

# **Claims made prinsippet i norsk ansvarsforsikring**

Innholdet i og holdbarheten av prinsippet

Kandidatnr: 242

Veileder: Hans Jacob Bull

Leveringsfrist: 25.04.2005

Til sammen 14789 ord

21.04.2005

# Innholdsfortegnelse

<b><u>1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b>1.1</b>	<b>PRESENTASJON AV OPPGAVENS TEMA</b>	<b>1</b>
1.1.1	PROBLEMSTILLING	1
1.1.2	KORT OM CLAIMS MADE PRINSIPPET	2
<b>1.2</b>	<b>RETTSKILDER OG METODE</b>	<b>3</b>
1.2.1	LOVER	3
1.2.2	FORARBEIDER	4
1.2.3	RETTSPRAKSIS	4
1.2.4	FORSIKRINGSSKADENEMNDA	4
1.2.5	JURIDISK TEORI	5
1.2.6	FORSIKRINGSPRAKSIS	6
<b>1.3</b>	<b>AVGRENSING AV OPPGAVEN</b>	<b>6</b>
<b>1.4</b>	<b>OPPGAVENS VIDERE FREMSTILLING</b>	<b>6</b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>CLAIMS MADE PRINSIPPET I EN RETTSLIG KONTEKST</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b>2.1</b>	<b>CLAIMS MADE PRINSIPPET OG DE ANDRE DEKNINGSPRINSIPPENE I ANSVARFORSIKRING</b>	<b>7</b>
2.1.1	SKADEÅRSAKSPRINSIPPET	7
2.1.2	SKADEVIRKNINGSPRINSIPPENE	8
2.1.2.1	Skaden inntraff prinsippet	8
2.1.2.2	Konstateringsprinsippet	9
2.1.2.3	Claims made prinsippet	10
<b>2.2</b>	<b>BAKGRUNNEN FOR INNFØRINGEN AV CLAIMS MADE PRINSIPPET</b>	<b>10</b>
<b>2.3</b>	<b>CLAIMS MADE PRINSIPPETS HISTORIKK</b>	<b>12</b>
2.3.1	FREMVEKSTEN AV PRINSIPPET	12
2.3.2	FREMVEKSTEN AV PRINSIPPET I NORSK RETT	12
2.3.3	PRINSIPPETS ANVENDELSESOMRÅDE	14
2.3.3.1	I Norden	14
2.3.3.2	I USA	14
<b><u>3</u></b>	<b><u>INNHOLET I CLAIMS MADE PRINSIPPET</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b>3.1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>15</b>
<b>3.2</b>	<b>HVA SKAL TIL FOR AT ET KRAV ER FREMSATT?</b>	<b>18</b>

3.2.1	ERSTATNINGSKRAV	20
3.2.2	SKRIFTLIG MELDING FRA SKADELIDTE TREDJEMANN	21
3.2.3	SIKREDES ADGANG TIL Å UTLØSE FORSIKRINGSTILFELLET VED MELDING	27
<b>3.3</b>	<b>NÅR ER KRAVET MOTTATT?</b>	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>FORSIKRINGENS SNABEL OG HALE</b>	<b>32</b>
3.4.1	SNABELPROBLEMATIKKEN	33
3.4.2	HALEPROBLEMATIKKEN	35
<b><u>4</u></b>	<b><u>HOLDBARHETEN AV CLAIMS MADE PRINSIPPET</u></b>	<b><u>38</u></b>
<b>4.1</b>	<b>FORHOLDET TIL FORSIKRINGSAVTALELOVENS REGLER</b>	<b>38</b>
4.1.1	OPPLYSNINGSPLIKTEN FAL § 4-1	39
4.1.2	MELDEPLIKT FAL § 4-10, MELDEFRIST I FAL § 8-5	40
4.1.3	VERN AV SKADELIDTE ETTER FAL § 7-6	41
4.1.4	FORELDELSE FAL § 8-6	42
<b>4.2</b>	<b>REVISJON AV FORSIKRINGSAVTALEN</b>	<b>43</b>
4.2.1	AVTALELOVENS § 36	43
4.2.2	INDIREKTE URIMELIGHETSSENSUR	44
<b><u>5</u></b>	<b><u>BØR CLAIMS MADE PRINSIPPET LOVREGULERES?</u></b>	<b><u>45</u></b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b><u>48</u></b>
<b>6.1</b>	<b>ARTIKLER:</b>	<b>48</b>
<b>6.2</b>	<b>BØKER:</b>	<b>48</b>
<b>6.3</b>	<b>FOREDRAGSDISPOSISJON</b>	<b>49</b>
<b>6.4</b>	<b>INFORMASJON HENTET FRA INTERNETT</b>	<b>49</b>
<b>6.5</b>	<b>STORTINGSDOKUMENTER</b>	<b>50</b>
<b>6.6</b>	<b>LOVER</b>	<b>50</b>
<b>6.7</b>	<b>RETTSAVGJØRELSER</b>	<b>50</b>
<b>6.8</b>	<b>NEMNSAVGJØRELSER</b>	<b>50</b>
<b>6.9</b>	<b>FORSIKRINGSVILKÅR</b>	<b>51</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av oppgavens tema

### 1.1.1 Problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å redegjøre for claims made prinsippet, slik det fremstår i norsk ansvarsforsikring<sup>1</sup> i dag. Claims made prinsippet er et prinsipp som benyttes for å identifisere forsikringstilfellet. Prinsippet regulerer hva som er et forsikringstilfelle og når forsikringstilfellet inntreffer.

Forsikringsavtaleloven av 1989 regulerer ikke direkte forsikringsavtalenes dekningsomfang. Lovens forarbeider uttaler at unnlåtelsen av å regulere dekningsomfanget ble foretatt for å gi forsikringsgiver og forsikringstaker full avtalefrihet, for så vidt gjaldt regler om forsikringens farefelt samt forsikringens virkeområde i tid og rom<sup>2</sup>. Forsikringsgiver og forsikringstaker har derfor som hovedregel avtalefrihet ved utformingen av claims made klausuler.

Fordi partene som hovedregel står fritt til å definere forsikringsvilkårenes dekningsfelt, varierer claims made prinsippets utforming hos de ulike forsikringsselskapene. Hovedvekten i oppgaven legges derfor i en analyse av claims made klausulene til de største norske forsikringsselskapene som tilbyr dekninger i det norske marked. Oppgaven vil dessuten søke å gi en oversikt over mulige skranker ved anvendelsen av claims made prinsippet. Eksempler på slike skranker kan være forsikringsavtalelovens preseptoriske regler og avtalelovens § 36.

Oppgaven avsluttes med en de lege ferenda drøftelse av hvorvidt claims made prinsippet bør lovreguleres.

---

<sup>1</sup> En ansvarsforsikring dekker sikrede mot eventuelt erstatningsansvar overfor skadelidte tredjemann.

<sup>2</sup> Se NOU 1987: 24 s. 79 Lov om avtaler om skadeforsikring

### 1.1.2 Kort om claims made prinsippet

Claims made prinsippet er et av flere dekningsprinsipper. Et dekningsprinsipp er en klausul som både beskriver forsikringstilfellet og som tidfester når dette er inntruffet.

Forsikringstilfellet er den begivenhet som utløser forsikringsgivers ansvar under forsikringsavtalen.<sup>3</sup> Under en claims made klausul vil forsikringstilfellet inntreffe når det fremsettes et erstatningskrav mot sikrede eller forsikringsgiver. Forsikringstiden er den periode som forsikringsselskapet er ansvarlig for etter forsikringsavtalen. For at kravet skal være dekket under en claims made klausul må det fremsettes i forsikringstiden. Krav som fremsettes etter utløpet av forsikringstiden er derfor ikke dekningsmessig under en claims made dekning. Claims made prinsippet innebærer at det er uvesentlig om den handling eller unnlattelse som er grunnlaget for erstatningskravet, kan tidfestes forut for inngåelsen av forsikringsavtalen. Det sentrale skjæringstidspunkt er tidspunktet for fremsettelsen av kravet mot sikrede eller forsikringsgiver.

Claims made prinsippet benyttes på verdensbasis nesten utelukkende ved ansvarsforsikringer<sup>4</sup>. Det erstatningsansvar en ansvarsforsikring skal dekke faller hovedsaklig i to kategorier. Den første typen erstatningsansvar er ansvar for fysisk skade, altså skade på person eller ting. Den andre typen erstatningsansvar er erstatningsansvar for rent økonomisk tap, formuesskade. Norske forsikringsvilkår definerer begrepet formuesskade negativt. Med formuesskade forstås et økonomisk tap som ikke er en følge av skade på personer eller ting<sup>5</sup>.

I Norge benyttes claims made prinsippet i størst omfang ved formueskedeforsikringer<sup>6</sup>. Oppgaven tar derfor kun for seg claims made prinsippet i relasjon til formuesskadedekninger.

---

<sup>3</sup> Se Bull, "Innføring i forsikringsrett" s. 535

<sup>4</sup> Opplyst av Advokat Oddvar Uran tidligere Underwriter/Avdelingsleder i Vesta.

<sup>5</sup> Se for eksempel Vestas alminnelige formuesskadevilkår av 1. januar 2004 pkt 3.1 annet ledd

<sup>6</sup> I store industriforsikringer blir claims made prinsippet i en viss utstrekning benyttet som dekningsprinsipp også ved fysisk skade.

De fleste claims made klausuler finnes i standardvilkår for formuesskadeforsikringer laget av forsikringsselskapene. Det er først og fremst profesjonsutøvere og andre næringsdrivende som kjøper formuesskadeforsikring.

Det må antas at mindre næringsdrivende har en dårlig forhandlingsposisjon i forhold til forsikringsselskapet. Det er derfor naturlig å anta at standardvilkårene benyttes uten nærmere justeringer. Selskapene har ved utformingen av vilkårene tatt hensyn til sin egen posisjon og det er derfor liten grunn til at de skulle ønske å endre vilkårene. Endringer vil dessuten medføre merarbeid for selskapene.

Ved utformingen av forsikringsavtalene til næringsdrivende som ikke er omfattet av forsikringsavtalelovens preseptoriske vern står partene friere ettersom de har full avtalefrihet<sup>7</sup>. Tendensen går imidlertid også her i å benytte selskapenes claims made klausuler uten nærmere endringer<sup>8</sup>.

Claims made klausulene forekommer altså stort sett i vilkår som er ensidig utformet av forsikringsselskapet.

## 1.2 Rettskilder og metode

Oppgaven er basert på alminnelig juridisk metode. Oppgavens problemstilling reiser få metodespørsmål. I det følgende skal det gis en oversikt over de kilder som har vært av betydning for oppgaven og de spørsmål som reiser seg i forbindelse med anvendelsen av kildene.

### 1.2.1 Lover

Den sentrale loven på forsikringsrettens område er Forsikringsavtaleloven av 16. juni 1989 nr 69. Fordi forsikringsavtaleloven ikke direkte regulerer forsikringsavtalens dekningsfelt og fordi claims made prinsippet i stor grad er underlagt avtalefrihet, får loven liten betydning som tolkningsmoment ved fastleggingen av innholdet i claims made prinsippet. Forsikringsavtaleloven har derfor ikke vært av vesentlig betydning for oppgavens kapittel 3.

---

<sup>7</sup> Jfr. FAL § 1-3 annet ledd litra a) - e)

Etter forsikringsavtalelovens (FAL) § 1-3 første ledd er lovens del A preseptorisk. Etter annet ledd er imidlertid større næringsdrivende og særskilte virksomheter unntatt fra det preseptoriske vernet, jfr. § 1-3 annet ledd litra (a) til (e)<sup>9</sup>.

Enkelte av FALs generelle regler kan, når de er preseptoriske, få indirekte betydning for forsikringsavtalenes innhold<sup>10</sup>. I forhold til kapittel 4 i oppgaven har derfor FAL vært en vesentlig rettskilde.

Andre lover kan dessuten få betydning for innholdet i claims made klausulene. Et eksempel er generalklausulen i Avtaleloven av 31. mai 1918 nr. 4 § 36<sup>11</sup>.

### 1.2.2 Forarbeider

Både NOU 1987 nr. 24 om lov om forsikringsavtaler og Ot. prp nr 49 (1988-89) om lov om forsikringsavtaler m m, ble benyttet som rettskilder i oppgaven. Forarbeidene var særlig av betydning for oppgavens kapittel 5 om hvorvidt claims made prinsippet bør lovreguleres.

### 1.2.3 Rettspraksis

Det foreligger svært lite rettspraksis av betydning for oppgavens tema. Nærmere undersøkelser viser at det kun foreligger en høyesterettsdom som er av betydning ved fastleggningen av innholdet i claims made prinsippet<sup>12</sup>.

### 1.2.4 Forsikringsskadenemnda<sup>13</sup>

Det finnes en del nemndspraksis av interesse ved fastleggningen av innholdet i claims made prinsippet<sup>14</sup>.

---

<sup>8</sup> Opplyst av Oddvar Uran

<sup>9</sup> Unntak gjøres for næringsdrivende av en viss størrelse, jfr litra (a). Etter litra (b) er næringsdrivende hvis virksomhet er hovedsaklig knyttet til utlandet, unntatt. Litra (c) unntar forsikringer som knytter seg til registreringspliktig skip i henhold til sjøloven og andre innretninger som ikke er å anse som skip, men som etter sjøloven allikevel kan eller skal registreres. Videre unntas næringsvirksomhet hvor forsikringen knytter seg til luftfartøy, jfr litra (d), og varer under internasjonal transport litra (e).

<sup>10</sup> De problemstillinger som reises i denne forbindelse vil bli redegjort for i kapittel 4.

<sup>11</sup> l.c

<sup>12</sup> Rt. 1996 s. 1, dommen behandles under punkt 3.2.2

<sup>13</sup> Se Bull "Innføring i forsikringsrett", pkt 3.43.

Selv om nemndas avgjørelse er rådgivende, og altså ikke bindende for partene, har rettspraksis flere ganger vist at nemndspraksis anses som en relevant og ofte betydningsfull rettskildefaktor, se for eksempel Rt. 1987 s. 744. og RG 1991 s. 337 Bergen som henviser til Høyesteretts vurdering av nemndspraksis som rettskildefaktor.

### 1.2.5 Juridisk teori

Fordi det foreligger lite lovgivning og praksis som regulerer claims made prinsippets utforming, er det naturlig å se hen til juridisk teori når innholdet i claims made klausulene skal fastlegges. Det finnes en relativt begrenset mengde med norsk teori som tar for seg claims made prinsippet<sup>15</sup>.

Samarbeid mellom de nordiske land om forsikringslovgivningen har bidratt til en viss rettsenhet på forsikringsrettens område. På grunn av dette samarbeidet kan det være grunn til å legge noe større vekt på skandinavisk teori her enn på andre rettsområder.

Nordisk forsikringstidsskrift er et felles nordisk tidsskrift som omhandler spørsmål av forsikringsrettslig karakter. Både informasjon av betydning for oppgavens kapittel 1, 2 og 4 ble hentet her<sup>16</sup>. Nordisk forsikringstidsskrift har således vært av sentral betydning for oppgaven.

Claims made prinsippet ble utformet og først benyttet i USA. Prinsippet benyttes på noen flere områder i USA enn i norsk rett. Amerikansk rett er dessuten bygget opp etter svært forskjellige prinsipper enn norsk rett. Argumentasjonen er derfor som regel ikke direkte overførbart til norske forhold. Den rettskildemessige vekt blir således begrenset.

Fordi claims made prinsippet ble utformet i USA, og fordi det er her prinsippet har vært anvendt lengst, kan det likevel være grunn til å se hen til praksis og teori om det amerikanske claims made prinsippet ved drøftelsen av claims made prinsippet i norsk rett.

---

<sup>14</sup> Se for eksempel under punkt 3.2.2 der det vises til avgjørelsene 3865 og 2513

<sup>15</sup> Av sentral betydning for oppgavens kapittel 4 kan nevnes Wilhelmens "AIDA - Skjulte handlingsklausuler". Videre har Wilhelmens artikkel "Periodisering av forsikringstilfellet - finnes en patentløsning" blitt benyttet som kilde i kapittel 1 og 2.

<sup>16</sup> Se for eksempel Pfenningstorf "Defining the Liability Coverage between Occurrence and Claims Made" og Lett "Indførelse av claims made-klausul i dansk forsikring"



I denne oppgaven har amerikansk teori blant annet blitt benyttet for å finne anvendelige argumenter og eksempler<sup>17</sup>.

### 1.2.6 Forsikringspraksis

Fordi det er en begrenset mengde litteratur og praksis som omhandler claims made prinsippet er noe av kartleggingen også foretatt gjennom andre kilder, blant annet samtale med personer i forsikringsbransjen<sup>18</sup>.

## 1.3 Avgrensing av oppgaven

Claims made prinsippet regulerer når forsikringen gjelder. Oppgaven vil derfor dreie seg om hovedspørsmålene som oppstår i denne forbindelse. Oppgaven tar ikke sikte på å gi en uttømmende redegjørelse over alle spørsmål som oppstår i forbindelse med claims made prinsippet i norsk ansvarsforsikring. Identifikasjonsspørsmål vil for eksempel ikke bli drøftet. Spørsmål rundt forholdet mellom serieskadeklausuler og claims made prinsippet reiser særlige problemstillinger som ikke vil bli behandlet i oppgaven. Oppgaven tar heller ikke sikte på å drøfte særlige spørsmål som gjelder spesialvilkår fremforhandlet mellom store konserner og forsikringsselskaper.

Da oppgaven skal redegjøre for claims made prinsippet i norsk rett, vil utenlandsk rett kun bli benyttet hvor dette er relevant for å belyse oppgavens tema.

## 1.4 Oppgavens videre fremstilling

Den videre fremstilling er inndelt i fire kapitler. Først behandles claims made prinsippet i en rettslig kontekst. Her er siktemålet å se på claims made prinsippet i forhold til de andre dekningsprinsippene samt se på claims made prinsippets historikk, herunder bakgrunnen for innføringen av prinsippet (Kapittel 2). Deretter vil det foretas en gjennomgang av claims made prinsippets innhold (Kapittel 3). I Kapittel 4 blir claims made prinsippet og dets innhold holdt opp mot mulige skranker, i den hensikt å undersøke holdbarheten av prinsippet. Til slutt tar kapittel 5 opp hvorvidt claims made prinsippet bør lovreguleres.

---

<sup>17</sup> Se for eksempel kapittel 2 punkt. 2.3.2 der det vises til Marsch Affinity Group, "Understanding your claims made coverage", Tilgang: [www.kvi-calbar.com/understand.html](http://www.kvi-calbar.com/understand.html)

<sup>18</sup> Advokat Oddvar Uran tidligere underwriter/avdelingsleder i Vesta har bidratt med opplysninger.

## 2 Claims made prinsippet i en rettslig kontekst

### 2.1 Claims made prinsippet og de andre dekningsprinsippene i ansvarsforsikring

De ulike dekningsprinsipper karakteriseres ved at de tar utgangspunkt i de ulike tidspunkter i hendelsesforløpet som leder til et erstatningskrav.

#### 2.1.1 Skadeårsaksprinsippet

Skadeårsaksprinsippet definerer forsikringstilfellet til det tidligste tidspunkt i hendelsesforløpet som leder frem til erstatningskravet, nemlig årsaken til den erstatningsbetingende begivenheten.

Årsaksprinsippet går i korte trekk ut på at forsikringsselskapet svarer dersom årsaken til erstatningsbegivenheten oppstår i forsikringstiden. Årsaken kan bestå i enten en handling eller en unnlattelse.

For eksempel:

En advokat har en profesjonsansvarsdekning med en årsaksklausul hos et forsikringsselskap. Forsikringstiden i forsikringsavtalen gjelder fra 01.01.2002 til 31.12.2002. I 2002 foretar advokaten en formfeil ved utferdigelsen av et testament. Formfeilen oppdages først når testator dør i 2005. På dette tidspunkt har advokaten gått av med pensjon og har derfor ikke lenger en profesjonsansvarsdekning. Fordi årsaken til feilen forekom i 2002, er advokatens ansvar dekket under hans profesjonsansvarsdekning hos forsikringsselskapet, selv om feilen først får virkning og oppdages i 2005.

Fordelen med årsaksprinsippet er altså at forsikringstaker kun behøver å ha en ansvarsdekning for den periode han driver en virksomhet hvor han kan komme i ansvar. Denne dekningen vil beskytte ham mot mulig ansvar fra forsikringstiden, selv om erstatningsbegivenheten først oppdages lenge etter at forsikringsperioden har gått ut. Ulempen er at dette skaper en rekke usikkerhetsmomenter for forsikringsselskapet.

For eksempel vil forsikringssselskapet være nødt til å avsette reserver<sup>19</sup> for fremtidige tap som kan ha forekommet, men som fortsatt ikke er meldt til forsikringssselskapet.

### 2.1.2 Skadevirkningsprinsippene

Skadevirkningsprinsippene karakteriseres ved at de definerer forsikringstilfellet til et av de siste leddene i hendelsesforløpet. I det følgende skal det redegjøres for tre skadevirkningsprinsipper; skaden inntraff prinsippet, konstateringsprinsippet og claims made prinsippet.

Prinsippene er oppstilt i henhold til tidslinjen i hendelsesforløpet.

#### 2.1.2.1 Skaden inntraff prinsippet

Skaden inntraff prinsippet er det første av skadevirkningsprinsippene og definerer forsikringstilfellet til det tidspunkt skaden oppsto rent faktisk. Forsikringen dekker altså skader som inntreffer i forsikringstiden.

Et eksempel kan illustrere dette:

En hytte på fjellet begynner å brenne som resultat av en feil ved hyttas elektriske anlegg. Feilen er begått av en elektriker. Denne feilen fører til en gnistdannelse som antenner hytta 31.12.2004. Hytta brenner ned til grunnen i løpet av 01.01.2005. Skaden inntreffer i det hytta begynner å brenne. Når forsikringstilfellet reguleres av skaden inntraff prinsippet, periodiseres altså forsikringstilfellet i eksempelet ovenfor til 31.12.2004.

En skade vil ofte oppdages i det skaden inntreffer. Hvis skaden oppdages av skadevolder vil skaden inntraff prinsippet gi både forsikringsgiver og sikrede god beskyttelse. Forsikringsgiver kan påberope seg meldefristregelen i FAL § 8-5 for de krav sikrede kjenner til men ikke melder. Sikrede oppnår på sin side forsikringsdekning for den periode som han er eksponert for å komme i ansvar.

Hvor skaden ikke konstateres i det den inntreffer, vil imidlertid skaden inntraff prinsippet kunne føre til bevismessige problemer. Tidspunktet for når skaden inntreffer må da konstateres i etterkant.

---

<sup>19</sup> Det refereres gjerne til IBNR reserver, "Incurred but not reported"

Dette vil kunne medføre kostnader i forbindelse med avdekking av skadeforløp, samt utsette partene for et langt forsikringsoppgjør som følge av tvist om skadetidspunktet.

En ulempe ved bruk av skaden inntraff prinsippet oppstår i forhold til skader som utvikler seg over tid. Såkalte utviklingskader kan skape tidfestingsproblemer. Problemet oppstår fordi det vil kunne være usikkerhet rundt når en skade faktisk er en skade. Et eksempel kan være asbestskader som utvikler seg over tid. Her vil det potensielt kunne oppstå tvist om hva som skal til for at de helsemessige konsekvenser asbesten har medført, anses som en skade som forsikringen dekker.

For forsikringselskapet vil dessuten skaden inntraff prinsippet innebære problemer med hensyn til senskader. En senskade er en skade hvis følger oppstår på et senere tidspunkt enn skaden inntreffer. Skader oppdages ofte som et resultat av at følgene inntreffer. Dersom følgene inntreffer lenge etter at skaden inntraff, vil det altså være mindre sannsynlig at skaden oppdages. Dette medfører vanskeligheter for forsikringselskapene, fordi de må avsette reserver for mulige fremtidige skader som allerede er inntruffet, men som ikke er meldt til selskapet. Problematikken blir altså den samme her som under årsaksprinsippet<sup>20</sup>

#### 2.1.2.2 Konstateringsprinsippet

Konstateringsprinsippet definerer forsikringstilfellet til det tidspunkt hvor erstatningsbegivenheten faktisk konstateres. De fleste vilkår anser forsikringstilfellet som inntruffet når enten skadelidte eller skadevolder har konstatert erstatningsbegivenheten. I de fleste tilfeller vil en erstatningsbegivenhet først kunne konstateres når den har manifestert seg i det ytre, altså når erstatningsbegivenhetens virkninger fremkommer.

Det ovennevnte eksempel med hyttebrannen illustrerer konstateringsprinsippet. Hytta antennes 31.12.2004 og brenner ned til grunnen i løpet av 01.01.2005. Ingen oppdager imidlertid skaden før hytteeierne kommer til hytta i vinterferien flere uker senere samme år. Her inntreffer skaden i det huset brenner, mens konstateringen først skjer flere uker senere, nemlig når hytteeierne kommer i vinterferien. Det er altså tidspunktet når

---

<sup>20</sup> Se punkt 2.1.1

hytteeierne oppdager skaden brannen har forårsaket, som legges til grunn for periodiseringen av forsikringstilfellet.

Fordelen med konstateringsprinsippet er at forsikringsselskapet i større grad slipper usikkerhetsmomentene vedrørende tidfesting av skaden. Ved å legge forsikringstilfellet til tidspunktet for konstateringen av skaden vil sikrede som regel notifisere forsikringsselskapet snarlig etter at skaden er oppdaget. Konstateringen vil vanligvis gi sikrede en oppfordring til å underrette selskapet raskest mulig, slik at forsikringsoppgjøret finner sted og sikrede kan gjenopprette tilstanden før skaden inntraff. Forsikringsselskapet er dessuten beskyttet av regelen om meldeplikt i FAL § 4-10. Etter denne bestemmelse må sikrede uten ugrunnet opphold melde fra til selskapet når forsikringstilfellet er inntruffet.

Som ved skaden inntraff prinsippet kan utviklingskader også medføre problemer for konstateringsprinsippet<sup>21</sup>.

### 2.1.2.3 Claims made prinsippet

Under claims made prinsippet periodiseres forsikringstilfellet til det tidspunkt hvor erstatningskravet fremsettes mot forsikringstaker eller forsikringsselskap.

I eksempelet med advokaten som begår formfeilen, vil altså forsikringstilfellet under en claims made klausul inntreffe i det arvingene fremmer erstatningskravet overfor sikrede eller forsikringsgiver.

## 2.2 Bakgrunnen for innføringen av claims made prinsippet

Bakgrunnen for innføringen av claims made klausulen i Norge var behovet for et dekningsprinsipp som ga forsikringsselskapene et bedre vern mot ansvar for senskader<sup>22</sup>. Kun erstatningskrav som fremmes i forsikringsperioden vil være dekningsmessig under en claims made klausul. Krav som fremmes etter dette tidspunkt er ikke dekningsmessig. Under claims made klausulen unngås dermed problemene som oppstår som følge av erstatningskrav for senskader. Anvendelsen av claims made klausulen ga dessuten selskapene en bedre oversikt over fremtidige utbetalinger, slik at det ble enklere for selskapene å sette til side reserver og foreta premieberegninger. Claims made klausulen som dekningsprinsipp ga dermed forsikringsselskapene en rekke fordeler.

---

<sup>21</sup> Se eksempel om asbestskader under punkt 2.1.2.1.

Også for sikrede medførte imidlertid innføringen av claims made klausulen enkelte fordeler. Under en claims made klausul vil selskapet ha større oversikt over den risiko de påtar seg. Premien kan dermed settes lavere og mer realistisk i forhold til den risiko selskapet påtar seg å dekke. Claims made klausulen gir dessuten klare rammer rundt forsikringens dekningsfelt, ettersom kravet må fremsettes i den angitte forsikringstid, for å være dekningsmessig. Etter forsikringstidens utløp dekkes ikke krav som fremsettes. Dekningsfeltet under en claims made klausul er derfor forutberegnelig. Dersom en claims made forsikring opprettholdes over flere år, blir dessuten forsikringssummen gradvis oppjustert i samsvar med inflasjonen. Dette er gunstig for sikrede fordi pengeverdien på det tidspunkt en erstatningsbetingende begivenhet inntreffer, som regel vil være lavere enn verdien på det tidspunkt som kravet fremsettes. Sikrede oppnår således at forsikringssummen gir bedre dekning enn under en årsaksklausul<sup>23</sup>. Claims made klausulen gjør det dessuten enklere å konstatere når forsikringstilfellet er inntruffet. Fremsettelsen av kravet markerer et klart tidspunkt som det er enkelt å benytte for både forsikringsgiver og sikrede. Bruk av claims made klausulen fremmer dessuten notoritet.

På den annen side vil claims made klausulen kunne skape problemer for sikrede dersom han av en eller annen grunn ønsker å avslutte forsikringsforholdet, eller hvor forsikringstaker avslutter eller endrer virksomhet eller bytter forsikringsgiver<sup>24</sup>. Ved opphør av virksomhet vil for eksempel krav som fremsettes mot sikrede, etter at forsikringen er utløpt, ikke være dekningsmessig. Sikrede risikerer da å mangle vern for fremtidige krav, til tross for at virksomheten som medfører kravene er opphørt<sup>25</sup>. Forsikringspremien øker dessuten gradvis ettersom selskapets risiko øker etter hvert som tiden går. Dersom sikrede benytter den samme forsikringsgiver over lengre tid vil han kunne risikere en svært høy premie.

---

<sup>22</sup> Se Wilhelmssen, "AIDA-Skjulte handlingsklausuler" s. 259

<sup>23</sup> Forsikringssummen under en årsaksklausul forandrer seg ikke i tråd med inflasjonen. Dersom en skade oppdages og meldes ti år etter at årsaken oppsto, vil sikrede kun være dekket med den forsikringssum han hadde ti år tilbake.

<sup>24</sup> Se kapittel 3 punkt 3.4.2

<sup>25</sup> l.c

## 2.3 Claims made prinsippets historikk

### 2.3.1 Fremveksten av prinsippet

Claims made prinsippet ble opprinnelig innført i USA som dekningsprinsipp under poliser som var laget for bestemte arrangementer og prosjekter, og hvor erstatningskravene ble kjent umiddelbart. For andre ansvarsforsikringer benyttet assurandørene seg av ”occurrence” prinsippet for å definere forsikringstilfellet. For å være dekningsmessig under en occurrence klausul må erstatningsansvaret “occurr” i forsikringstiden.

I 1970-årene steg antallet senskader dramatisk samtidig som det forekom en økning i størrelsen på de krav som ble fremmet. Disse tendensene var et resultat av 1970-årenes høye inflasjon. Forsikringsgiverne klarte ikke å sette premien til et beløp som reflekterte den risiko de tok ved å inngå forsikringsavtalen. En del forsikringsgivere sluttet derfor å tilby ansvarsforsikring som produkt. Andre økte premien drastisk til beløp de antok dekket den risiko selskapene påtok seg. Som en konsekvens av dette gikk mange ansvarsassurandører i USA etter hvert over til å benytte claims made klausulen som dekningsprinsipp for formuesansvarsforsikringene<sup>26</sup>.

### 2.3.2 Fremveksten av prinsippet i norsk rett

Under den norske forsikringsavtaleloven av 1930 var årsaksprinsippet<sup>27</sup> det generelle prinsipp som definerte forsikringstilfellet. I loven kom dette prinsipp til uttrykk gjennom lovens § 91 som uttalte at et forsikringssselskap svarte for følgene av en skadevoldende begivenhet, selv om følgene først inntraff etter forsikringstidens utløp<sup>28</sup>. Bestemmelsen var imidlertid deklarasjonsrett, og den ble derfor til en viss grad fraveket.

Antagelig ble claims made prinsippet benyttet allerede på slutten av 1970-tallet. På begynnelsen av 1980-tallet finnes imidlertid konkrete eksempler på at claims made klausulen ble benyttet som dekningsprinsipp for styreansvarsforsikringer<sup>29</sup>. Etter hvert ble claims made prinsippet det allmenne dekningsprinsipp for styreansvar.

---

<sup>26</sup> Se Marsch Affinity Group Services, “Understanding your claims made coverage”

<sup>27</sup> Se pkt 2.1.1

<sup>28</sup> Se Forsikringsavtaleloven av 06.06 1930 § 91

<sup>29</sup> Se Vesta Hygeas ansvarsforsikringsvilkår for adm. direktører og styremedlemmer av 1983 § 4

Etter dette ble claims made prinsippet gradvis innført som dekningsprinsipp også for andre formuesansvarsforsikringer. Claims made prinsippet ble blant annet innført som dekningsprinsipp for ansvarsdekningen for advokater.

Begrunnelsen for innføringen av claims made prinsippet i Norge, var at selskapene ønsket et prinsipp som var egnet til å dekke denne nye forsikringsart. Overgangen til claims made klausuler var dessuten et resultat av forsikringsselskapenes problemer med å finne reassurandører som var villige til å ta risikoen under en årsaksklausul. Utenlandske ansvarsassurandører benyttet i stor grad claims made klausuler for å definere forsikringstilfellet. Norske forsikringsgivere måtte derfor benytte samme definisjon dersom de skulle oppnå en komplett reassuranse for den risiko de hadde påtatt seg ansvar for å dekke.

Overgangen fra årsaksprinsippet til claims made prinsippet kan også begrunnes i den usikkerhet rundt fremtidige krav som årsaksprinsippet medførte. Fordi forsikringstilfellet inntraff i det årsaken til den erstatningsbetingende begivenhet forekom, gikk det i mange tilfeller lang tid fra forsikringstilfellet inntraff til det ble meldt til forsikringsselskapet. Begrunnelsen for dette er at dersom den erstatningsbetingende begivenhet skal oppdages, må den som regel manifestere seg i det ytre. Denne senskadeproblematikken vanskeliggjorde selskapenes risikoberegning, og dermed også forsikringsselskapenes drift. Bruk av årsaksprinsippet kan dessuten ha ført til tvister om hvem som skulle anses som ansvarlig for den erstatningsbetingende begivenhet. Overgangen til claims made prinsippet kan derfor også begrunnes i prosessøkonomiske hensyn.

Også i de andre nordiske land ble claims made prinsippet innført på 1980-tallet<sup>30</sup>. I Danmark ble for eksempel claims made prinsippet innført i 1987 for bedrifts- og produktansvarsvilkår<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Se Ullmann "Försäkring och ansvarsfördelning" s. 94 og s. 329.

<sup>31</sup> Se Lett, Georg "Indførelse av claims made-klausul" s. 45



### 2.3.3 Prinsippets anvendelsesområde

#### 2.3.3.1 I Norden

Claims made prinsippet benyttes i Norge i dag utelukkende ved formueansvarsforsikringer. Til gjengjeld er claims made prinsippet det generelle prinsipp for disse forsikringer. Ved ansvarsdekninger for fysisk skade benytter forsikringsselskapene konstateringsprinsippet.

Også i Sverige benyttes claims made prinsippet som det generelle prinsipp for dekninger for formueskade. Ved dekninger for fysisk skade opereres det imidlertid i Sverige hovedsaklig med skaden inntraff prinsippet<sup>32</sup>.

I Danmark er claims made prinsippet i dag det generelle prinsipp for ansvarsdekninger for både fysisk skade og formuestap.

Det er verdt å merke seg at mens det foreligger rettsenhet i disse nordiske land hva angår dekningsprinsipp for de rene formuesskadevilkårene, er det ved ansvarsdekningene for fysisk skade valgt tre ulike løsninger. Dette kan kanskje tyde på at valg av dekningsprinsipp vel så mye er et utslag av tradisjon og tilfeldigheter, enn av et bevisst valg.

#### 2.3.3.2 I USA

Claims made prinsippet ble som nevnt opprinnelig innført i USA, og er i dag det generelle prinsipp ved formuestap. For fysisk skade er det fremdeles occurrence-klausulen som er mest benyttet.

I slutten av 1980-årene ble imidlertid claims made klausuler også introdusert ved visse dekninger for fysisk skade. Disse særvilkår basert på claims made prinsippet ble innført for ansvarsdekninger som var utsatt for senskadeproblematikken. Eksempler på slike ansvarsdekninger er forsikringer som dekker asbestskader, legemiddelansvar og miljøansvar.

---

<sup>32</sup> Se Waldenvik "Ansvarsforsikringens inträffande- och claims made-teorier" s. 301

### 3 Innholdet i claims made prinsippet

#### 3.1 Innledning

I dette kapittelet er intensjonen å redegjøre for claims made prinsippet innhold, gjennom en tolkning av claims made klausulen i tre av de største forsikringstilbydernes generelle formuesskadevilkår. De vilkår som er gjenstand for en analyse er formuesskadevilkårene til If<sup>33</sup> og Vesta<sup>34</sup> samt profesjonsansvarsvilkårene til AIG<sup>35</sup>.

Gjensidige er også en av de største tilbyderne av formueskadedekninger i det norske marked. Gjensidige har imidlertid valgt å benytte konstateringsprinsippet som dekningsprinsipp<sup>36</sup>. Deres vilkårssett vil derfor ikke være gjenstand for en analyse i denne oppgaven.

Styreansvarsvilkårene til enkelte selskaper spesialregulerer og bygger ut dekningsomfanget i større grad enn formuesskadevilkårene. Dette medfører at de reiser enkelte spørsmål som formuesskadevilkårene til If og Vesta samt profesjonsansvarsvilkårene til AIG ikke reiser. Eksempler fra disse vilkår vil derfor benyttes der dette belyser de spørsmål oppgaven drøfter<sup>37</sup>.

Det følger av Ifs alminnelige formuesskadevilkår punkt 3 "Når forsikringen gjelder":

---

<sup>33</sup> Se formuesskadevilkår av 7 september 1998 nr. AOF1-5

<sup>34</sup> Se vilkår av 1. januar 2004 vilkår nr. GC129

<sup>35</sup> Se profesjonsansvarsvilkår av 20. desember 2001 revidert 1. desember 2002. AIG har generelle profesjonsansvarsvilkår som dekker ansvar for formuesskade og ikke generelle formuesskadevilkår som de andre forsikringsselskapene.

<sup>36</sup> Se Formuesskadevilkår av juli 2000, pkt 4.1 første ledd.

<sup>37</sup> Se kapittel 3 punkt 3.4.2

### 3.1

Hvis ikke annet er avtalt, må erstatningskravet for formueskaden

- a) være reist mot sikrede eller Forsikringsselskapet i forsikringstiden, og
- b) grunne seg på handling eller unnlattelse foretatt i forsikringstiden.

### 3.2

Erstatningskravet anses reist på det tidligste av følgende tidspunkt:

- Når sikrede eller Forsikringsselskapet første gang mottar skriftlig krav om erstatning
- når sikrede eller Forsikringsselskapet første gang mottar skriftlig melding vedrørende omstendigheter som kan ventes å føre til at erstatningskrav blir reist mot sikrede eller Forsikringsselskapet.

### 3.3

Dersom kravet grunner seg på unnlattelse, regnes unnlattelsen i tvilstilfelle som foretatt den dag handlingen senest måtte være foretatt om tapet skulle vært unngått.

### 3.4

Alle erstatningskrav som følger av samme handling eller unnlattelse regnes som ett skadetilfelle og henføres til det tidspunkt det første kravet reises, jfr pkt. 3.2.

## Vestas alminnelige formuesansvarsforsikring definerer "Hva forsikringen omfatter" i pkt 3:

### 3.1

Selskapet svarer for rettslig erstatningsansvar for formuesskade som sikrede pådrar seg overfor oppdragsgiver eller tredjemann når erstatningskravet er fremsatt mot sikrede i forsikringstiden og voldt under utøvelse av den virksomhet som er beskrevet i forsikringsbeviset.

Med formuesskade menes økonomiske tap som ikke er en følge av skade på personer eller ting.

### 3.2

Erstatningskrav anses fremsatt når sikrede eller selskapet mottar et skriftlig krav fra skadelidte. Dersom sikrede eller selskapet før ovennevnte tidspunkt har fått kjennskap til de forhold som begrunner kravet ved skriftlig melding fra skadelidte, regnes kravet som fremsatt når slik melding ble mottatt.

Forsikringen omfatter ikke formuesskade som utspringer fra krav som er fremmet mot sikrede, og krav som er, eller burde være, kjent for sikrende eller forsikringstaker på tegningstidspunktet, jf. Forsikringsavtalelovens (FAL) paragraf 4-2.

Forsikringen omfatter ikke skader forårsaket mer enn 2 år før forsikringens ikrafttredelse.

### 3.3

Hvis sikrede nedlegger sin virksomhet, svarer selskapet for erstatningskrav fremsatt mot sikrede innen 12 måneder etter forsikringens opphør, forutsatt at sikrede hadde gyldig ansvarsforsikring i selskapet da virksomheten opphørte og da den ansvarsbetingende handling eller unnlatelse fant sted. Skaden skal erstattes i henhold til de vilkår, inklusive forsikringssummer, som gjaldt på opphørstidspunktet.

Har selskapet stilt sikkerhet overfor Kredittilsynet, er ansvarsforsikringen subsidiær i forhold til sikkerhetsstillelsen. Ansvarsforsikringen dekker selskapets regresskrav mot sikrede for utbetalinger over sikkerhetsstillelsen.

Claims made dekningen i AIGs profesjonsansvarsvilkår finnes i pkt 4 under overskriften "Når forsikringen gjelder":

#### 4.1

Forsikringen gjelder for krav som fremsettes første gang mot sikrede i forsikringsperioden. Med krav forstås:

- (1) krav om erstatning fra en tredjemann fremsatt i eller utenfor rettergang,
- (2) skriftlig melding fra en tredjemann om at noen har til hensikt å holde sikrede ansvarlig for formueskade,

#### 4.2

Et krav anses senest som fremsatt da sikrede første gang mottok et skriftlig krav.

#### 4.3

Dersom sikrede i forsikringstiden melder fra til AIG Europe om omstendigheter som kan føre til et erstatningskrav for formueskade skal dette regnes som krav mot sikrede i henhold til 4.1. Sikrede skal i meldingen til selskapet gi utfyllende informasjon om årsakene til erstatningskravet.

#### 4.4

Forsikringen omfatter ikke erstatningskrav som skyldes handlinger eller unnlatelser som er foretatt før den retroaktive dato som er angitt i Forsikringsbeviset.

#### 4.5

Hvis forsikringen omfatter datterselskap i henhold til punkt 1.2 og 1.3 dekkes bare datterselskapets formuestap som følge av handlinger eller unnlatelser begått i løpet av den tid da selskapet var å anse som et datterselskap i konsernet.

En claims made klausul i sin rene form, er en klausul som fastslår at forsikringstilfellet er inntruffet når krav om erstatning er fremsatt overfor sikrede i forsikringstiden<sup>38</sup>. Av klausulene referert foran er Vestas vilkår punkt 3.1 en slik klausul<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Se Lett "Erhvervs- og produktansvarsforsikring" s. 131

<sup>39</sup> "Selskapet svarer for rettslig erstatningsansvar for formuesskade som sikrede pådrar seg overfor oppdragsgiver eller tredjemann når erstatningskravet er fremsatt mot sikrede i forsikringstiden og voldt under utøvelse av den virksomhet som er beskrevet i forsikringsbeviset."

En så bastant utforming av klausulen kan imidlertid skape problemer for sikrede<sup>40</sup>. Klausulen gir for eksempel ikke sikrede forsikringsdekning dersom erstatningskravet fremsettes etter at sikrede har nedlagt sin virksomhet. Forsikringselskapene modifiserer derfor ofte claims made klausulene i sine vilkår. Vilkårene til Vesta, If og AIG gjengitt i den videre fremstilling, er eksempler på at claims made prinsippet i sin rene form er bygget ut for å gi sikrede et bedre vern.

### 3.2 Hva skal til for at et krav er fremsatt?

Under en claims made klausul vil tidspunktet for når kravet fremsettes avgjøre når forsikringstilfellet er inntruffet. Dersom kravet fremsettes i forsikringstiden, utløses altså forsikringsdekningen. Det er derfor av vesentlig betydning å kartlegge **hvilke betingelser som må foreligge** for at kravet (the claim) er fremsatt (is made), slik det fremgår av det engelske navnet på klausulen.

Dette innebærer at det må tas stilling til **hva** som innholdsmessig ligger i uttrykket krav samt **tidspunktet** for når kravet er reist.

Fordi claims made klausulene som regel benyttes uten endringer, er de imidlertid å anse som ensidig utformede standardvilkår. I henhold til alminnelige kontraktsrettslige prinsipper skal da uklarhet eller usikkerhet ved fastleggingen av vilkårenes innhold, tolkes mot den som har utformet vilkårene, nemlig forsikringsgiver.

De tre vilkårssett har formulert de innholdsmessige kriteriene til kravet forskjellig<sup>41</sup>. I punkt 3.2.1, 3.2.2 og 3.2.3 vil det redegjøres for hva disse forskjellene består i og hvilken betydning de får for forsikringsdekningen.

En dekningsutløsende faktor vil si en begivenhet som utløser forsikringsdekningen. Med bakgrunn i forsikringsvilkårene til If, Vesta og AIG kan det oppstilles tre dekningsutløsende faktorer av betydning for claims made prinsippet. Før det første kan **erstatningskrav fra skadelidte tredjemann** utløse dekning.

Videre kan **skriftlig melding fra skadelidte tredjemann** utløse dekning. **Sikredes melding til selskapet** er i henhold til vilkårene en tredje dekningsutløsende faktor.

---

<sup>40</sup> Se Lett op. cit. s 131.

<sup>41</sup> Se kapittel 3 punkt 3.1.

Når det gjelder erstatningskrav eller skriftlig melding fra skadelidte tredjemann definerer de tre vilkårssettene forsikringstilfellet til det tidspunkt sikrede, alternativt sikrede eller forsikringsselskapet, mottar en av to alternative underretninger; (skriftlig) erstatningskrav eller skriftlig melding.

**AIGs** vilkår definerer uttrykket krav og gir to ulike betydninger av begrepet. Omfattet er både erstatningskrav og skriftlig melding til sikrede om at han vil bli holdt ansvarlig for formuestap.

**Vestas** vilkår omfatter både erstatningskrav samt skriftlig melding fra skadelidte til enten sikrede eller forsikringsselskap om de forhold som begrunner kravet.

Etter **Ifs** vilkår inntreffer forsikringstilfellet når erstatningskrav er fremsatt mot sikrede eller forsikringsselskapet. Vilkårssettet likestiller imidlertid fremsettelse av erstatningskrav med skriftlig melding ”vedrørende omstendigheter som kan ventes å føre til at erstatningskrav blir reist mot sikrede eller Forsikringsselskap”.

Vesta og If krever at erstatningskravet fremsettes skriftlig. Det er altså ikke tilstrekkelig for å anse kravet reist at sikrede eller forsikringsselskapet blir presentert kravet muntlig. Meldingen må være nedfelt i bokstaver. Fordi vilkårene ikke stiller ytterligere kriterier til hva som ligger i skriftkravet, er det naturlig å anta at det er opp til skadelidte å avgjøre hvorledes henvendelsen skriftlig skal formidles til sikrede eller forsikringsselskap. Skriftlighet vil for det første være brev, men også telefax og e-mail må antas å tilfredsstille kravene til skriftlighet.

AIG har ikke et slikt formkrav i forhold til erstatningskrav. Også et muntlig erstatningskrav vil derfor utløse dekning under AIGs vilkår.

Ifs og Vestas vilkår gir, i motsetning til AIGs vilkår, også skadelidte rett til å utløse forsikringstilfellet ved skriftlig melding til forsikringsselskapet. Vilkårene til AIG lar altså kun henvendelser til sikrede utløse forsikringstilfellet. En begrunnelse for at AIGs vilkår er utformet slik kan være av hensyn til sikrede. Sikrede vil etter disse vilkår ha kontroll over et eventuelt ansvar til enhver tid. Utformingen gir dessuten sikrede et incitament til å sørge for å holde seg oppdatert i forhold til omstendigheter som kan tenkes å føre til fremsettelse

av erstatningskrav på et senere tidspunkt. Ved kun å la henvendelse til sikrede utløse forsikringstilfellet, innsnevrer AIG tilsynelatende vilkårenes dekningsomfang. Dette får imidlertid neppe en praktisk betydning. Dersom henvendelsen rettes direkte mot forsikringsselskapet, må det antas at selskapet tar umiddelbar kontakt med sikrede. Sikrede får i så fall raskt kjennskap til henvendelsen likevel.

Det vil i det følgende først bli redegjort for hva som ligger i begrepet erstatningskrav, jfr pkt. 3.2.1. Deretter vil innholdet i den skriftlige melding fra skadelidte bli gjennomgått i pkt 3.2.2.

### 3.2.1 Erstatningskrav

Ved tolkningen av hva som menes med "erstatningskrav" må det i samsvar med vanlig juridisk metode tas utgangspunkt i den alminnelig språklige forståelse av begrepet. Den alminnelige språklige forståelse av begrepet erstatning er godtgjøring, vederlag eller kompensasjon for lidt tap<sup>42</sup>. Med begrepet "krav" forstås det å kreve noe, fordring eller forlangende<sup>43</sup>. Sammenholdes den alminnelig språklige forståelse av begrepene med den kontekst de forekommer i, nemlig forsikringsvilkår for formuesskade, kan begrepet erstatningskrav mot sikrede defineres slik: "et forlangende på økonomisk kompensasjon for tap forårsaket av sikrede".

Denne definisjonen kan igjen inndeles i tre elementer; ansvarsgrunnlag ved at det er sikrede som pretenderes å være ansvarlig, økonomisk tap samt adekvat årsakssammenheng mellom det økonomiske tap og ansvarsgrunnlaget. En henvendelse som inneholder alle disse tre elementer er å anse som et erstatningskrav. Dersom en henvendelse ikke inneholder alle tre elementer må det avgjøres konkret om henvendelsen er et erstatningskrav. Se for eksempel **FSN uttalelse nr 1541**;

” Vesta overtok advokatansvarsforsikringen 1.1.90. Sikrede bisto A og B ved inngåelse av en avtale i 87/88 som bl.a. innebar at B testamenterte sin leilighet til A.

Testamentet ble i februar 89 ansett som ugyldig av skifteretten og sikrede ble varslet om dette av A i brev datert 13.4.89. Sikrede ble samtidig varslet om at dersom skifterettens standpunkt var korrekt, ville dette innebære et økonomisk tap for A. 10.1.91 ble det tatt ut

---

<sup>42</sup> Hentet fra "bokmålsordboka", [www.dokpro.uio.no](http://www.dokpro.uio.no)

<sup>43</sup> l.c

forliksklage mot sikrede med krav om erstatning for påstått økonomisk tap påført A som følge av testamentets ugyldighet. Sikrede meldte krav om eventuell dekning av ansvar til Vesta 11.4.91. Selskapet avslo dekning fordi et betinget erstatningskrav ble fremsatt mot sikrede i A's brev av 13.4.89, før forsikringens ikrafttreden. Spørsmålet var om dette brev var et erstatningskrav i vilkårenes forstand.

**FSN** viste til at etter de opplysninger klienten ga i brev til sikrede 13.4.89, var testamentet ugyldig på grunn av inhabile testamentsvitner, og klienten bebreidet advokaten for manglende veiledning om vitnepåtegninger. Brevet ble avsluttet med at tap på 600.000 kr. "vil jeg ikke kunne akseptere". Det forelå imidlertid også en overenskomst i saken om rett for vedkommende klient til å overta eiendommen. Dette forhold, sammenholdt med den noe ubestemte avslutning på brevet, gjorde at det etter nemndas mening ikke burde legges til grunn at det gjennom brevet var fremsatt et erstatningskrav."

Spørsmålet om den nedre grensen for hva som er å anse som et erstatningskrav etter vilkårene til AIG, Vesta og If vil sjelden komme på spissen. Grunnen til dette er at en henvendelse som ikke tilfredsstillende betingelsene for å være et erstatningskrav, som regel vil oppfylle betingelsene for å være en skriftlig melding. Spørsmålet blir derfor hvilket minimum av informasjon den skriftlige meldingen må inneholde for å anse den som et erstatningskrav i samsvar med vilkårene.

### 3.2.2 Skriftlig melding fra skadelidte tredjemann

En skriftlig melding som ikke oppfyller betingelsene for å være et erstatningskrav, kan utløse forsikringstilfellet under en claims made klausul.

Vilkårene oppstiller ulike betingelser for hvilken informasjon den skriftlige meldingen må inneholde for å utløse dekningen.

**Vestas** vilkår krever at den skriftlige meldingen må være egnet til å gi sikrede eller forsikringsselskapet "kjennskap om de forhold som begrunner kravet".

**AIGs** vilkår taler om "skriftlig melding fra tredjemann om at noen har til hensikt å holde sikrede ansvarlig for formuesskade", mens **Ifs** vilkår krever at den skriftlige meldingen er "vedrørende omstendigheter som kan ventes å føre til at erstatningskrav blir reist mot sikrede eller Forsikringsselskapet."



Utgangspunktet etter de tre vilkårssett må være at den skriftlige meldingen er egnet til å gi sikrede slik informasjon at han forstår at han holdes eller vil bli holdt erstatningsansvarlig. En slik fortolkning samsvarer med formålet bak claims made klausulen, som er å gi sikrede og forsikringsgiver et enkelt og presist virkemiddel for å avgjøre når forsikringstilfellet er inntruffet.

Punkt 3.2 i **Vestas** vilkår sier at ”dersom sikrede eller selskapet før ovennevnte tidspunkt har fått kjennskap til de forhold som begrunner kravet ved skriftlig melding fra skadelidte, regnes kravet som fremsatt når slik melding ble mottatt.” Ordlyden i uttrykket ”kjennskap til de forhold som begrunner kravet” må antas å være identisk med uttrykket ”kunnskap om de forhold som begrunner det” i FAL 1989 § 8-5 om meldefrist<sup>44</sup>. Begrepene ”kjennskap” og ”kunnskap” er synonyme<sup>45</sup>. Både etter Vestas vilkår og meldefristregelen er det dessuten informasjon om erstatningskravet som er sentralt, jfr ”kravet” etter Vestas vilkår og ”det” i meldefristregelen<sup>46</sup>. Også meningsinnholdet må antas å samsvare.

I tillegg til den språklige forståelse taler også hensynet til sammenhengen i regelverket for å tolke Vestas vilkår i samsvar med meldefristregelen i FAL § 8-5. I Vestas vilkår av 1.7.1999 for sikkerhetsstillelse, ansvars- og underslagsforsikring vedrørende eiendomsmeglerforetak, heter det i punkt 7 at ”sikrede mister retten til erstatning dersom kravet ikke er meldt selskapet innen ett år etter at sikrede fikk kjennskap til de forhold som begrunner det”. Vesta benytter altså samme formulering i sitt eiendomsmeglervilkår om meldefrist, som i sine alminnelige formuesskadevilkår om hva som utløser forsikringstilfellet.

Ettersom begge bestemmelser er av avgjørende betydning for sikredes vern under forsikringsavtalen, er det naturlig å anse meningsinnholdet for å være det samme i begge vilkårssett. Forskjellig betydning av samme formulering hos samme forsikringsgiver gir dessuten en retts teknisk uholdbar løsning. Det er derfor naturlig å tolke formuleringen i Vestas formuesskadevilkår i samsvar med Vestas vilkår for eiendomsmeglere.

---

<sup>44</sup> FAL § 8-5 er en preklusjonsregel som sier ”at sikrede mister retten til erstatning dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at sikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det.”

<sup>45</sup> Se Bøe og Fossetøl "skoleordbok med synonymer" s. 71

<sup>46</sup> ”Det” referer nettopp her til kravet.

”De forhold som begrunner det” i eiendomsmeglervilkårene er i nemndspraksis antatt å være identisk med meldefristregelen i FAL § 8-5<sup>47</sup>.

Det fremgår av forarbeidene til forsikringsavtaleloven at uttrykket ”kunnskap om forhold som begrunner det” i § 8-5 innebærer at ”fristen starter å løpe når sikrede har fått kunnskap om de faktiske omstendigheter som begrunner erstatningskravet”<sup>48</sup>. Utgangspunktet er at fristen da starter å løpe ”når sikrede har kunnskap om et faktum som utgjør et forsikringstilfelle”<sup>49</sup>. Hva dette innebærer har rettspraksis tatt stilling til gjennom en konkret vurdering<sup>50</sup>. En gjennomgang av praksis fra forsikringsskadenemnda<sup>51</sup> viser en tilsvarende konkret tilnærming. Det kan synes som om nemnda tar utgangspunkt i den konkrete sak og lar det avgjørende være hvorvidt sakens forhold ga sikrede en rimelig foranledning til å melde fra til selskapet.<sup>52</sup>

**I FSN 3865** var for eksempel saksforholdet slik:

Sikrede (eiendomsmegler) foresto salg av en eiendom i mai 97. Kjøpers advokat tilskrev sikrede i brev 9.3.98. Kjøper mente sikrede hadde brutt sin opplysningsplikt i forbindelse med megleroppdraget og ba om ansvarserkjennelse. Sikredes advokat avviste ansvar i brev 18.3.98 og ba om en bekreftelse på at saken kunne henlegges:

”Jeg formoder at Deres mandant etter dette er enig i at det ikke foreligger noe grunnlag for ansvar for (sikrede). Likevel tør jeg be om at De for god ordens skyld bekrefter skriftlig hertil at jeg kan arkivere saken som avsluttet. Jeg regner med å høre fra Dem ved første leilighet.”

Etter dette hørte ikke sikrede noe mer, før han i brev 2.3.99 fra Klagenemnda for Eiendomsmeglingstjenester ble gjort oppmerksom på at firmaet var klaget inn for nemnda. Kjøper tok ut stevning mot selger 2.8.99. Den 17.12.99 ble det også tatt ut stevning mot

---

<sup>47</sup> Se blant annet FSN 3865 som forutsetter en slik tolkning. Der forsikringsavtaleloven er preseptorisk vil dessuten ikke selskapet kunne avtale seg bort fra FAL § 8-5 med mindre det er til gunst for sikrede, jfr FAL § 1-3 første ledd og unntakene fra preseptiviteten i annet ledd litra (a)-(e).

<sup>48</sup> Se NOU 1987: 24 s. 179

<sup>49</sup> Se Brynhildsen, Lid og Nygård "Forsikringsavtaleloven med kommentarer" s. 212

<sup>50</sup> Se for eksempel LB-2002-452, som avgjør spørsmålet på helt konkret grunnlag.

<sup>51</sup> For avgjørelser vedrørende ansvarsforsikring som er av interesse for det ovenstående spørsmål se FSN 1784, FSN 1913, FSN1987, FSN 2513, FSN 3865, FSN 4144, FSN 4302, FSN 5065.

<sup>52</sup> l.c

sikrede. Vesta avslo sikredes krav under ansvarsforsikringen med henvisning til at kravet var meldt for sent, jf ettårsfristen i FAL §8-5.

”Nemnda er enig med selskapet i at ett års fristen begynte å løpe i og med brevet av 8.3.98. Selv om det på dette tidspunkt var usikkert hvorvidt det ville bli reist krav mot megleren, var det i alle fall en betydelig risiko for dette. Det kan uansett ikke være tvilsomt at sikrede da fikk kjennskap til de forhold som begrunnet det senere søksmål. Det innebærer etter nemndas mening at sikrede burde ha varslet selskapet om et mulig krav allerede etter det første brevet. Da var fristen utløpt i mars 99 og i alle fall i oktober samme år da selskapet endelig ble varslet. Selskapet gis medhold.”

Brevet fra kjøpers advokat var altså tilstrekkelig til å utløse forsikringstilfellet og dermed meldefristen etter FAL § 8-5 og Vestas vilkår med tilsvarende innhold.

**I FSN 2513** kom imidlertid nemnda til det motsatte resultat.

Her var saksforholdet at ”sikrede, som var tannlege, i 88 ble bedt om å foreta utskifting av samtlige amalgamfyllinger hos skadelidte, idet hun hadde fått konstatert at hennes omfattende allergiplager m.v. skyldtes kvikksølv i amalgamfyllingene. Fyllingene ble erstattet, men sikrede lot noe amalgam være igjen i de dypeste fyllingene, blant annet fordi sikrede fryktet faren for komplikasjoner ved perforering til nerve. Sikrede følte seg til å begynne med atskillig bedre, men plagene kom tilbake igjen pga. de igjenværende amalgamrestene. I 92 klaget skadelidte sikrede inn for fylkeslegen. Noe erstatningskrav ble ikke antydnet. Først i 95 ble klagen tatt til følge av Statens Helsetilsyn, som kom til at sikrede ikke hadde opptrådt i samsvar med god tannlegesikk. Sikrede ble deretter saksøkt av skadelidte med krav om erstatning for lidt inntektstap. Kravet var da meldt til selskapet.

Selskapet avviste kravet under henvisning til at meldefristen iht. FAL § 8-5, 1. ledd var oversittet fordi sikrede hadde kunnskap om de nødvendige faktiske omstendigheter som lå til grunn for erstatningskravet allerede da han fra fylkeslegen fikk oversendt kopi av skadelidtes klage i 92. Sikredes advokat tilbakeviste selskapets bruk av meldefristbestemmelsen, idet sikrede umulig kunne ha hatt noen kunnskap om selve kravet før dette ble presentert for ham via skadelidtes advokat etter at helsetilsynets vedtak forelå i 95.

FSN bemerket: Selv om sikrede allerede i 92 fikk underretning om at skadelidte var misfornøyd med den behandling hun hadde fått hos ham, var det ikke noe i hennes brev

som antydnet at hun ville fremme erstatningskrav. Slikt krav ble først fremmet etter at klagesaksbehandlingen var ferdig hos Statens Helsetilsyn i 95. Når sikrede ikke hørte noe som helst innen rimelig tid etter at han hadde besvart henvendelsen, fra fylkeslegen, måtte han kunne gå ut fra at det ikke ville komme noe erstatningskrav. Han hadde således heller ingen foranledning til å melde fra til selskapet. Det som i realiteten utløste erstatningskravet, var uttalelsen fra Statens Helsetilsyn og den fikk han ikke kjennskap til før i 95. Kravet var således ikke meldt for sent."

Nemnda tok her utgangspunkt i at sikrede ikke hadde hørt noe innen rimelig tid etter at henvendelsen fra fylkeslegen var besvart. Forsikringstilfellet var derfor ikke inntruffet. I **FSN 3865** inntraff imidlertid forsikringstilfellet til tross for at sikrede ikke hadde hørt fra skadelidte på lang tid. Det kan synes som om den eneste forskjell i saksforholdet i de to avgjørelser er at sikredes advokat i den første saken (3865) ba skadelidte om en bekreftelse på at saken var avsluttet. Selv om en slik bekreftelse ikke kom, innrettet sikrede seg som om saken var avsluttet. Argumentasjonen synes da å være at sikrede skulle meldt kravet til selskapet fordi det ikke var kommet en bekreftelse på at saken var avsluttet. Det var da heller ikke avgjørende at det gikk over ett år før sikrede hørte noe mer.

Fordi avgjørelsene er basert på en konkret tilnærming og rimelighetshensyn synes å ha vært avgjørende for resultatet i den enkelte sak, er det vanskelig å trekke en generell norm ut av praksis. Det kan imidlertid utledes at den skriftlige meldingen må være egnet til å gi sikrede informasjon om de faktiske forhold som ligger til grunn for erstatningskravet.

**AIGs** og **Ifs** vilkår regulerer ikke hvilke opplysninger meldingen må inneholde. Det bør derfor kunne legges til grunn at dersom den skriftlige melding er egnet til å gi sikrede slik informasjon at han forstår at han holdes eller vil bli holdt erstatningsansvarlig, så er dette tilstrekkelig til å utløse dekning under **AIG** og **Ifs** vilkår. En slik konklusjon er i samsvar med det utgangspunkt som er lagt til grunn for drøftelsen vedrørende innholdet i den skriftlige melding. Vurderingen av hvorvidt meldingen tilfredsstillende **AIGs** og **Ifs** vilkår vil derfor også bero på en konkret helhetsvurdering.

På generelt grunnlag kan det imidlertid legges til grunn at meldingen må si noe om **ansvarsgrunnlaget** for kravet for at sikrede skal bli oppmerksom på at han vil bli holdt ansvarlig. Hvor inngående beskrivelsen av ansvarsgrunnlaget må være for at sikrede skal

forstå at han holdes ansvarlig, vil variere i forhold til den enkelte sak. I noen tilfeller vil sikrede allerede før skadelidte tar kontakt være klar over at han har handlet erstatningsbetingende i en sak. Henvendelsen fra skadelidte tredjemann vil da stadfeste for sikrede noe han allerede vet. I de tilfeller hvor sikrede ikke kjenner til sin erstatningsbetingende opptreden, skal det på den annen side mer til for at sikrede skal forstå at han vil bli holdt ansvarlig. Et minimumskrav til informasjon kan kanskje være at meldingen henviser til en konkret sak og videre viser at sikrede blir bebreidet. Det avgjørende må være skadelidtes pretensjon om at han har et krav. Hvorvidt kravet er grunnløst er derfor ikke av betydning.

Når det gjelder informasjon om **økonomisk tap** kom Høyesterett i **Rt. 1996 s.1** til at kravet var fremsatt til tross for at det økonomiske tapet i saken ikke var fastlagt. Høyesterett begrunnet sin konklusjon ved å vise til trusselen om fastsettelsessøksmål sammenholdt med tidligere korrespondanse i saken og uttalte: ” Etter det som er opplyst om sikkerheten for lånet og om debitors økonomi og adferd, var det en nærliggende tapsmulighet. Når dette er tilfellet, kan det ikke være avgjørende at man i første omgang ikke kunne beregne det eksakte tap. Jeg viser i denne forbindelse til at det i en slik situasjon vil ha betydning for forsikringsselskapet å kunne ivareta sine interesser med sikte på begrensning av tapet. Jeg tilføyer at jeg ikke ser bort fra at muligheten for tap i et konkret tilfelle kan være så hypotetisk og fjern at det ikke er grunnlag for å gjøre erstatningskrav gjeldende uten tapskonstatering, men det er ikke situasjonen i vår sak.”

Høyesterett foretok her en konkret vurdering av forholdene i saken. Det må imidlertid kunne utledes av dommen at hvor det foreligger en nærliggende tapsmulighet hensett til forholdene i saken, vil det ikke være av avgjørende betydning at det fullstendige tap er fastlagt.

En nærliggende tapsmulighet indikerer dessuten at det ikke er en betingelse at kravet allerede er oppstått. Legges et fra det mer til det mindre prinsipp til grunn, er det derfor også tilstrekkelig for å anse en skriftlig melding som dekningsutløsende, dersom meldingen dokumenterer at et fremtidig økonomisk tap vil inntreffe.

Ovenfor er det forsøkt redegjort for hvor inngående opplysningene om ansvarsgrunnlaget og økonomisk tap må være for at meldingen er dekningsutløsende. Som regel vil **årsakssammenhengen** mellom det økonomiske tap og ansvarsgrunnlaget fremgå av sammenhengen, uten at det sies eksplisitt. Mangel på årsakssammenheng mellom ansvarsgrunnlaget og det økonomiske tap kan imidlertid ikke være avgjørende for at meldingen skal være dekningsutløsende. Selv når det ikke fremgår en årsakssammenheng mellom ansvarsgrunnlaget og det økonomiske tap vil en melding gi sikrede forståelsen av at en skadelidt tredjemann pretenderer at sikrede er erstatningsansvarlig.

### 3.2.3 Sikredes adgang til å utløse forsikringstilfellet ved melding

I noen tilfelle kan sikrede få kunnskap om forhold som kan føre til erstatningskrav mot ham, uten at forsikringstilfellet utløses gjennom erstatningskrav eller melding fra skadelidte<sup>53</sup>.

Sikrede kan få slik kunnskap fordi han selv oppdager at han har gjort en feil. En advokat oppdager for eksempel kort tid etter at testator er gått bort at et testament han har satt opp er ugyldig på grunn av formfeil. Sikrede kan dessuten oppnå slik kunnskap gjennom for eksempel muntlige henvendelser fra skadelidte eller presseomtale omkring kritikkverdige forhold som ikke tilfredsstiller kravene som stilles til skriftlig melding som dekningsutløsende faktor<sup>54</sup>.

Det er derfor et behov for at forsikringsvilkårene utformes slik at sikrede av eget tiltak kan utløse forsikringstilfellet ved melding til selskapet om forhold som kan gi grunnlag for fremtidige krav. Hvis ikke sikrede gis en slik adgang vil han risikere å stå uten dekning for forhold som han visste om, men som han ikke hadde rett til å melde.

Opplyser for eksempel sikrede ved fornyelsen forsikringsgiver om forhold som kan gi grunnlag for et erstatningskrav, uten at opplysningene samtidig gir sikrede rett til å utløse forsikringstilfellet, risikerer sikrede at forsikringsgiver unntar de opplyste forholdene fra

---

<sup>53</sup> Jfr over i punkt 3.2.1 og punkt 3.2.2

<sup>54</sup> Se punkt 3.2.2

dekning i sitt fornyelsestilbud. Sikrede vil da stå uten dekning dersom det fremsettes et senere erstatningskrav som gjelder de unntatte forhold<sup>55</sup>.

En annet eksempel er hvor skadelidte fremsetter et erstatningskrav etter at forsikringsperioden er utløpt(uten avtalefornyelse), og hvor kravet gjelder forhold som sikrede har kjent til, men som han ikke har hatt rett til å melde for dermed å utløse dekningen under forsikringen.

På den annen side bør ikke sikrede ha adgang til å melde et hvert forhold eller aktivitet som han er redd for kan føre til erstatningskrav mot ham i fremtiden. En slik adgang vil uthule claims made prinsippet og innebære at sikrede i realiteten dekkes som om årsaksprinsippet var avtalt. Dersom en advokat har skrevet flere testamenten i forsikringsperioden, bør han ikke kunne melde forholdet til forsikringsselskapet, fordi han på helt generelt grunnlag er redd for erstatningskrav mot seg. Det må kreves at advokaten i meldingen konkretiserer eventuelle feil ved testamentene han har laget.

Dersom de omstendigheter som er angitt i meldingen er for generelle til å utløse forsikringstilfellet, vil ikke et senere krav som springer ut av ovennevnte generelle forhold medføre at den tidligere melding fra sikrede likevel utløser forsikringstilfellet.

I det følgende vil det foretas en gjennomgang av de tre vilkårssett for å se på **om** og i **hvilken grad** de åpner for en adgang for sikrede til å melde fra til selskapet og dermed utløse forsikringsdekningen.

Det følger av **AIGs** vilkår at:

”Dersom sikrede i forsikringstiden melder fra til AIG Europe om omstendigheter som kan føre til et erstatningskrav for formueskade skal dette regnes som krav mot sikrede i henhold til 4.1. Sikrede skal i meldingen til selskapet gi utfyllende informasjon om årsakene til erstatningskravet.”

---

<sup>55</sup> Dette spørsmålet vil bli drøftet nærmere i kapittel 4, punkt 4.1.1 FAL § 4-1 Opplysningsplikten.

**Ifs** vilkår sier at likestilt med erstatningskrav er skriftlig melding mottatt av sikrede eller forsikringsselskap ”vedrørende omstendigheter som kan ventes å føre til at erstatningskrav blir reist mot sikrede eller Forsikringsselskapet”.

Ordlyden i vilkårene gir ingen eksplisitt adgang for sikrede til å melde fra til selskapet om omstendigheter som kan lede til et erstatningskrav og dermed utløse dekningen, hvis erstatningskrav grunnet de samme omstendigheter senere bli fremsatt. På den annen side sperrer heller ikke vilkårene for at også sikrede gis en adgang til å utløse dekning gjennom melding. Vilkåret etterlater tolkningstvil. Uklarhetsregelen tilsier at vilkåret skal tolkes mot den som har utformet vilkårene. For sikrede er det mest gunstig at vilkåret åpner for at han selv kan melde fra for dermed å utløse dekning. Ifs vilkår bør derfor leses som at de gir sikrede adgang til å utløse dekningen ved å skriftlig melde fra til selskapet om omstendigheter.

Etter **Vestas** vilkår er ”erstatningskrav fremsatt når sikrede eller selskapet mottar et skriftlig krav fra skadelidte. Dersom sikrede eller selskapet før ovennevnte tidspunkt har fått kjennskap til de forhold som begrunner kravet ved skriftlig melding fra skadelidte, regnes kravet som fremsatt når slik melding ble mottatt.”

Vilkårenes ordlyd gir ikke sikrede en adgang til å utløse dekningen ved melding til selskapet. Det kan imidlertid spørres om en adgang for sikrede til å utløse dekning gjennom melding til selskapet, bør innfortolkes i vilkårene.<sup>56</sup>

De forhold som gjennom sikredes melding kan utløse erstatningsansvaret formuleres gjerne som ”omstendigheter”<sup>57</sup>. Den språklige forståelse av begrepet ”omstendighet” er forhold, faktor og situasjon eller tilfelle<sup>58</sup>. Sammenholdes dette med den kontekst ”omstendighet” forekommer i, må altså sikrede ha kunnskap om en situasjon eller forhold som kan lede til erstatningskrav for formueskade og melde dette til forsikringsselskapet.

**AIGs** vilkår oppstiller i motsetning til **If**, et tilleggskrav når det gjelder innholdet i den melding som sikrede gir til forsikringsgiver. Vilkårene krever at sikrede i meldingen må gi selskapet utfyllende informasjon om årsakene til erstatningskravet. Kravet innebærer at

---

<sup>56</sup> Dette vil bli drøftet nærmere i kapittel 4, punkt 4.2 – Revisjon av forsikringsavtalen.

<sup>57</sup> Se vilkårene til AIG og If.

<sup>58</sup> se "bokmålsordboka" [www.dokpro.uio.no](http://www.dokpro.uio.no)



sikrede, i tillegg til å ha fått kunnskap om erstatningskravet, må ha kunnskap om grunnlaget for det. Det er altså ikke tilstrekkelig at sikrede melder fra om hva slags erstatningsbetingende feil eller unnlattelse han har begått. Han må også redegjøre for bakgrunnen for feilen. Hvor inngående sikredes redegjørelse bør være beror på den konkrete sak. Her vil sakens kompleksitet og hvor lang tid som er gått siden feilen ble begått, være momenter av betydning.

Det finnes ikke retts- eller nemndspraksis i Norge som omhandler sikredes rett til å utløse forsikringstilfellet ved melding<sup>59</sup>. Det kan derfor nevnes at engelsk rettspraksis viser at domstolene i de tilfellene vilkårene benytter uttrykket "may"<sup>60</sup>, ikke stiller strenge krav til den skriftlige meldingen for at den skal utløse forsikringsdekningen<sup>61</sup>.

Uttrykket "omstendigheter" er i begge vilkårssett knyttet til en grad av sannsynlighet for at et fremtidig erstatningskrav kan bli fremsatt.

Etter **AIGs** vilkår skal meldingen omhandle "omstendigheter som kan lede til et erstatningskrav...". Uttrykket "kan" indikerer at det er en mulighet for at erstatningskrav vil reises, men at det ikke kreves sannsynlighetsovervekt. Uttrykket "kan" innebærer likevel at det må kreves noe mer enn om det for eksempel hadde stått "kan antas".

**Ifs** vilkår taler om "omstendigheter som kan ventes å lede til et erstatningskrav". "Kan ventes å lede til" er en noe sterkere språklig kvalifisering av kravet til sannsynlighet enn det som kreves i **AIGs** vilkår. Språklig indikerer "kan ventes" noe mer enn en mulighet for at erstatningskrav vil reises.

Verken **AIG** eller **If** forutsetter at erstatningskravet vil føre frem mot sikrede. Det er tilstrekkelig til å utløse forsikringstilfellet at kravet som sådan "kan"<sup>62</sup> eller "kan ventes"<sup>63</sup>

---

<sup>59</sup> Undersøkelser foretatt på lovdata

<sup>60</sup> Dette uttrykket må anses synonymt med "kan"

<sup>61</sup> Se *Rothschild v Collyear* (1999) *Lloyd's Rep IR* 6; *Hill* (2000) *BILA Journal* 12. som det er referert til i *Clarke "The Law of Insurance contracts"* s. 518. Her anføres dessuten at en klausul som benytter uttrykket "may"... "appears to some commentators to be little less than an invitation to the insured to periodically trawl his files for anything that suggests that something might go wrong."

<sup>62</sup> Jfr. **AIGs** vilkår

fremsett, selv om det er åpenbart grunnløst. Utløses forsikringstilfellet vil dessuten forsikringsgiver være forpliktet til å bistå sikrede i å forsvare seg og betale kostnadene som påløper blant annet til advokatbistand. Retten til å utløse forsikringstilfellet ved melding er derfor også viktig for sikrede i de tilfeller hvor han står overfor ubegrunnede krav.

Rettstekniske hensyn tilsier at hvorvidt et erstatningskrav ”kan” eller ”kan ventes” fremmet, bør foretas etter en objektiv vurdering av de ”omstendigheter” som ligger til grunn for at det kan bli fremmet et krav. En slik fortolkning av vilkåret bidrar til å unngå tvist mellom sikrede og selskapet, om hvorvidt omstendigheten skal være dekningsutløsende. Det avgjørende blir da om det forhold som sikrede er kjent med, også for en normalt forstandig person på vedkommende livsområde, fremsto som en omstendighet som ”kan” eller ”kan ventes” å lede til erstatningskrav.

Uttrykket omstendigheter omfatter en rekke forskjellige forhold. Det er derfor vanskelig å oppstille en generell norm for hva som skal til for at en omstendighet ”kan” eller ”kan ventes” å føre til erstatningskrav. Spørsmålet om når sikredes melding vil utløse dekning dersom det senere blir fremmet et erstatningskrav, må derfor avgjøres konkret.

Som regel vil kravet til ”kan” eller ”kan ventes” være tilfredsstilt dersom sikrede har mottatt en henvendelse fra skadelidte. Henvendelsens art er imidlertid av betydning for sannsynlighetsvurderingen. En skadelidt som kun retter negative kommentarer mot sikrede er det kanskje mindre grunn til å anta at senere vil fremme erstatningskrav, enn en skadelidt som truer med å gå til ytterligere skritt hvis ikke sikrede ordner opp.

Det vil imidlertid også forekomme situasjoner hvor sikrede selv oppdager et forhold som han mener at ”kan” eller ”kan ventes” å lede til erstatningskrav.

Så fremt kravet som stilles til sannsynlighet i vilkårene oppfylles, vil også slike forhold være dekningsutløsende omstendigheter etter vilkårene til AIG og If.

Hva som oppfyller sannsynlighetskravet når sikrede selv oppdager forholdet, vil variere i forhold til den enkelte sak. Fordi sikrede selv oppdager forholdet kan det imidlertid antas at det skal mer til for at forholdet oppfyller kravene, enn der hvor skadelidte henvender seg til sikrede. Når skadelidte henvender seg til sikrede for å informere ham om et forhold av

---

<sup>63</sup> Jfr. Ifs vilkår

klanderverdig karakter, er det større mulighet til å vurdere hvorledes skadelidte vil forholde seg til saken i fremtiden. Det vil derfor være enklere å vurdere hvorvidt skadelidte i fremtiden vil fremme et erstatningskrav på grunnlag av forholdet. Ved sikredes egne oppdagelser har imidlertid ikke sikrede vært i kontakt med skadelidte, og det kan derfor være vanskelig å trekke konklusjoner om hvorvidt skadelidte vil fremme erstatningskrav i fremtiden.

### 3.3 Når er kravet mottatt?

Rettstekniske hensyn tilsier at vurderingen av om meldingen fra sikrede utløser forsikringstilfellet, må foretas på det tidspunkt hvor selskapet mottar denne fra sikrede. Dette gir både sikrede og forsikringsgiver en mulighet til å vurdere forholdene, og bidrar således til at tvister kan unngås.

Det kan derfor spørres hvilket tidspunkt som skal legges til grunn for når kravet er mottatt? Er det tilstrekkelig at meldingen er **kommet frem** til mottager, eller må kravet være **kommet til kunnskap**? Ordlyden i vilkårene til If og AIG taler for at meldingen må ha kommet frem, jfr uttrykket ”fremstatt”. Vestas vilkår sier at kravet må være ”reist” mot sikrede. I denne sammenheng er det er det liten språklig nyanseforskjell i ordene ”fremstatt” og ”reist”. ”Reist” kan kanskje lede tanken mot en handling som er foretatt mer uavhengig av sikrede, enn ”fremstatt” som henspiller på at henvendelsen rettes direkte mot sikrede. Hensynet til sikrede tilsier at kravet må være kommet til kunnskap, ettersom sikredes rettigheter og plikter etter forsikringen utløses av tidspunktet når kravet anses mottatt. Fordi det oppstår tolkningstvil vil uklarhetsregelen være anvendelig. Anvendes denne regel må vilkårene leses som at kravet er mottatt når det har kommet til sikredes kunnskap.

### 3.4 Forsikringens snabel og hale

En vanlig måte å definere dekningsområdet til en claims made dekning på, er å beskrive forsikringen som en elefant<sup>64</sup>. Forsikringstiden er elefantens kropp. Tiden før forsikringen trer i kraft er forsikringens snabel, og tiden etter forsikringens utløp er forsikringens hale. I det følgende skal det redegjøres for enkelte spørsmål som reiser seg i forbindelse med "hale og snabel".

---

<sup>64</sup> Se Kasbohms foredragsdisposisjon s. 14

### 3.4.1 Snabelproblematikken<sup>65</sup>

Mange claims made vilkår oppstiller et tilleggskrav om at den handling eller unnløstelse som er grunnlag for et senere krav mot sikrede eller forsikringsgiver, må være foretatt etter en nærmere fastsatt dato.

En slik bestemmelse i forsikringsvilkårene kalles retroaktiv dato. "Retro" betyr tilbake. Retroaktiv dato betyr altså at forsikringen ikke er virksom forut for den retroaktive dato. Forsikringsvilkår som inneholder bestemmelser om retroaktiv dato begrenser derfor forsikringsgivers ansvar i forhold til vilkår som ikke inneholder en slik bestemmelse.

Et eksempel kan illustrere dette;

Forsikringens retroaktive dato er satt til 1.1.2005. En ansvarsbetingende handling foretas 20.12.2004, mens kravet først reises 3.2.2005. Her vil ikke kravet være dekningsmessig under forsikringen fordi den ble foretatt før forsikringens retroaktive dato.

Begrunnelsen for å etablere en retroaktiv dato for dekningen, er å begrense forsikringsselskapets ansvar<sup>66</sup>. Dersom vilkårene ikke etablerer en retroaktiv dato, vil forsikringsselskapet svare for krav som skyldes handlinger eller unnløstelser foretatt flere år tilbake i tid. Dersom en handling eller unnløstelse ligger langt tilbake i tid, vil det kunne være vanskelig for selskapet å få tilstrekkelig informasjon om faktum i saken. Bruk av retroaktiv dato vil dessuten medføre at forsikringsselskapet ikke blir ansvarlig for forhold som etter gjeldende erstatningsrett kan medføre ansvar, men som tidligere ikke ble brakt inn til domstolsbehandling. Det fremsettes for eksempel krav om erstatning i 2005. Kravet gjelder erstatning for tap som skyldes mangelfull oppløring av elever fordi det ikke ble oppdaget at de hadde dysleksi under skolegang i 1950 årene. Et slikt krav vil ikke være dekningsmessig, dersom den retroaktive dato i forsikringen er 1. januar 1960. Etablering av en retroaktiv dato bidrar altså til å begrense forsikringens dekningsfelt.

I noen tilfeller vil den retroaktive dato være identisk med det tidspunkt forsikringsavtalen trer i kraft. I andre tilfeller fastsettes en konkret dato tilbake i tid. Dette gir forsikringsselskapet og sikrede et enkelt skjæringstidspunkt å forholde seg til.

---

<sup>65</sup> Se Lett "Erhverv- og produktansvarsforsikring" s 134 flg.

<sup>66</sup> Se International Risk Management Institute Inc. s II.L.3

Sikrede har for eksempel fra 1. januar 1999 og frem til 1. januar 2000 vært dekket under en årsaksklausul i selskap A. Sikrede skifter deretter til selskap B som benytter claims made prinsippet med retroaktiv dato fra 1. januar 2000. Her vil sikrede være dekket sammenhengende, selv om den nye forsikringen har en retroaktiv dato. Det vil altså ikke oppstå hull i sikredes dekning. Begrunnelsen for dette er at årsaksprinsippet dekker krav som følge av en ansvarsbetingende handling eller unnløtelse foretatt i forsikringstiden, uavhengig av når kravet fremmes. Et krav som følge av en feil som er foretatt under den tidligere forsikringen men som fremmes etter den retroaktive dato i den nye forsikringen, er således dekningsmessig under årsaksklausulen i den tidligere forsikring. Hvis en retroaktiv dato ikke hadde blitt innført ville det foreligget dobbeltforsikring for krav som fremsettes etter år 2000, men som er forårsaket forut for dette tidspunkt<sup>67</sup>.

Bruk av retroaktiv dato vil på den annen side kunne medføre at sikrede i visse tilfeller står uten forsikringsdekning. Et eksempel kan illustrere dette;

Dersom sikrede i eksemplet ovenfor hadde vært dekket i selskap A med claims made uten retroaktiv dato, og selskap B dekket i henhold til claims made med retroaktiv dato fra 1. januar 2000, ville det kunne oppstå hull i sikredes dekning. Sikrede ville da ikke ha dekning for krav som fremsettes etter den retroaktive dato, men som er forårsaket forut for forsikringens retroaktive dato.

**Vesta** regulerer den retroaktive dato i vilkårenes pkt. 3.2. tredje ledd:

”Forsikringen omfatter ikke skader forårsaket mer enn 2 år før forsikringens ikrafttredelse.”

**AIGs** vilkår definerer forsikringens retroaktive dato i pkt 4.4:

”Forsikringen omfatter ikke erstatningskrav som skyldes handlinger eller unnløtelser som er foretatt før den retroaktive dato i Forsikringsbeviset.”

I henhold til **Ifs** vilkår pkt 3.1 litra b ”må erstatningskravet for formuesskaden...grunne seg på handling eller unnløtelse foretatt i forsikringstiden”, for å være dekningsmessig i henhold til vilkårene.

---

<sup>67</sup> Her hadde altså kravet vært dekningsmessig både etter årsaksklausulen i den tidligere forsikring og etter claims made klausulen i den nye forsikring.

AIG og If sine vilkår taler om at handlingen eller unnlattelsen må være "foretatt", mens handlingen eller unnlattelsen må være "forårsaket" etter Vestas vilkår. Både foretatt og forårsaket leder tanken i retning av at årsaken til handlingen må være oppstått etter forsikringens retroaktive dato, for å være dekningsmessig. En slik tolkning er dessuten retts teknisk enkel å benytte.

If definerer ikke uttrykket "forsikringstiden" i sine vilkår. Det kan reises spørsmål ved om "forsikringstiden" betyr den tiden man faktisk har vært dekket i If, eller den konkrete avtaleperiode. Sikrede har for eksempel vært dekket i If fra 1. januar 2000 og har fornyet avtalene hvert år frem til 1. januar 2005. En rimelig fortolkning av ordlyden er at uttrykket "forsikringstiden" refererer seg til den periode som sikrede sammenhengende har vært forsikret i samme selskap. Også for sikrede er en slik tolkning mest gunstig. For å avklare tolkningstvil burde If ha definert uttrykket "forsikringstid". Uklarhetsregelen taler således også for at "forsikringstiden" i Ifs vilkår refererer seg til den sammenhengende periode som sikrede har vært forsikret i samme selskap. I eksempelet ovenfor vil dette innebære at forsikringstiden er perioden mellom 1. januar 2000 og 1. januar 2005.

Dersom sikrede for eksempel har vært forsikret i et annet selskap i avtaleperioden 1. januar 2001 - 1. januar 2002, vil tolkningsresultatet ovenfor innebære at forsikringstiden i If varer fra 1. januar 2002 og frem til 1. januar 2005. Dette er den periode som sikrede sammenhengende har vært forsikret i samme forsikringsselskap.

AIGs løsning med å innta en konkret retroaktiv dato i forsikringsbeviset, forutsetter som utgangspunkt at spørsmålet er diskutert mellom partene. En slik løsning er derfor å anbefale.

### 3.4.2 Haleproblematikken

Sikrede vil etter claims made prinsippet i sin rene form<sup>68</sup> stå uten forsikringsdekning hvis det fremsette krav mot ham etter forsikringstidens utløp.

Dette vil blant annet være tilfellet dersom:

---

<sup>68</sup> Se fotnote 39 og 40 på side 17.

- sikrede nedlegger sin forretningsvirksomhet og claims made avtalen opphører fra samme tidspunkt.

- sikredes claims made avtale sies opp av forsikringsgiver og sikrede ikke får tegnet ny avtale hos annen forsikringsgiver

- sikredes claims made avtale erstattes av en ny avtale som benytter konstaterings- eller årsaksprinsippet.

- sikredes claims made avtale erstattes av en ny claims made avtale.

Den nye claims made avtalen inneholder imidlertid en bestemmelse om en retroaktiv dato som er lenger frem i tid enn den tidligere forsikringsavtalen. (Eks. retroaktiv dato i ny avtale 1. januar 2000, mens den i tidligere avtale var 1. januar 1999).

For at sikrede skal oppnå forsikringsvern i de fire ovennevnte situasjoner kan claims made avtalen bygges ut med en "hale"-dekning. Klausuler som regulerer forsikringens hale kalles "utvidet oppdagelsesperiode"<sup>69</sup>. En slik utvidet oppdagelsesperiode kan inngå som en del av forsikringsavtalen. Inneholder ikke forsikringsavtalen en slik klausul, vil en utvidet oppdagelsesperiode også stort sett kunne kjøpes mot en tilleggspremie.

**If** har i sine vilkår ingen klausul som gir sikrede en utvidet oppdagelsesperiode.

**Vesta** opererer med en utvidet oppdagelsesperiode i punkt 3.3 som lyder "hvis sikrede nedlegger sin virksomhet, svarer selskapet for erstatningskrav fremsatt mot sikrede innen 12 måneder etter forsikringens opphør, forutsatt av at sikrede hadde gyldig ansvarsforsikring i selskapet da virksomheten opphørte og da den ansvarsbetingende handling eller unnløst fant sted. Skaden skal erstattes i henhold til de vilkår, inklusive forsikringssummer, som gjaldt på opphørstidspunktet."

Sikredes dekning etter Vestas vilkår forutsetter at han hadde gyldig ansvarsforsikring i Vesta da den erstatningsbetingende handling eller unnløst ble foretatt. Dette begrenser

---

<sup>69</sup> Uttrykket er en oversettelse av tilsvarende klausuler som benyttes i amerikanske vilkår "Extended reporting period" (ERP) eller "Discovery period"

dekningsomfanget. Adgangen til å melde krav etter forsikringsperiodens opphør er dessuten begrenset til å gjelde tilfeller hvor sikrede nedlegger sin virksomhet. Dersom sikrede bytter forsikringsgiver, gjelder ingen utvidet oppdagelsesperiode. Klausulen gir således sikrede et begrenset vern.

**AIG** har på sin side en svært snever klausul om utvidet oppdagelsesperiode i sine vilkår. Oppdagelsestiden er blant annet satt til 60 dager, og forutsatt at selskapet avslår fornyelse av andre grunner enn manglende premiebetaling og brudd på forsikringsvilkår<sup>70</sup>.

Et eksempel på vilkår som gir sikrede en bedre dekning er imidlertid **AIGs styreansvarsvilkår**<sup>71</sup>. Vilkårene regulerer i kapittel 5 spørsmålet om utvidet oppdagelsesperiode. Sikrede gis rett til å kjøpe dekning for en utvidet oppdagelsesperiode både i de tilfeller sikrede velger å ikke fornye dekningen, og i de tilfellene AIG avslår å fornye forsikringen. Varigheten av en utvidet oppdagelsesperiode er kun et år hvis sikrede sier opp dekningen, mens den kan være inntil 3 år hvis AIG sier opp dekningen.

Kjøpesum er beregnet til en proSENTSATS av siste års premie. Størrelsen på proSENTSATSEN avhenger av lengden på den utvidete oppdagelsesperiode. Dersom AIG avslår fornyelse og sikrede benytter sin rett til å kjøpe forsikring, vil prisen for utvidet dekning i 12 måneder være 25 prosent av siste års premie. Kjøpes dekning for 3 år er prisen fastsatt til 75 prosent av siste års premie. Kjøper sikrede dekning for 3 år vil han en forsikringssum til disposisjon for hele perioden og ikke en sum for hvert år.

Det forhold at partene ved inngåelsen av avtalen har avtalt vilkår og pris for sikredes opsjon til å kjøpe dekning, skaper forutberegnelighet for sikrede. Han unngår å måtte forhandle pris og vilkår med selskapet når avtaleforholdet avsluttes. Klausulen innebærer at AIG gir fra seg muligheten til å beregne en høyere premie, hvis risikobildet forverres etter inngåelsen av avtalen.

---

<sup>70</sup> Se AIGs vilkår punkt 5.1

<sup>71</sup> Se BusinessGuard Styreansvarsforsikring av 14 mai 1998 revidert 09.01.01



## 4 Holdbarheten av claims made prinsippet

I dette kapittelet vil holdbarheten av claims made prinsippet bli drøftet i forhold til tre problemstillinger. Først vil claims made prinsippet bli drøftet i forhold til forsikringsavtalelovens bestemmelser om opplysningsplikt, meldeplikt, meldefrist, skadelidtes vern og foreldelse. Deretter vil claims made prinsippet bli drøftet i forhold til revisjon av forsikringsavtalen. Til slutt vil det foretas en de lege ferenda drøftelse av om claims made prinsippet bør lovreguleres.

### 4.1 Forholdet til forsikringsavtalelovens regler

De faktorer som kan utløse dekning under en claims made klausul<sup>72</sup> deles gjerne i to grupper<sup>73</sup>. Det er vanlig å snakke om claims made prinsippets første og annen del. Claims made prinsippets **første del** omfatter erstatningskrav eller skriftlig melding fra skadelidte, mens sikredes adgang til å utløse dekning gjerne omtales som claims made prinsippets **annen del**.

Som nevnt i pkt 1.2.1 er reglene i FALs kapittel A preseptoriske overfor mindre næringsdrivende med mindre annet er sagt, jfr. FAL § 1-3. Bestemmelsene om opplysningsplikt, meldeplikt, meldefrist, skadelidtes vern og foreldelse er inntatt i del A og kan ikke fravikes. Claims made prinsippets annen del vil bli drøftet i forhold til forsikringsavtalelovens regler om opplysningsplikt, meldeplikt, meldefrist og vern av skadelidte tredjemann. Både claims made prinsippets første og annen del vil bli drøftet i forhold til FAL § 8-6 om foreldelse. Hvorvidt det foreligger motstrid mellom sikredes preseptoriske vern i henhold til loven og claims made prinsippets to deler må avgjøres i hvert enkelt tilfelle.

---

<sup>72</sup> Erstatningskrav, skriftlig melding fra skadelidte tredjemann og sikredes melding til selskapet.

<sup>73</sup> Se Wilhelmssen "AIDA - skjulte handlingsklausuler" s. 258 flg.

Forarbeidene til FAL<sup>74</sup> uttaler at der det er usikkert om en klausul rammes av en bestemmelse i loven, eller er tillatt i kraft av den alminnelige avtalefrihet må "...rekkevidden av loven fastlegges i samsvar med alminnelige prinsipper for lovtolkning. Ved denne tolkningen vil selvsagt de mer kasuistiske tvingende reglene spille en stor rolle, og eventuelt bli anvendt analogisk."

#### 4.1.1 Opplysningsplikten FAL § 4-1

Det følger av FAL § 4-1 at selskapet i forbindelse med inngåelsen eller fornyelsen av en forsikring kan be sikrede om "opplysninger om forhold som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen". Bestemmelsen oppstiller også en selvstendig plikt for sikrede til å "av eget tiltak gi opplysninger om særlige forhold som han eller hun må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen."

Mange forsikringsselskaper har utarbeidet standardiserte spørreskjemaer som sikrede må besvare ved første gangs inngåelse og deretter ved årlig fornyelse av avtalen. Noen spørreskjemaer kan inneholde spørsmål om det foreligger mulighet for at det kan dukke opp skader i fremtiden. Et spørreskjema kan for eksempel be sikrede svare på om han "er kjent med omstendigheter som kan antas å medføre fremtidige erstatningskrav". Dersom sikrede svarer bekreftende på selskapets spørsmål, vil dette enten kunne medføre at selskapet setter opp forsikringspremien eller at selskapet unntar de opplyste forhold fra dekning. Sikrede kan i en slik situasjon risikere at hans svar i forhold til opplysningsplikten ikke oppfyller vilkårenes krav til å kunne utløse forsikringstilfellet ved melding. Situasjonen kan være den at melderetten for sikrede i eksemplet ovenfor, forutsetter at det foreligger "omstendigheter som kan ventes" å utløse forsikringstilfellet, mens spørreskjemaet ber sikrede besvare om han kjenner til forhold som "kan antas" å medføre fremtidig erstatningskrav.

Manglende samsvar mellom selskapets spørreskjema og sikredes melderett kan medføre at forsikringsselskapet benytter spørreskjemaet til å unnta eller forhøye premien for forhold som sikrede ikke har rett til å melde fra til selskapet om. Selskapets spørreskjema blir i realiteten et virkemiddel for å unngå å at sikrede kan utløse forsikringstilfellet.

---

<sup>74</sup> Se NOU 1087: 24 s. 79 som henviser til en uttalelse i NOU 1983: 56 s. 76

Adgangen for selskapet til å be sikrede om opplysninger blir i så fall benyttet til et helt annet formål enn hva som følger av FAL § 4-1 om opplysningsplikt ved at opplysningsplikten benyttes til å gi forsikringsgiver en gunstigere stilling enn det lovgiver har forutsatt. En slik bruk av spørreskjemaer må derfor antas å stride mot FAL § 4-1 om opplysningsplikt.

#### 4.1.2 Meldeplikt FAL § 4-10, meldefrist i FAL § 8-5<sup>75</sup>

Det følger av FAL § 4-10 tredje ledd at sikrede må melde fra til forsikringsselskapet uten ugrunnet opphold når forsikringstilfellet inntreffer. Etter fjerde ledd kan selskapets ansvar, hensett til skyldgrad og forholdene ellers, settes ned eller bortfalle dersom sikrede grovt uaktsomt eller forsettlig har unnlatt å melde fra etter tredje ledd.

Etter claims made klausulens annen del, utløses forsikringstilfellet ved sikredes melding til selskapet. Klausulens annen del krever altså at sikrede må melde fra til selskapet for at det i det hele tatt skal inntreffe et forsikringstilfelle. Claims made prinsippets annen del er i realiteten en meldefristregel slik som FAL § 4-10.

Konsekvensen av å misligholde meldeplikten etter claims made prinsippets annen del er at sikrede ikke har forsikringsdekning etter avtalen, fordi forsikringstilfellet ikke er inntruffet. Sanksjonene som følger av bryte meldeplikten etter § 4-10 er mer nyanserte, jfr. 4. ledd ovenfor. Her vil selskapets ansvar eventuelt bare nedsettes og ikke falle bort. Claims made prinsippets annen del må derfor antas å stride mot det preseptoriske vern § 4-10 oppstiller. En mulig løsning av motstridsspørsmålet er å endre claims made prinsippets annen del, slik at forsikringstilfellet utløses i det sikrede selv får kunnskap om forhold som kan lede til et erstatningskrav<sup>76</sup>, og ikke ved at sikrede melder om forholdene til forsikringsselskapet. Klausulen vil da ikke regulere meldeplikt i relasjon til forsikringstilfellet.

Det følger av FAL § 8-5 at ”sikrede mister retten til erstatning dersom kravet ikke er meldt til selskapet innen ett år etter at sikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det.”

---

<sup>75</sup> Se Wilhelmsen ”Aida - skjulte handlingsklausuler” s.258 flg.

<sup>76</sup> Se Wilhelmsen op. cit s. 265.

Det følger av forarbeidene til forsikringsavtaleloven at meldefristen først begynner å løpe i det forsikringstilfellet inntreffer<sup>77</sup>. Begrunnelsen for meldefristregelen er å ivareta selskapets behov for informasjon. Regelen er preseptorisk<sup>78</sup>. Regelen gir også sikrede en rett til å melde kravet frem til det er gått ett år siden han fikk "kunnskap om de forhold som begrunner det".

Det kan spørres om hvorvidt claims made prinsippets annen del strider mot FAL § 8-5. Etter FAL § 8-5 vil kravet gå tapt dersom sikrede ikke melder fra til selskapet innen ett år etter at sikrede fikk kunnskap om de forhold som begrunner det. Etter claims made prinsippets annen del må sikrede selv melde fra til selskapet for at forsikringstilfellet skal inntreffe. Er det mindre enn ett år igjen av forsikringstiden vil altså sikrede ha kortere tid på seg til å utløse forsikringsdekningen, enn det som følger av meldefristregelen i FAL § 8-5. Claims made prinsippets annen del må derfor antas også å stride mot FAL § 8-5.

Som for FAL § 4-10, vil motstriden mellom FAL § 8-5 og claims made prinsippets annen del avverges dersom klausulen tidfester forsikringstilfellet til det tidspunkt hvor sikrede får kjennskap til de meldbare omstendighetene. Claims made prinsippets annen del får da ikke karakter av melderegul og kommer derfor ikke i konflikt med FAL § 8-5. For selskapet vil dette ikke medføre store endringer. Selskapet vil fortsatt motta informasjon. Dette følger allerede av FAL § 8-5. Tidspunktet for når selskapet senest må motta informasjonen forskyves imidlertid noe frem i tid.

#### 4.1.3 Vern av skadelidte etter FAL § 7-6

Av FAL § 7-6 fjerde ledd in fine fremgår det at "Selskapet kan også gjøre gjeldende sine innsigelser overfor sikrede, hvis ikke innsigelsene knytter seg til sikredes forhold etter at forsikringstilfellet er inntruffet". Konsekvensen av denne regelen i forhold til ansvarsforsikring er at skadelidte har sitt krav i behold uansett om sikrede skulle forsømme sin plikt til å melde fra til selskapet etter FAL § 4-10 og § 8-5.

---

<sup>77</sup> Se Wilhelmssen "Forsikringsavtalelovens regler om meldefrist og foreldelse" s. 18, der hun tolker utsagnet i NOU 1987:24 s 179 slik.

<sup>78</sup> Se kapittel 1 pkt 1.2.1.

Spørsmålet om motstrid mellom claims made prinsippets annen del og FAL kan reises også i forbindelse med denne bestemmelse. Etter claims made klausulens annen del må sikrede melde fra til selskapet dersom forsikringstilfellet i det hele tatt skal inntreffe. Klausulen medfører at selskapet er fri for ansvar, også i forhold til skadelidte, dersom sikrede unnlater å melde fra.

I forhold til både meldeplikten i FAL § 4-10 og meldefristen i FAL § 8-5, kan motstriden løses ved å knytte tidspunktet for når forsikringstilfellet inntreffer til det tidspunkt når sikrede blir kjent med de meldbare omstendigheter. Dette vil også løse motstriden mellom klausulen og FAL § 7-6 fjerde ledd annet punktum. Sikredes unnlatelse av å melde fra til selskapet er da foretatt etter at forsikringstilfellet er inntruffet. Selskapet kan derfor ikke påberope forholdet overfor skadelidte tredjemann, jfr. FAL § 7-6 fjerde ledd annet punktum.

#### 4.1.4 Foreldelse FAL § 8-6<sup>79</sup>

Etter FAL § 8-6 annet ledd foreldes forsikringsselskapets ansvar ved ansvarsforsikring, etter samme regler som for sikredes forsikringsansvar. Regelen gjelder både sikredes krav mot selskapet, og skadelidtes krav mot skadevolder. Bestemmelsen regulerer således både sikrede og skadelidtes stilling ved at begge må avbryte foreldelsen for å beholde sine krav mot forsikringsselskapet.

For skadelidte har FAL § 8-6 annet ledd den funksjon at den skal beskytte ham ved at hans erstatningskrav mot selskapet består selv om kravet under ansvarsforsikringen foreldes. Etter claims made prinsippets første del må skadelidte fremsette erstatningskrav mot sikrede til enten sikrede eller forsikringsselskap<sup>80</sup> eller skriftlig melding av et nærmere angitt innhold<sup>81</sup> til en av dem, for at forsikringstilfellet skal utløses. Dersom skadelidte ikke melder fra innen forsikringstiden, vil ikke kravet være dekningsmessig under forsikringsdekningen. Realiteten i claims made prinsippets første del er altså at skadelidte

---

<sup>79</sup> Se Wilhelmssen "Aida - skjulte handlingsklausuler" s.267 der hun redegjør for hvorfor hun mener at claims made prinsippet strider mot FAL § 8-6. Selmer er imidlertid av motsatt oppfatning, se "Dekning av senskader under ansvarsforsikring" s. 83 flg. hvor han argumenterer for hvorfor claims made prinsippet bør aksepteres i forhold til FAL § 8-6.

<sup>80</sup> Skadelidte kan etter AIGs vilkår kun melde fra til sikrede

<sup>81</sup> For innholdet i skadelidtes skriftlige melding se kapittel 3 pkt. 3.2.2

får en mindre gunstig stilling enn etter FALs § 8-6 annet ledd, dersom han ikke fremmer et krav mot selskapet innen forsikringstidens utløp. Fordi FAL § 8-6 annet ledd nettopp er laget for å beskytte skadelidte<sup>82</sup> mot slike innsigelser mot kravet, må det antas at claims made prinsippets første del er i strid med det vern som oppstilles etter denne bestemmelsen.

Konflikten mellom FAL § 8-6 og claims made prinsippet oppstår også i forhold til sikrede. For sikrede vil tvisten oppstå i forhold til claims made prinsippets annen del. Annen del av claims made prinsippet prekluderer i realiteten sikredes krav mot selskapet. Den har altså samme virkning som foreldelsesfristen i FAL § 8-6. Claims made prinsippets annen del gir imidlertid sikrede frist til å utløse dekning gjennom melding til selskapet innen forsikringstiden. Forsikringstiden vil normalt være kortere enn foreldelsesfristen i FAL § 8-6 som er satt til tre år. I realiteten vil derfor claims made prinsippets annen del innskrenke foreldelsesfristen for sikredes krav mot selskapet, til utløpet av forsikringstiden.

## 4.2 Revisjon av forsikringsavtalen

Også andre bestemmelser enn de som følger av FAL kan tenkes å komme inn og regulere claims made prinsippet. Felles for reglene er at de kan komme til anvendelse hvor klausulen medfører en ubalanse i styrkeforholdet mellom partene, slik at forsikringsavtalen fremstår som urimelig.

### 4.2.1 Avtalelovens § 36

Avtalelovens § 36 gjelder på formuerettens område, og dermed også for forsikringsavtaler. I forarbeidene til forsikringsavtaleloven<sup>83</sup> uttales at den detaljerte regulering av hvilket tap forsikringen dekker og hvorledes erstatningen skal beregnes, fortsatt må finnes i forsikringsavtalene. Forarbeidene viser deretter til avtalelovens § 36 og nevner at forsikringsvilkårene uansett er undergitt denne regel. Uttalelsen i forarbeidene kan tyde på at lovgiver ønsker at avtalelovens § 36 skal benyttes aktivt i forhold til forsikringsvilkårene, og dermed også i forhold til claims made klausuler.

Et eksempel på et vilkårssett som kan tenkes lempet etter avtalelovens § 36 er **Vestas** vilkår. Vestas vilkår åpner etter sin ordlyd bare for at erstatningskrav eller skriftlig melding

---

<sup>82</sup> Se Ot.prp nr 49 (1988-89) s 97.

fra skadelidte kan utløse dekning. Sikrede har altså ikke selv adgang til å utløse dekning gjennom melding til selskapet. Mangelen på en slik adgang kan gi sikrede en ugunstig stilling overfor selskapet, for eksempel i forbindelse med opphør eller fornyelse av forsikringen<sup>84</sup>. For en sikret som ikke er forsikringskyndig vil det være vanskelig å forutse slike konsekvenser av at vilkårene ikke lar melding fra sikrede være en dekningsutløsende faktor. Det kan derfor argumenteres for at denne del av Vestas vilkår er så urimelig overfor til sikrede at det bør lempes etter generalklausulen.

Så vidt vites foreligger det ingen norsk høyesterettsdom som omhandler claims made prinsippet og avtalelovens § 36. I **FSN uttalelse nr 3080** kom nemnda til at et forsikringsvilkår ikke var urimelig. Nemnda hadde blant annet fått opplyst at det vilkår det dreide seg om hadde både nasjonal og internasjonal utbredelse og vilkåret kunne slå så vel positivt som negativt ut for sikrede<sup>85</sup>. Det kan med bakgrunn i en liknende argumentasjon være grunn til å anta at domstolene vil være tilbakeholdne med å konstatere claims made prinsippet som urimelig etter avtalelovens § 36.

#### 4.2.2 Indirekte urimelighetssensur

Hvor en sak bringes inn for domstolene kan dommeren også gjennom tolkning av avtalen komme til et resultat som gir et balansert styrkeforhold mellom avtalens parter. Fordelene med en slik fremgangsmåte er at domstolene ikke trenger å konstatere at avtalen er urimelig, hvilket kan være belastende for forsikringsselskapet. Ved å komme til et rimelig resultat gjennom tolkningsvei, oppnås dessuten at domstolene tar hensyn til den generelle partsviljen. Dommeren intervenerer altså ikke mer enn nødvendig i avtaleforholdet. Problemet med en slik fremgangsmåte er at signaleffekten i forhold til andre forsikringsgivere blir mindre. Ved å benytte indirekte urimelighetssensur kan fremstå tolkningsresultatet som særegent for den konkrete saken og ikke som en generell holdning til for eksempel en type forsikringsvilkår.

---

<sup>83</sup> Se NOU 1987:24 s. 118

<sup>84</sup> Se kapittel 3, punkt 3.2.3 hvor eksempler på situasjoner hvor sikredes svekkede stilling nevnes.

<sup>85</sup> Nemndsuttalelsen gjaldt riktignok ikke claims made prinsippet men konstateringsprinsippet. Uttalelsen antas imidlertid å ha overføringsverdi til claims made prinsippet.

## 5 Bør claims made prinsippet lovreguleres?

Redegjørelsen ovenfor<sup>86</sup> viste at claims made prinsippet kan stride mot FALs regler om opplysningsplikt, meldeplikt, meldefrist, sikredes vern og foreldelse. En forsikringsavtale med urimelige virkninger kan det bli spørsmål om å lempe i henhold til avtalelovens § 36 eller revidere gjennom indirekte urimelighetssensur.<sup>87</sup> For eksempel kan det oppstå spørsmål om lemping i forhold til claims made klausuler som ikke gir sikrede rett til å utløse dekning gjennom melding til selskapet.

I stedet for at claims made prinsippets gyldighet må vurderes konkret i forhold til en eller flere lovbestemmelser, kan det reises spørsmål om prinsippet bør lovreguleres i forsikringsavtaleloven.

Ettersom claims made vilkåret er et internasjonal dekningsprinsipp i forsikring, kan det være naturlig å starte med å undersøke om prinsippet er blitt undergitt lovregulering i andre land.

I Frankrike har for eksempel lovgiver grepet inn og lovregulert claims made prinsippet<sup>88</sup>. Bakgrunnen for lovreguleringen var at den franske Høyesterett, i flere avgjørelser i 1990, fastslo at claims made klausuler ikke var gyldige. Avgjørelsene ble først og fremst begrunnet i at sikrede kun fikk tilstrekkelig vern mot fremtidige krav dersom han ble dekket i henhold til årsaksprinsippet. Til tross for at den franske Høyesterett hadde underkjent claims made klausuler i diverse avgjørelser, fortsatte franske forsikringsselskaper å tilby dekninger som benyttet claims made prinsippet. Dette kombinert med flere års lobbyvirksomhet fra forsikringsselskapene, førte til at claims made prinsippet til slutt fikk rettslig aksept i Frankrike gjennom lovregulering i 2003.

---

<sup>86</sup> Se kapittel 4 punkt 4.1

<sup>87</sup> Se kapittel 4 punkt 4.2

<sup>88</sup> Se Cohen, "How The French Market Rebellion Decided The Claims-Made Stand-Off", [www.elbornes.com/articles/insurance/ins\\_0028.htm](http://www.elbornes.com/articles/insurance/ins_0028.htm)



Den franske loven fastsetter visse krav til innholdet i claims made prinsippet<sup>89</sup>. Claims made vilkåret kan ikke inneholde bestemmelser om retroaktiv dato. Loven gir dessuten sikrede forsikringsdekning i en utvidet oppdagelsesperiode på 5 år, hvis dekningen opphører som følge av at sikrede bytter forsikringsgiver eller at sikredes virksomhet opphører. Dekning i den utvidede oppdagelsesperiode forutsetter at handling eller unnlattelse er foretatt forut for opphør av forsikringen.

Spørsmålet om hvorvidt den norske forsikringsavtaleloven skulle lovregulere forsikringsavtalens virkeområde i tid og rom er drøftet i forarbeidene<sup>90</sup>. Det uttales her at "når det gjelder fastsettelsen av forsikringens dekningsomfang, antar utvalget at selskapene, som nå, bør stå fritt til å fastlegge hvilke "ytre" farer de vil stå risikoen for. Ansvar eller ikke-ansvar for forhold som krig, brann, strømbrudd eller isforhold bør fritt kunne reguleres. På samme måte bør selskapene kunne fastlegge forsikringens virkeområde i tid og rom gjennom objektive klausuler som virker absolutt. Der hvor slike klausuler kan virke sterkt urimelig...får man eventuelt falle tilbake på den alminnelige lempningsregel i avtalelovens § 36."

Departementet sluttet seg til de vurderinger Forsikringslovutvalget fremla i lovtutredningen<sup>91</sup>. Departementet uttalte at "for produktutviklingen og konkurransen er det særlig av betydning at selskapene har frihet til å fastlegge forsikringens dekningsområde - som farefelt og avgrensningen av risikoen mht tid, sted og økonomisk omfang - og frihet mht til premiefastsettelsen. Dette er imidlertid områder som i liten grad reguleres av lovtkastet, og hvor det dermed er avtalefrihet innenfor rammen av lovgivningen utenfor forsikringsavtalelovgivningen."

Da forsikringsavtaleloven trådte i kraft 1. juli 1990 var ikke claims made prinsippet særlig utbredt i Norge. Etter den tid er det blitt vanlig at de fleste profesjonsutøvere tegner formueskedeforsikringer.

De aller fleste av disse forsikringene tilbys dessuten bare på claims made vilkår. For enkelte profesjoner er det også lovpålagte krav til forsikring eller sikkerhetsstillelse. Dette

---

<sup>89</sup> l.c

<sup>90</sup> Se NOU 1987: 24 s. 79

<sup>91</sup> Se Ot. prp. (1988-89) Om lov om forsikringsavtaler m.m. s. 31

gjelder blant annet eiendomsmeglere og advokater. Samtidig har hyppigheten og størrelsen på erstatningskrav mot profesjonsutøvere økt betydelig i de siste 15 år<sup>92</sup>. Dersom sikrede ikke har tilstrekkelig vern i sin forsikringsdekning, vil dette i verste fall kunne føre til økonomisk ruin for ham, til tross for at han er forsikret.

Claims made prinsippet er i dag det dominerende dekningsprinsipp ved tegning av formueskadeforsikringer i Norge. Innholdet i prinsippet er vanskelig å forstå for sikrede som ikke har spesialkunnskaper i forsikring. Begge disse forhold taler for at prinsippet bør lovreguleres. På den annen side har problemstillinger vedrørende anvendelsen av claims made prinsippet sjelden blitt behandlet i nemndspraksis eller av domstolene. Det kan derfor hevdes at det ikke er et behov for lovregulering.

Det fremgår av de siterte lovforarbeider at hensynet til konkurranse og produktutvikling har vært tillagt avgjørende vekt av lovgiver.

Norsk forsikring er sterkt konsentrert. If, Gjensidige og Vesta har til sammen en helt dominerende markedsandel av det norske forsikringsmarkedet.<sup>93</sup> AIG er dessuten en stor aktør når det gjelder tegning av formuesskadeforsikringer.

Få aktører og manglende konkurranse gjør at det kan være vanskelig for sikrede å fremforhandle særvilkår om for eksempel utvidet oppdagelsesperiode eller endring av retroaktiv dato. Det kan derfor være grunn til å hevde at den produktutvikling som lovgiver forutsatte skulle skje gjennom konkurranse i markedet og i forhandlinger med sikrede, har vist seg å være begrenset. Med bakgrunn i at andre land har lovregulert hele eller deler av claims made prinsippet, er det vanskelig å se at lovtekniske hensyn står i veien for at en slik regulering også innføres i Norge. Verken hensynet til konkurranse, produktutvikling eller lovtekniske hensyn taler mot at claims made prinsippet lovreguleres. Det må dessuten antas at en lovregulering av minimumskrav til innholdet i prinsippet, vil hensynta begge parters rettigheter på en bedre måte enn hva avtalefriheten de er gitt etter dagens lovgivning gjør.

---

<sup>92</sup> Opplyst av Oddvar Uran

<sup>93</sup> l.c

## 6 Litteraturliste

### 6.1 Artikler:

Lett, Georg: ”*Indførelse av claims made-klausul i dansk forsikring*” Nordisk forsikringstidsskrift nr 1, 1988 s. 45

Pfenningstorf, Werner: ”*Defining the Liability Coverage between Occurrence and Claims Made*”, Nordisk Forsikringstidsskrift 2/1987 årgang 67 s. 86

Selmer, Knut S.: ”*Nordisk lovsamarbeid på forsikringsrettens område*” Tidsskrift for rettsvitenskap 1988 s. 586

Selmer, Knut S.: ”*Dekning av senskader under ansvarsforsikring*” Nordisk forsikringstidsskrift nr 2 1990 s. 82

Waldenvik, Anders: ”*Ansvarsförsäkringens inträffande- och claims made-teorier-en jämförelse*”, Nordisk Forsikringstidsskrift 4/1986 s. 301

Wilhelmsen, Trine-Lise: ”*AIDA - Skjulte handlingsklausuler*”, Nordisk Forsikringstidsskrift 3/1999 årgang 80 s. 246

Wilhelmsen, Trine-Lise: ”*Periodisering av forsikringstilfellet – finnes en patentløsning*”, Ånd og rett - Festskrift til Birger Stuevold Lassen, Oslo 1997 s. 1077

Wilhelmsen, Trine-Lise: ”*Forsikringsavtalelovens regler om meldefrist og foreldelse*”, Norsk Forsikringsjuridisk Forenings publikasjoner nr. 75, 12. februar 1998

### 6.2 Bøker:

Arntzen, Andreas: ”*Ansvarsforsikring*”, Advokatfirmaet Arntzen, Underland og Co 2000

Brynhildsen, Lid og Nygård: "*Forsikringsavtaleloven med kommentarer*", Gyldendal norsk forlag, 1. utgave 2001

Bull, Hans Jacob: "*Innføring i forsikringsrett*", 9. utgave, Sjørettsfondet 2003

Bøe og Fossetøl, Johan Grundt "*Skoleordbok med synonymer*" Tanum forlag 1965

Clarke, Malcolm A.: "*Law of insurance contracts*", Fourth Edition, LLP 2002

Derrington Ashton: "*The law of liability insurance*", 2nd Edition, Lexis Nexis Australia 2005

International Risk Management Institute Inc.: "*Commercial Liability insurance*", Volume 1

Lett, Georg: "*Erhvervs- og produktansvarsforsikring*", 1. Utgave, Gad forlag 1999

Selmer, Knut S.: "*Forsikringsrett*", 2. Utgave, Universitetsforlaget 1982

Ullmann, Harald: "*Försäkring och ansvarsfördelning*", Iustus förlag 1999,

### 6.3 Foredragsdisposisjon

Foredrag holdt under Ansvarskonferansen '86 av advokat Kjell Kasbhom. Eksempler - forsikringsløsninger

### 6.4 Informasjon hentet fra Internett

"*Bokmålsordboka*", [www.dokpro.uio.no](http://www.dokpro.uio.no)

"*Understanding your claims made liability insurance*", Marsch Affinity Group Services, Tilgang: [www.kvi-calbar.com/understand.html](http://www.kvi-calbar.com/understand.html)

"*How The French Market Rebellion Decided The Claims-Made Stand-Off*", Helene Cohen Elborne Mitchell Law firm, Tilgang: [www.elbornes.com/articles/insurance/ins\\_0028.htm](http://www.elbornes.com/articles/insurance/ins_0028.htm)

## 6.5 Stortingsdokumenter

NOU 1987: 24 Lov om avtaler om skadeforsikring

Ot.prp. 49 (1988/89) Om lov om forsikringsavtaler m m

## 6.6 Lover

Forsikringsavtaleloven av 06.06.1930

§ 91

Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69

§ 1-3

§ 4-1

§ 4-10 annet ledd

§ 7-6 fjerde ledd

§ 8-5 første ledd

§ 8-6

Avtaleloven av 31. mai 1918 nr. 4

§ 36

## 6.7 Rettsavgjørelser

Rt 1996 s. 1

Rt. 1987 s. 744

RG 1991 s. 337 Bergen

LB-2002-452

## 6.8 Nemndsavgjørelser

FSN 1541

FSN 3865

FSN 2513

FSN 1784

FSN 1913

FSN 1987

FSN 4144

FSN 4302

FSN 5065

FSN 3080

## 6.9 Forsikringsvilkår

AIG:

Profesjonsansvarsvilkår av 20. desember 2001 revidert 1. desember 2002

BusinessGuard Styreansvarsforsikring av 14. mai 1998 rev 09 01 01

If:

"Formuesskadevilkår av 7 september 1998 nr. AOF1-5"

Vesta:

"Alminnelige formuesskadevilkår av 1. januar 2004 nr. GC129"

Ansvarsforsikringsvilkår av 1983 for "adm. direktører og styremedlemmer"

Gjensidige Nor:

Bedrift og produktansvarsforsikringsvilkår av januar 2001

Formuesskadevilkår av juli 2000

