tidspunkt. Ved forsikring av uførekapital kommer det også et tidsforløp inn i beskrivelsen; det skal være skjedd en ulykke eller brutt ut en sykdom, og som følge av dette skal det ha forløpt to sammenhengende år med minst 50 % sykmelding. Karenstiden kan starte umiddelbart etter ulykken eller sykdomsutbruddet, men den kan også begynne senere, når ulykkeskaden eller sykdommen har utviklet seg til å bli alvorlig. Først når karenstiden er utløpt, er forsikringstilfellet inntruffet (jeg ser her bort fra komplikasjonene når avtalen inneholder en kulanseklausul).

Det normale ved forsikring av uførekapital er antagelig at meldingen til selskapet blir sendt i løpet av karenstiden. Som regel vil det dreie seg om en 100 % sykmelding, og den forsikrede hevder at tilstanden vil bli varig. Meldingen kan i hvert fall ikke utløse noen renteplikt før karenstiden utløper; først da foreligger det et "fullbyrdet forsikringstilfelle". Men har den forsikrede rett til å sende melding om et antesipert forsikringstilfelle, med den virkning at renteplikten inntreffer når det er gått to måneder fra meldingen ble sendt og karenstiden i mellomtiden er utløpt?

To-månedersfristen er satt av to grunner. Selskapet skal ha en rentefri periode for å vurdere sin eventuelle erstatningsplikt, og ved større skader, som kan belaste likviditeten, skal det få tid til å fremskaffe pengene. Den siste grunnen kan vi se helt bort fra: Forsikring av uførekapital drives i Norge av finansinstitusjoner hvis lovbestemte likviditet overhodet ikke påvirkes av en enkeltutbetaling.

Det er mer uklart hvilken vekt det første hensynet må få. Situasjonen er vel den at enten har karenstiden gitt mer enn nok grunnlag for å fastslå at uførheten er stor og varig, eller den forsikredes plager er diffuse, og selskapet mener at det trengs mer enn to år for å fastslå at de er tilstrekkelig alvorlige og dessuten varige.

I den første situasjonen blir det knapt spørsmål om renter overhodet, selskapet utbetaler erstatningen ved utløpet av karenstiden. Hvis situasjonen er slik, ville det ikke være rimelig om selskapet kunne bli sittende med renteavkastningen av kapitalen i to måneder etter at et forsikringstilfelle som har vært antesipert i lang tid, er inntruffet. Jeg tror derfor at dersom meldingen er sendt to måneder eller mer før utløpet av karenstiden, og selskapet ikke bestrider kravet, må eventuelle renter svares fra utløpet av karenstiden.

Men hvis man godtar at en "antesipert melding" utløser renteplikt i situasjoner hvor det ikke er tvist om erstatningsplikten, må man ha samme løsning i de situasjoner hvor selskapet bestrider kravet. Ved karenstidens utløp hevder selskapet at uførheten ennå ikke må ansees som "varig", eller ikke er tilstrekkelig omfattende. Om disse spørsmål vil det fortsatt foregå utredning og diskusjon mellom partene. Dersom den etterfølgende utredning viser at den forsikrede var 50 % ufør ved utløpet av karenstiden, må renten løpe fra dette tidspunkt. Og dersom uførheten på et senere tidspunkt når opp i det foreskrevne omfang eller får en varig karakter, er det dette tidspunkt som renten løper fra.

Konklusjonen blir altså at det må være adgang til å sende en "antesipert melding om forsikringstilfelle". Hvis meldingen sendes (minst) to måneder før utløpet av karenstiden, vil renten løpe fra dette tidspunkt, forutsatt at det på det samme tidspunkt også foreligger en varig uførhet av det foreskrevne omfang. Hvis varighet eller omfang først inntreffer etter at karenstiden er utløpt, er det dette siste tidspunkt som blir utgangspunkt for renteberegningen.

## 5. Kreditor for rentekravet

### 5.1. Innledning

En forsikring av uførekapital kan fungere som en tradisjonell kapitalforsikring på liv og helbred: Blir den forsikrede varig ufør, får han det avtalte beløp som en erstatning for sin tapte ervervsvevne. Om han ønsker det, kan han bruke pengene til å betale gjeld. Har det vært tvist om erstatningsplikten og utredningen har tatt tid, får han også rentene som erstatning for det avsnitt av kapital som han har lidt som følge av at selskapet ikke betalte straks forsikringstilfellet var inntruffet.

Forsikringen kan imidlertid også være flettet sammen med en eller flere låneavtaler som den forsikrede har inngått. Hensikten med et slikt arrangement er at den forsikrede, som i sin reduserte tilstand vil ha vanskelig for å betjene gjelden, får gjelden slettet i den utstrekning kreditor blir dekket av forsikringen. Det er to hovedvarianter av slike ordninger: Enten kan forsikringen være tegnet av långiveren på den forsikredes helbred, i alminnelighet på kollektiv basis, eller den forsikrede har selv tegnet forsikringen og pantsatt den til långiveren til sikkerhet for gjelden.

I begge situasjoner oppstår spørsmålet om hva man skal gjøre med de renter som påløper mens utredningen av forsikringstilfellet pågår. Morarenter skal, foruten å virke som betalingspress, kompensere tap som en kreditor har lidt fordi han ikke har hatt den tilsagte kapital til rådighet. Slikt tap kan oppstå både på långiverens og på den forsikredes hånd. Långiveren har kanskje gitt henstand med renter og avdrag pga



den forsikredes hånd. Långiveren har kanskje gitt henstand med renter og avdrag pga. debtors vanskelige situasjon. Eller han har sagt opp lånet, og hatt mislykkede omkostninger i forbindelse med tvangsinn drivelse. Den forsikrede, som i karens- og utredningsperioden ikke har kunnet betjene sin gjeld, kan være påført tap ved tvangsinn drivelse, og tap av å ha måttet ta opp dyre lån for å holde kreditor fra livet. Som motpost til disse tapene står en pott penger, en rikelig rente (morarente) som selskapet skal betale i ethvert fall i en del av den perioden hvor tapene er oppstått. Hvem har krav på rentene, den forsikrede eller lånekreditor?

Jeg ser først på situasjonen ved tredjemannsforsikring, hvor långiveren har tegnet forsikringen på låntagerens helbred. Deretter ser jeg på stillingen når det er den forsikrede som har pantsatt sin egen forsikring til sikkerhet for lån.

## 5.2. Rentekravet ved tredjemannsforsikring

Forsikringsselskapene markedsfører en "gjeldsforsikring" som omfatter risikoen for låntagerens død eller uførhet. Forsikringen kan omfatte ett eller begge elementer. Forsikringen tegnes på kollektiv basis, og som forsikringstager står en bank eller annen långiver. Låntagerens tilslutning til ordningen kan være obligatorisk eller frivillig. I begge tilfeller innhenter långiveren helseopplysninger, som eventuelt må godkjennes av selskapet. Premien betales av låntageren, i tillegg til de fastsatte renter og avdrag.

Forsikringssummen ved uføreforsikringen er gjerne angitt som lånesaldo, inkludert påløpne renter. Undertiden er også "omkostninger" inkludert. Det kan være fastsatt en begrensning på dekningen av misligholdte renter, og det kan gjelde en totalbegrensning - ofte 30 G - på erstatningsbeløpet. Det er alltid fastsatt eller klart underforstått at det er forsikringstageren - långiveren - som har krav på erstatningen når den forfaller. Under tiden er det uttrykkelig presisert at forsikringsoppgjøret i sin helhet skal brukes til nedbetaling av forsikret gjeld.

"Lånesaldo" er ikke en gitt størrelse, den varierer over tid. Tidfestingen av forsikringssummen varierer i forsikringsvilkårene; ytterpunktene er tidspunkt da ulykken eller sykdommen rammet, og oppgjørstidspunktet. Ved oppgjøret må man starte med å finne den forsikringssum som gjelder etter kontrakten, og beregne morarente av denne. Det må understrekes at forsikringssummen skal utgjøre det kapitalbeløp som - hvis den er tilstrekkelig høy - er nødvendig for å dekke den forsikrede, utestående gjeld. Eventuelle morarenter skal komme i tillegg. Selskapet kan ikke forlange at morarentene skal inngå i det beløp som dekker lånets hovedstol. Dette vil være i strid med FAL's tvingende renteregulering.

Uansett hvordan de nærmere detaljer her er regulert, vil det oppstå et problem når utredningen av den forsikredes helsetilstand tar lang tid, og det med tilbakevirkende kraft blir fastslått at den forsikrede på et tidligere tidspunkt var blitt 50 % varig, ervervsmessig ufør. Selskapets plikt til å betale morarente starter 2 måneder etter dette tidspunkt (det må forutsettes at den nødvendige "melding" er gitt, men etter FAL § 19-9 første ledd kan meldingen gis til långiveren). Morarenten løper altså i utredningsperioden. Det kan tenkes at den forsikrede stadig betjener sin gjeld, men selv om det blir akkumulert misligholdte lånerenter, vil rentesatsen her være lavere enn morarenten. Dersom forsikringstageren, långiveren, får utbetalt forsikringsrenten i tillegg til forsikringssummen, vil han altså få en gevinst. Denne vil enten være differansen mellom morarente og lånerente, eller - hvor lånet stadig blir betjent - den fulle morarente.

Bildet kompliseres ytterligere når långiveren lider tap i tillegg til den uteblitte lånerente. Han kan ha hatt omkostninger til eksternt inkasso og inn drivelse, eller han kan ha utgiftsført normalgebyrer for egne avdelingers arbeid med saken. Dersom det ikke er sagt at "omkostninger" inngår i forsikringssummen, får man spørsmålet om disse kan dekkes av den forsikringsrenten han har krav på.

Det er ikke mulig å drøfte i detalj alle de situasjoner som kan oppstå her. Man må etter min mening nøye seg med å oppstille et overordnet prinsipp for hvordan konflikten bør løses.

Etter FAL § 19-11 første ledd kan det ved "kollektiv forsikring som ikke tjener forsørgelsesformål, ... avtales at forsikringstageren skal ha rett til forsikringssummen". Dette er gjort i den kollektive gjeldsforsikring.

I rentebestemmelsen i § 18-4 er det av gode grunner ikke sagt at det er forsikringstageren som har krav på renten. Første ledd sier bare at "selskapet skal svare rente", og tredje ledd taler om "den berettigede". Livsforsikring tegnes ofte på tredjemanns liv og helse, med tredjemann - den forsikrede - som berettiget til kapital og rente.

Når det, som i gjeldsforsikringen, er bestemt at det er forsikringstageren som har rett til det forsikrede kapitalbeløp, må avtalen i utgangspunktet forstås slik at forsikringstageren også skal ha rett til eventuelle renter. En slik forsikring dekker økonomiske behov hos forsikringstageren, og det er han som lider tap ved at kapitalen ikke kan bli utbetalt straks. Hvis man i gjeldsforsikringen skal gi den forsikrede en andel i rentekravet, kreves det altså en særskilt begrunnelse for å fravike det som er den naturlige forståelse av arrangementet.



Jeg tror at det er meget lett å gi en slik begrunnelse. Banker og andre finansinstitusjoner som gir lån til forbrukere, må gi en presis beskrivelse av låntagerens økonomiske plikter (til å betale avdrag, renter, gebyrer osv.). Etter alminnelige forbrukerrettslige tolkningsprinsipper må ukklarhet på slike punkter slå ut i långiverens disfavør. En naturlig forlengelse av dette prinsippet tilsier at långiveren ikke skal oppebære tilfeldige fordeler, som ikke dekkes av kontraktens beskrivelse av låntagerens plikter. Et "overskudd" i forbindelse med morarenten vil nettopp utgjøre en slik tilfeldig fordel. Riktignok er det långiveren som har tegnet forsikringen, men det er låntageren som har finansiert den. Det vil være urimelig om en slik låntager-finansiert forsikring skulle gi långiveren en utilsiktet og tilfeldig økonomisk fordel.

Mot dette kunne det anføres at rentereglene i den nye forsikringsavtalelov på alle vesentlige punkter representerer en videreføring av reglene i 1930-loven, og at det her var klart uttalt at det var "sikrede" som hadde krav på renter. Og "sikrede" er i den kollektive gjeldsforsikring låneinstitusjonen. Jeg tror imidlertid at denne formelle betraktningssmåte ikke har noen særlig vekt, så meget desto mer som den nye loven unnlater å utpeke en bestemt kreditor for rentekravet. Et argument av større vekt kunne være at låntageren i den kollektive gjeldsforsikring er definert som "medlem" av ordningen, at hans interesse i forbindelse med medlemskapet er at hans gjeld under visse omstendigheter blir slettet, og at han ikke står i noen avtalemessig posisjon som skulle gi ham krav på eventuelle morarenter i tillegg. Mot dette kan man imidlertid anføre at heller ikke långiveren har sikret seg mer enn innfrielse av et utestående lån; også på hans hånd vil "overskudd" på morarenten bety en utilsiktet vinning. Uansett hvordan man ser på det, vil morarenten, eller deler av den, representere et tillegg til de interesser som ordningen er laget for å vareta. Og da må det etter min mening være lov å spørre hvor det er mest rimelig å kanalisere denne fordelten. Her kan man også vise til avtaleklausuler om et beslektet forhold: Ved forsikring av kassekreditt og byggelån kan det forekomme at den stipulerte forsikringssum blir høyere enn lånesaldo på oppgjørstiden. I så fall skal overskuddet tilbakeføres til låntageren eller hans nærmeste.

Det er også grunn til å fremneve et annet moment: På grunn av reglene om karenstid, og vanskelighetene ved å fastslå omfang og varighet av den uførhet som er oppstått, vil den forsikrede regelmessig gå igjennom en økonomisk sett vanskelig periode før han blir tilstått gjeldsdekning. I denne perioden kan det lett oppstå økonomisk tap av forskjellig art, også i forbindelse med avviklingen av det låneforhold som forsikringen dekker. Han har imidlertid ingen mulighet for, gjennom gjeldsforsikringen, å betinge seg dekning av slikt tap, og det vil ofte være vanskelig å dokumentere omfanget av tapet. Også dette taler for å tilkjenne låntagerne de morarenter som ikke går med til å innfri långiverens avtalebaserte forventninger.

Prinsippet er enkelt å bruke når lånerente og morarente løper parallelt i et visst tidsrom:

Långiveren skal ha dekket lånerenten (hva enten han får den fra låntageren eller må dekke den av forsikringssum eller morarente), og låntageren skal ha det overskytende. Å foreta en riktig fordeling blir vanskeligere dersom långiveren også har andre tapsposter som han krever dekket av morarenten. Slikt tap vil først og fremst være utgifter til inkasso og andre omkostninger i forbindelse med låntagerens mislighold.

Dersom långiveren etter vilkårene i gjeldsforsikringen bare har krav på utestående hovedstol og påløpne renter, kan han ikke ha krav på å få bruke av morarenten til å dekke andre omkostninger. Her må etter min mening det forbrukerrettslige tolkningsprinsipp slå gjennom: De ytelser som leverandøren kan kreve, må være klart angitt i avtalen. Også vilkårene i gjeldsforsikringen må i denne sammenheng ansees som en del av det avtalekompleks som låntagerne går inn i; bl.a. er det jo han som finansierer forsikringen.

Har derimot långiveren forbeholdt seg at også "omkostninger" skal være dekket under gjeldsforsikringen, vil han stå friere til å forsyne seg av et eventuelt overskudd på morarenten. Det er vanskelig å si hvilke omkostninger som det konkret kan bli tale om. Generelt må man oppstille et krav om at omkostningene skal være reelle og dokumenterbare. Generelle gebyrer som alltid belastes ved den type mislighold som det er tale om, må godtas. Også spesielle utgifter som er påløpt i forbindelse med misligholdet, som utgifter til forhandlinger med låntageren eller ekstern inkasso, må kunne dekkes. Som regel vil nok dette føre til at overskuddet på morarenten langt på vei blir spist opp.

### 5.3. Rentekravet når en individuell forsikring er pantsatt.

Når låntageren pantsetter en individuell forsikring av uførekapital som han selv har tegnet, er han både "forsikringstager" og "forsikret". Etter forsikringsvilkårene har han krav på såvel forsikringssummen som eventuelle renter. Hvor langt långiverens rett strekker seg, avhenger av den pantavtale som er inngått.

Dersom långiveren uttrykkelig har forbeholdt seg at pantsettelsen også skal omfatte eventuelle renter av erstatningen, er man i utgangspunktet over i den situasjon som er behandlet i foregående avsnitt. Långiveren har i prinsippet krav på morarenten. Hans rett til å ta seg dekket av den er imidlertid nå undergitt en dobbelt begrensning: For det første kan han ikke ta seg dekket av den i større utstrekning enn nødvendig for å dekke tap som han har lidt i forbindelse med låneforholdet. Men han kan heller ikke



kreve dekket tapsposter som ikke panteavtalen gir ham sikkerhet for.

For å ta den siste begrensningen først: Dersom panteavtalen sier at forsikringen er pantsatt til sikkerhet bare for restgjeld og påløpne, misligholdte renter, kan ikke långiveren forsyne seg av morarenten for å få dekket omkostninger. En annen sak er at han etter låneavtalen stadig har krav på disse pengene, og i praksis vil vel oppgjøret skje slik at også omkostningene dekkes av pantet, så langt morarenten rekker.

Om den første begrensningen gjelder alt som er sagt foran under punkt 4.3.2: De omkostninger som kan dekkes av pantet må være reelle og dokumenterbare. Blir det noe igjen av morarenten etter at slike omkostninger er dekket, skal låntageren ha det overskytende.

Det kan tenkes at panteavtalen ikke sier noe om hvorvidt eventuelle morarenter omfattes av pantsettelsen. Spørsmålet blir om de likevel inngår i pantet, som et naturale negotii.

FAL § 15-8 har regler om pantsettelse av kapitalforsikring. Paragrafens første ledd lyder:

"En kapitalforsikring kan pantsettes. Pantet omfatter retten til å få utbetalt forsikringssummen når den forfaller, og retten til forsikringens gjenkjøpsverdi. Tillegg til de opprinnelig bestemte ytelser omfattes ikke av pantsettelsen, hvis ikke noe annet er avtalt."

Det måtte i tilfelle være siste punktum om "tillegg" som skulle anvendes på morarenten. I så fall ville rentene ikke inngå i pantet med mindre det var uttrykkelig avtalt. Av forarbeidene (NOU 1983: 56, s. 183) fremgår det imidlertid at regelen først og fremst tar sikte på de såkalte "garanterte tillegg". Det ville "innebære en tilfeldig fordel for pantthaveren om hans sikkerhetsrett også skulle omfatte slike mer eller mindre uforutsebare tilleggsbeløp." Etter dette er det tryggest å falle tilbake på alminnelige panterettslige prinsipper.

Panteloven (lov 8. feb. 1980 nr. 2) § 1-6 annet ledd gir en (fravikelig) regel om at rentene av en pantsatt fordring kan utnyttes av pantthaveren til dekning av hans forfalte krav. Bestemmelsen omtaler bare ordinære renter som forfaller mens panteretten består; man har ikke forestilt seg den situasjon at den pantsatte fordring selv ikke er rentebærende, men at det påløper morarenter når fordringen skal gjøres opp. Det er imidlertid ingen grunn til å skille mellom løpende renter og misligholdsrenter i vår forbindelse. Også for en ordinær, rentebærende fordring kan

utnytte slik rente som han har for så vidt angår de løpende renter. Når disse - i mangel av annen avtale - omfattes av panteretten, bør også misligholdsrenten gjør det. Dermed vil løsningene bli de samme hva enten det er avtalt pant i rentekravet eller ikke.