



Forsikringssvindler i Norge

i første halvår 2024

Innhold

1. Innledning	4
2. Avdekket svindel i første halvår 2024 – overordnede tall	5
3. Avdekket svindel i skadeforsikring	8
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring	13
5. Forsikringsselskapenes forebyggende arbeid	17
6. Definisjoner	19

Forord

Forsikring bygger på et gjensidig tillitsforhold mellom kunde og selskap, der det legges til grunn at kunden oppgir korrekte og ærlige opplysninger både ved kjøp av forsikring og ved skadeoppgjør. Erfaring fra konkrete saker, samt publikumsundersøkelser, viser imidlertid at dette ikke alltid er tilfelle. Hvert år svindles forsikringsnæringen for betydelige beløp, samtidig er mørketallene store. Med økende oppmerksomhet på forebyggende arbeid, avdekkes stadig flere sviktilfeller ved avtaleinngåelse. Dette medfører store besparelser for selskapene, som også kommer kunden til gode ved reduserte priser.

1. Innledning

Finans Norge Forsikringsdrift sin statistikk gir et bilde av den avdekkede forsikringssvindelen, og hvilke produkter det svindles på. Hensikten med rapporten er å synliggjøre omfanget av forsikringssvindelen og kostnadene rundt dette.

Tidligere har en slik rapport blitt utgitt årlig. I denne rapporten vil det for første gang bli presentert halvårstall. Dette vil innvirke på sammenligningsgrunnlaget som da blir noe mer varierende og som dermed kan gi mer tilfeldige funn.

Forsikringsselskapene avdekker årlig en rekke tilfeller av forsikringssvindelen. Det holdes tilbake betydelige erstatningsbeløp, penger som er tiltenkt ærlige forsikringskunder. De som svindler forsikringsselskapene, svindler fellesskapet.

Rapporten er delt inn i 6 kapitler. Kapittel 2 inneholder en generell oversikt over det totale antall avdekkede saker for første halvår 2024. Kapittel 3 omhandler nærmere om forsikringssvindelen i skadeforsikring privat/næringsliv og landbruk, og kapittel 4 omhandler syke- og uføreforsikring.

Kriminalitetsutviklingen og avdekking av nye former for forsikringsbedrageri krever kontinuerlig oppmerksomhet. Både for å kunne forebygge denne kriminaliteten og for å forhindre at næringen skal kunne bli benyttet som et redskap for kriminelle. Kapittel 5 gir et innblikk i dette arbeidet. Kapittel 6 gir informasjon om begreper og definisjoner.

Tallmaterialet i rapporten er hentet fra forsikringsselskaper som er medlem i Finans Norge Forsikringsdrift. Det er bare saker som er avdekket som svik i henhold til forsikringsavtaleloven (FAL) som presenteres i rapporten. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som svindelen.

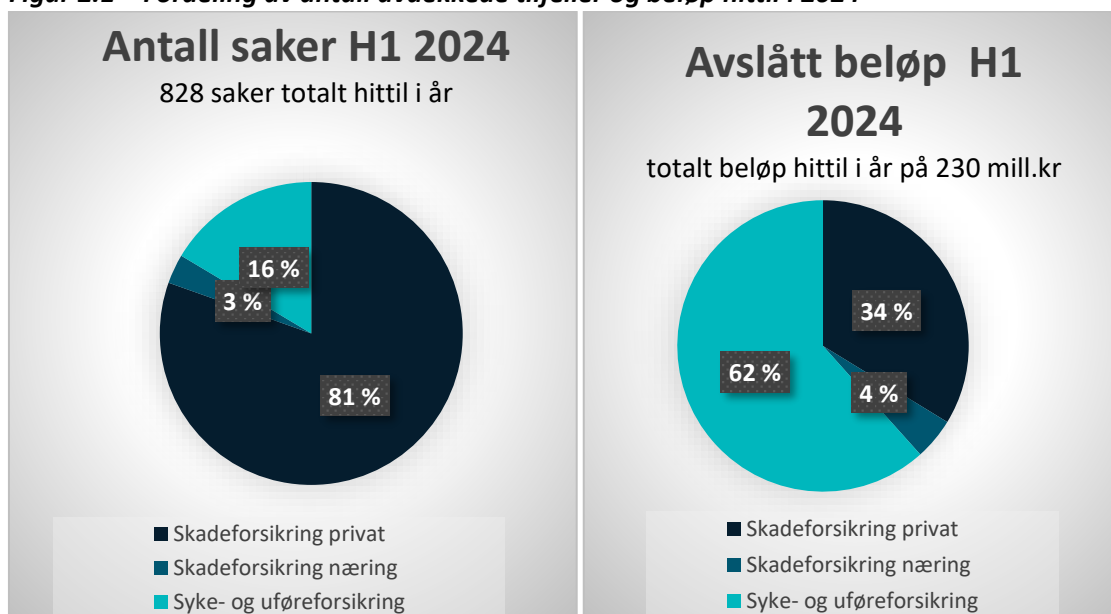
Avslag hjemlet i FAL utgjør omtrent halvparten av selskapenes avslagssaker. Eksempel på øvrige saker hvor selskapene avslår erstatningsutbetaling er hvor kunden har utvist grov uaktsomhet, ved brudd på forsikringsvilkår eller hvor man mistenker hvitvasking. Eksempel på sistnevnte er når kunden ikke kan sannsynliggjøre midlenes opphav. Denne type avslag behandles ikke i denne rapporten.

2. Avdekket svindel i første halvår 2024 – overordnede tall

Husk at i perioden 2020 til starten av 2022 var covid-19-pandemien, og med den fulgte en del restriksjoner som kan ha innvirkning på hvor mange saker som ble avdekket i den perioden. Reiserestriksjoner som følge av covid-19-pandemien varte i store deler av 2021, og i noe grad i begynnelsen av 2022, og bidro blant annet til færre sviksaker innen reise. Dessuten var det stengte grenser som også begrenset utenlendingers adgang til Norge og delvis nedstengte næringsvirksomheter. Under pandemien har forsikringsselskapene hatt ekstra oppmerksomhet med å avdekke og straffeforfølge de som utnyttet situasjonen og forsøkte å svindle forsikringsselskapene.

Men selv om restriksjonene opphørte fra 2022, kan andre økonomiske forhold ha gjort seg gjeldende gjennom 2023 og 2024; slik som høy inflasjon, økende renter og dårlig kronekurs. For enkelte næringer og personer kan dårligere økonomi trigge økonomisk utroskap.

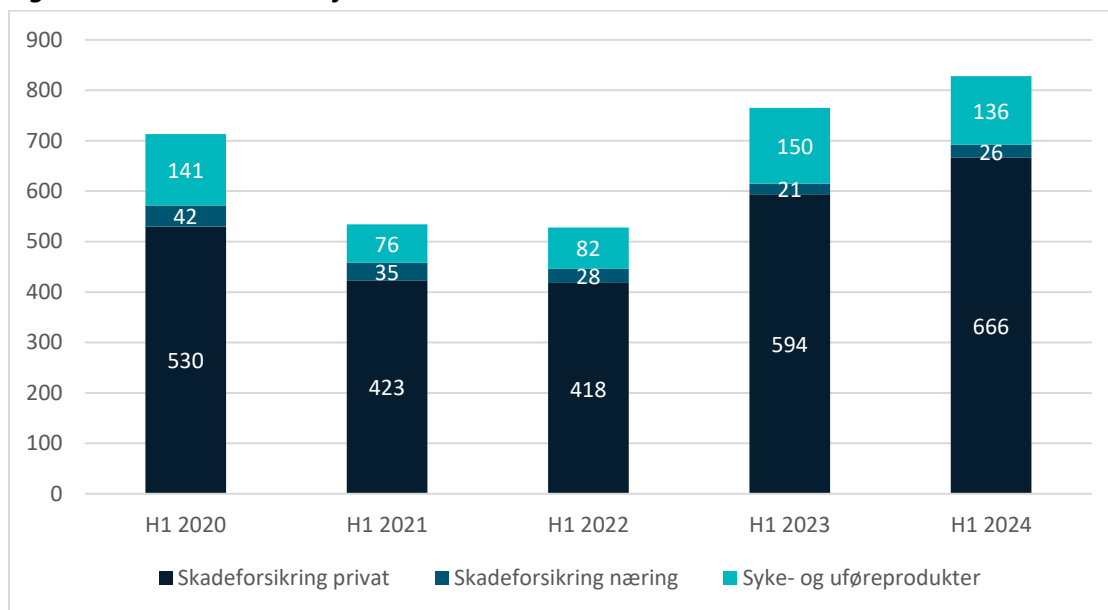
Figur 2.1 – Fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp hittil i 2024



Så langt i 2024 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 828 saker til sammen, som er en økning på 8 prosent fra samme periode i 2023. Det totale kravet for de avslåtte sakene hittil i år er på 230 millioner kroner.

I hele 2023 ble det avdekket 1147 sviksaker og avslått beløp utgjorde 491 millioner kroner. I dette beløpet inngår ikke syke- og uføreprodukter avslått ved avtaleinngåelse.

Figur 2.2 Antall sviksaker i første halvår siste 5 år

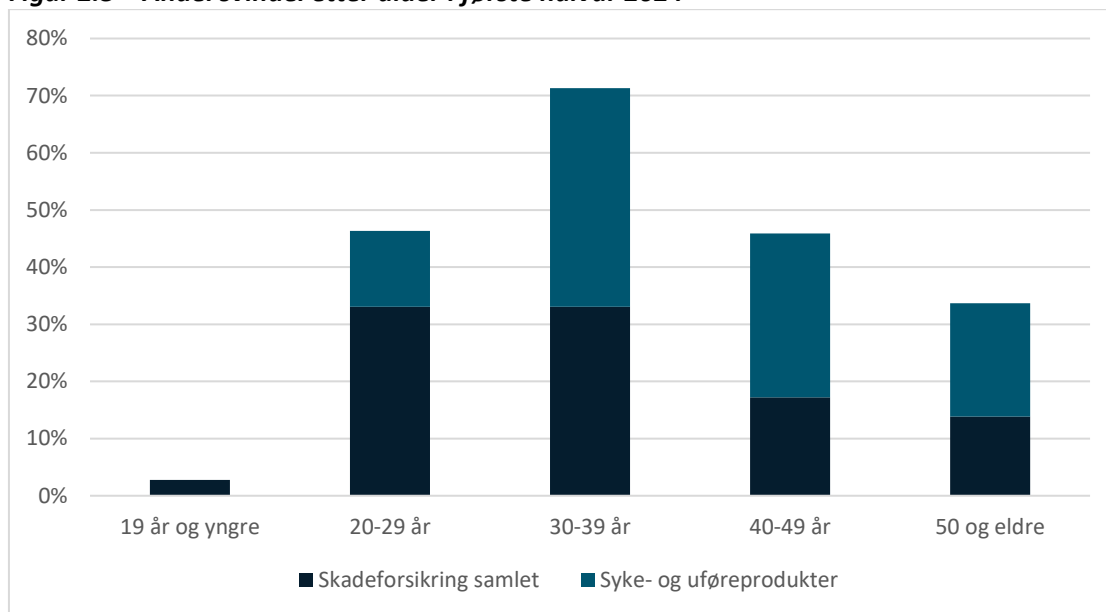


I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall saker, der det er avdekket svindel, og antall dekninger. Så langt i 2024 er det avdekket 136 saker som i alt omfattet 146 dekninger innenfor syke- og uføreproduktene. Det er ikke foretatt tilsvarende oppsplitting for skadeforsikring, selv om det også her kan være tilfeller der en enkelt person kan ha fått avslag om erstatning på flere områder.

Der forsikringssvindel er ledd i organisert kriminalitet, kan forsikringsnæringens utbetalinger bidra til finansiering av ytterligere kriminalitet. Forsikringssvindel rammer langt flere enn næringen selv, og er et samfunnsproblem. Det er derfor viktig for forsikringsnæringen å bidra til å spre kunnskap om dette.

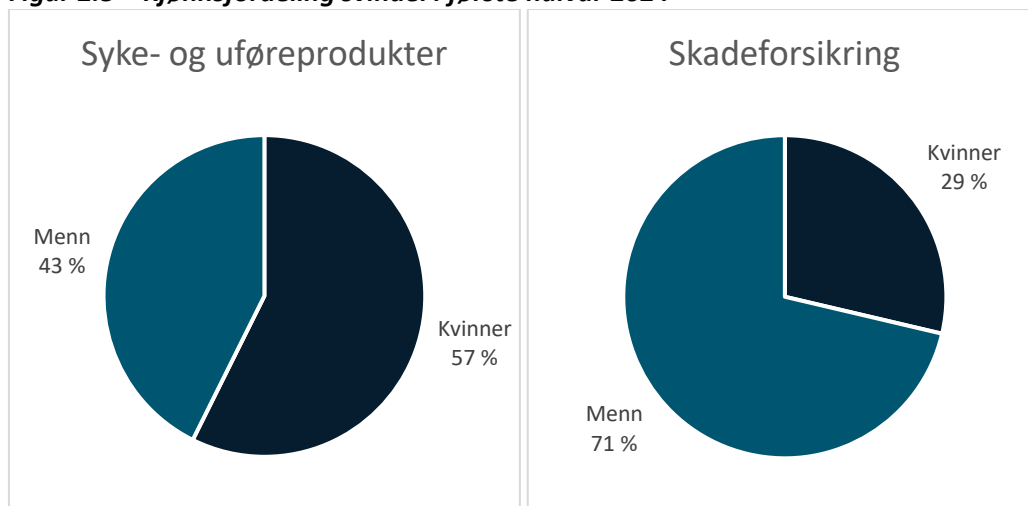
Det avdekkes få saker der kunden er under 20 år. Dette henger naturlig sammen med at ungdom i stor grad fortsatt er forsikret gjennom foreldrene.

Figur 2.3 – Andel svindel etter alder i første halvår 2024



Figur 2.3 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel innenfor henholdsvis skadeforsikring og syke- og uføreprodukter. I skadeforsikring avdekkes det flest sviksaker i aldersgruppen 20 til 39 år, mens det for syke- og uføreprodukter avdekkes flest svik mellom 30 og 39 år.

Figur 2.3 – Kjønnsfordeling svindel i første halvår 2024

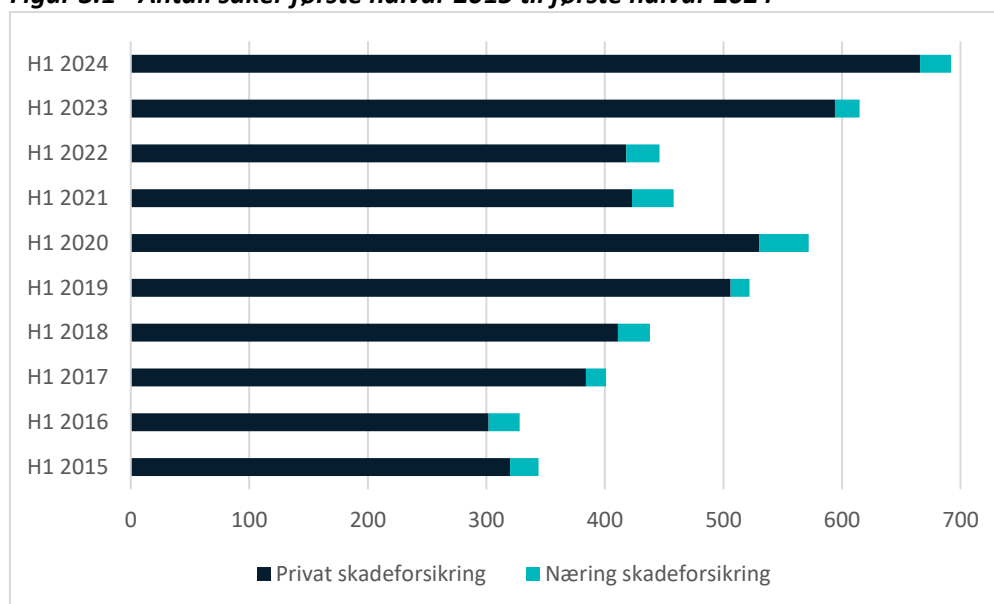


Samlet er kjønnfordelingen 67 prosent menn mot 33 prosent kvinner når det gjelder antall saker hittil i 2024. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 57 prosent, mens i skadeforsikring er kvinneandelen «bare» på 29 prosent.

Nærmere beskrivelse av hvem og hvordan det svindles, er i de respektive kapitlene 3 og 4.

3. Avdekket svindel i skadeforsikring

Figur 3.1 - Antall saker første halvår 2015 til første halvår 2024



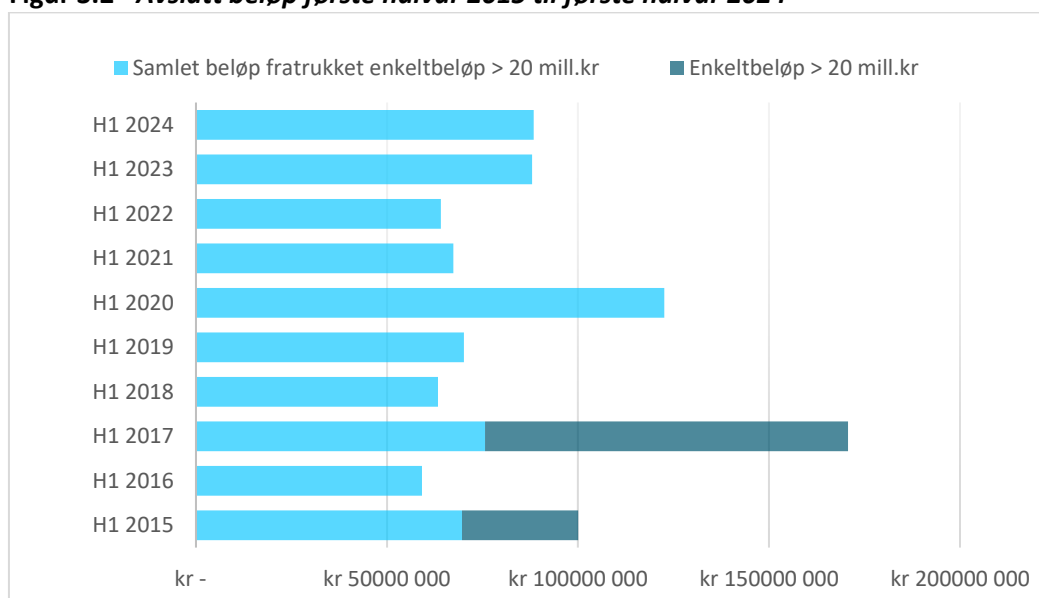
Antall avdekkede saker første halvår i år er på 692 mot 615 i samme periode i fjor. Hittil i år er det flest saker på innbo med 38 prosent, deretter motorkjøretøy med 36 prosent og reise med 20 prosent. Disse andelene er omtrent tilsvarende med første halvår i fjor.

Hittil i år er det bare 26 saker av totalt 692 som er på næringsforsikringer. I det etterfølgende er det derfor ikke beskrevet eller spesifisert mer om disse næringssakene, men sett det samlet med privat.

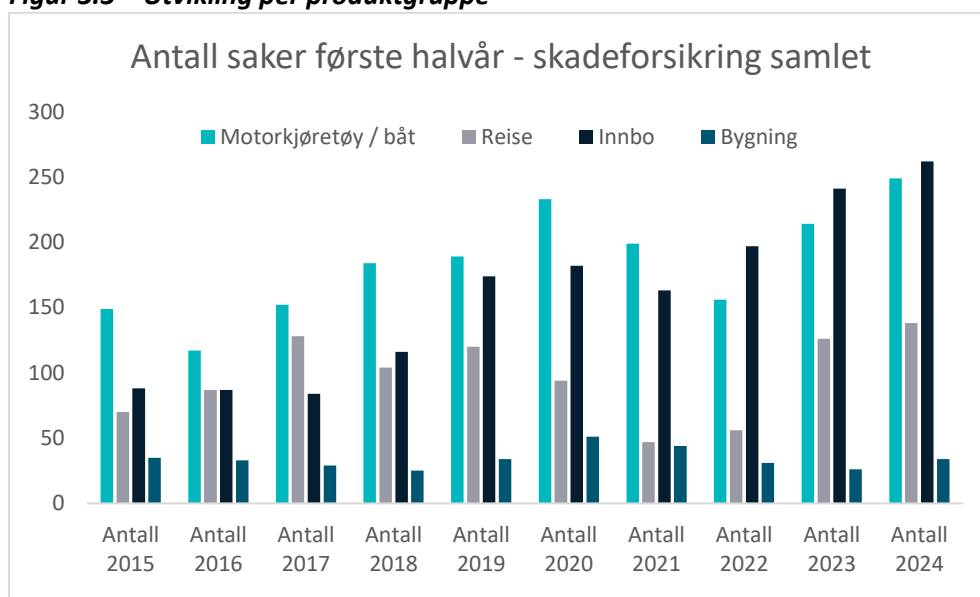
Beløpet som ble avdekket hittil i år er på 88,4 millioner kroner, som er omtrent det samme som i fjor hvor det var 88,0 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 128.000 kroner hittil i år, mot 143.000 kroner i fjor til samme tid. Det vil variere hvor store skader som blir avdekket, avhengig av type forsikringsprodukt og type hendelse, samt tilfeldigheter på hva som svindles.

Medianbeløpet det svindles for er på 36.000 kroner – og over tid har dette beløpet variert mindre enn for gjennomsnittsbeløpet. Hittil i år er det største beløpet på 6,2 millioner kroner, mens det i fjor til samme tid var på 8,0 millioner kroner.

Figur 3.2 - Avslått beløp første halvår 2015 til første halvår 2024



Figur 3.3 – Utvikling per produktgruppe

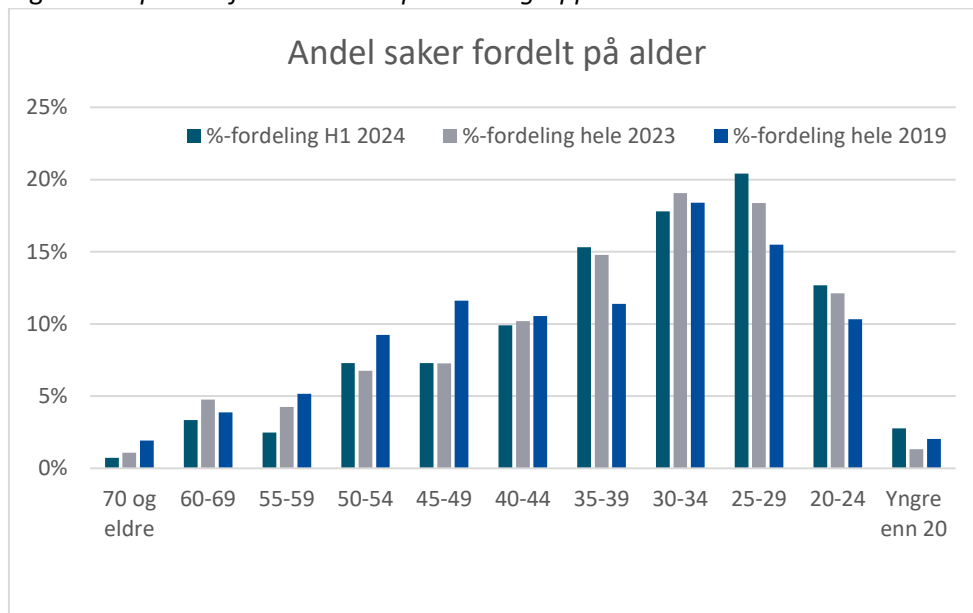


I grafen over vises hovedproduktgruppene hvor forsikringssvindelen skjer. Tidligere var det motorkjøretøy som var det mest vanlige området, mens det nå har blitt flest avdekkede saker på innbo. Under koronaperioden, 2021-2022, ble det avdekket få reisetilfelle siden det da også var få skader som ble meldt. I starten av 2020 – etter mars – startet koronabegrensende tiltak; blant annet ble reiser til utlandet delvis «avstengt», samtidig som det ble en del avbestilling av reiser grunnet sykdom.

Forsikringssvindelen på bygning er relativt sjelden og har holdt seg ganske stabilt i antall siden første halvår 2015. På motorkjøretøy er det høy skadefrekvens; rundt 25 prosent av alle forsikrede kjøretøy

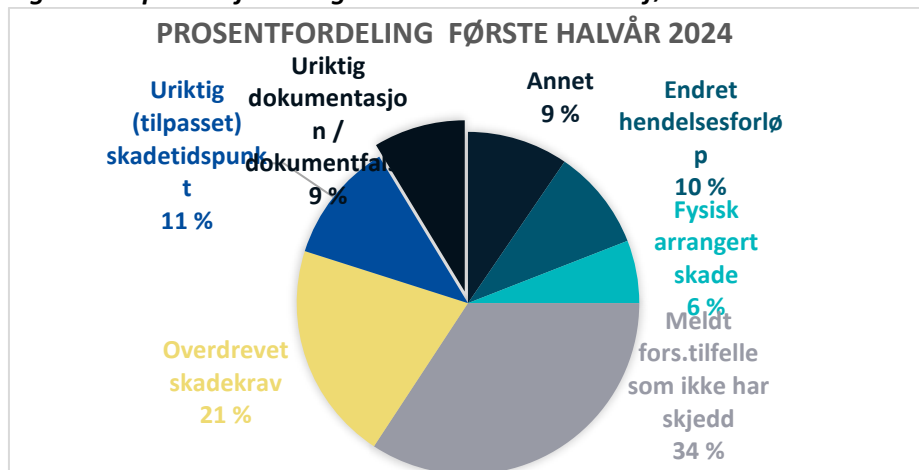
har en skade i løpet av ett år, mens det på bygning er en skadefrekvens på under 5 prosent. Derfor vil mulighetsrommet på kjøretøy være flere enn på lavfrekvente bransjer.

Figur 3.4 – prosentfordelte saker per aldersgruppe



Hittil i år kan det se ut som det er avdekket flere unge forsikringssvindlere enn tidligere år. Det vil si at i aldersgruppen 29 år og yngre, er det flere enn andelen i 2023; også sammenlignet med 2019. At 2019 er et år det er naturlig å sammenligne med, skyldes at det var forrige «normalår» før koronatiltak. Siden mange unge har færre forsikringsdekninger enn eldre, og at de unge gjerne bare har innbodekninger og/eller reiseforsikring, vil mulighetene være færre for unge enn for de mer etablerte. De unge har i mindre grad motorkjøretøy eller bygning. Derfor vil avdekket forsikringssvindel også være avhengig av type produkt som det svindles på. I graf 3.3. vises det at det er stadig flere saker knyttet til innboforsikringer nå enn det var tidligere. Dette kan dermed indikere flere unge. Avdekket svindel vil også avhenge av selskapenes innsats og fokus.

Figur 3.5 – prosentfordeling av hvordan svindelen utføres



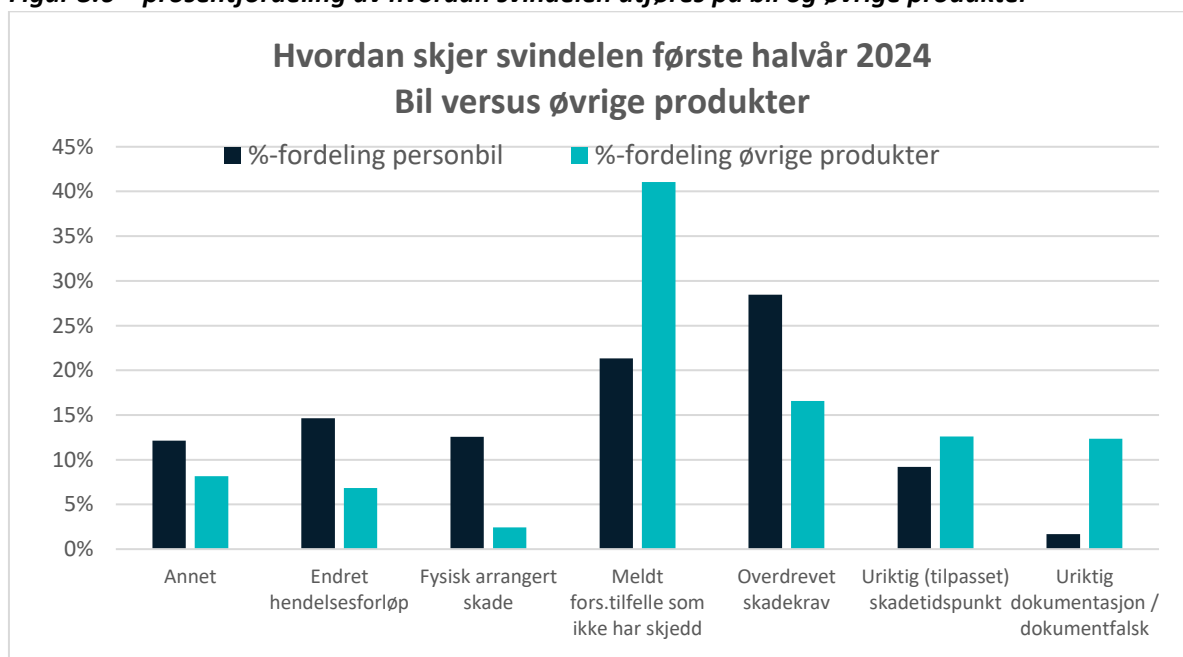
For første halvår i år har avdekkede saker skjedd ved at de fleste melder en «fiktiv» skade og ved å overdrive på en allerede oppstått skade. Disse står for godt over 50 prosent av tilfellene. I graf 3.6 vises det at det er noe forskjell avhengig av type produkt.

I figur 3.6. vises det at fysisk arrangert skade og overdrevet skadekrav er mer vanlig på bil enn på øvrige forsikringsprodukter. For de øvrige produktene, slik som innbo og reise, er det mest vanlig å melde fiktive skadekrav. Det er også mer vanlig å gi uriktig dokumentasjon eller forfalske dokumentasjonen på innbo og reise.

I de siste årene har det blitt mindre vanlig med «fysisk skade» - eksempelvis å tenne på huset selv, eller å dytte bilen utfor bryggekannten – nå kan det synes som det er «enkler» med dokumentforfalskning på nettet.

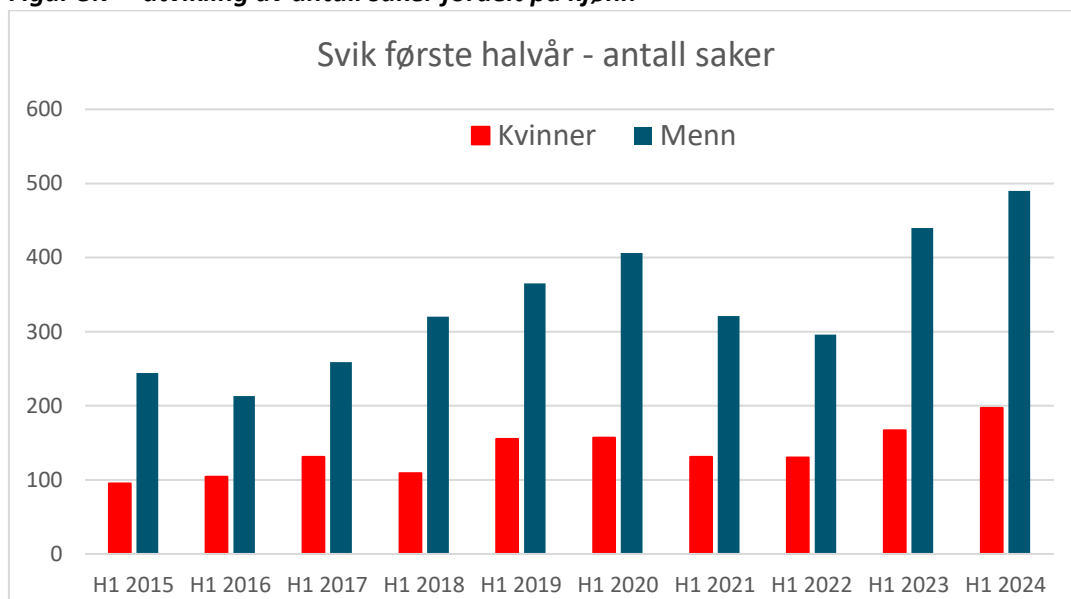
De fleste av sakene blir avdekket internt i selskapet og ofte via [FOSS-registeret](#)¹.

Figur 3.6 – prosentfordeling av hvordan svindelen utføres på bil og øvrige produkter



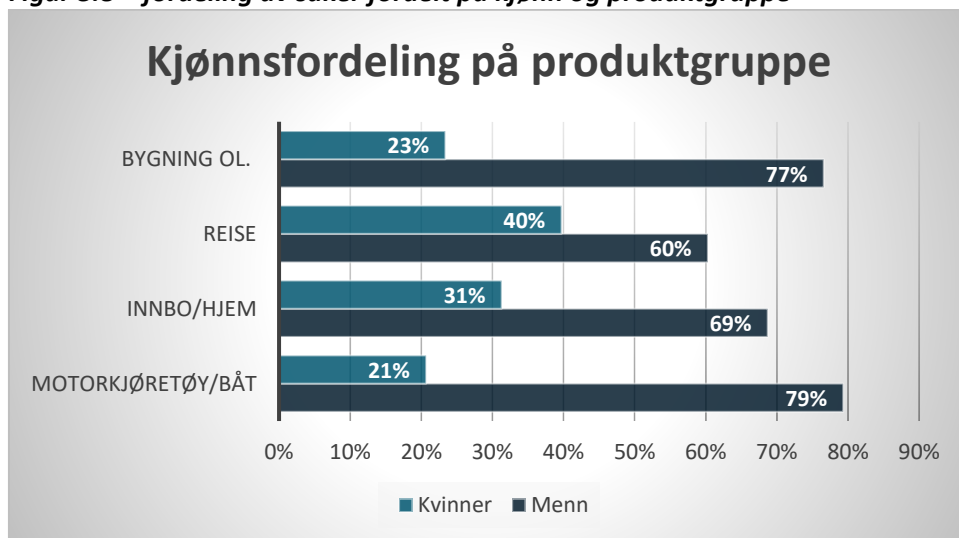
¹ Se definisjon i kapittel 6.

Figur 3.7 – utvikling av antall saker fordelt på kjønn



Av figuren over ser en at kjønnsandelen som utfører forsikringssvindel, er ganske lik over tid; rundt 30 prosent av sakene gjelder kvinner. At det er relativt få kvinner som blir avdekket for svindel, kan også ha sammenheng med at noe færre kvinner enn menn er ansvarlig for forsikringsavtalen.

Figur 3.8 – fordeling av saker fordelt på kjønn og produktgruppe



Det er «best likestilling» på reisesvindel, mens det er minst på motorkjøretøy og bygning. I grafen over vises det at kvinnene bare utgjør 21 prosent av sakene på motorkjøretøy, mens de utgjør 40 prosent på reise.

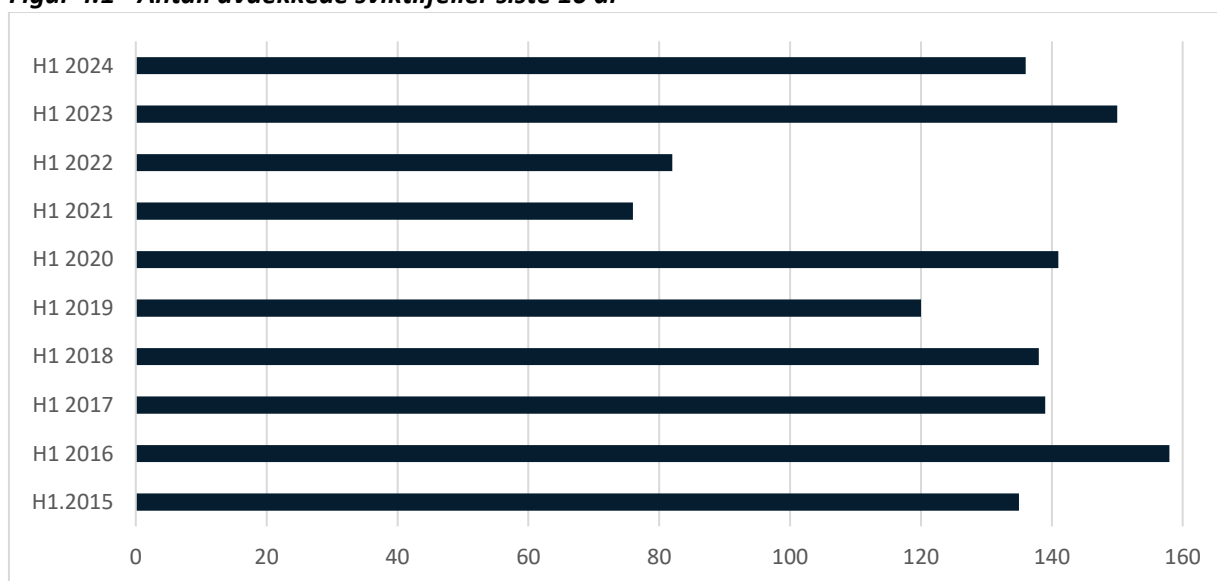
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

Denne delen av rapporten omhandler syke- og uføreforsikringer. Se FAL § 10-1, lovens del B.

Selskapene rapporterer syke- og uføreforsikrings saker som er avslått med begrunnelse i svik. Registreringene gjelder avslag både ved avtaleetablering (tegning) og ved oppgjør, jf. FAL §§ 12-12 og 18-1. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som svindel.

Tilfeller av svik avdekket ved avtaleetablering omfattes ikke i oppgitte svikbeløp.

Figur 4.1 - Antall avdekkede sviktilfeller siste 10 år



Figur 4.1 viser totalt antall sviksaker i første halvår for perioden 2015-2024. I 2024 ble det avdekket 136 personer for svindel av syke- og uføreprodukter, mot 150 i 2023 og 82 i 2022. I hele 2023 ble det totalt avdekket 260 slike saker. Sviktilfellene så langt i år omfattet 146 deknninger, mot 156 i samme periode i 2023 og 85 i 2022. Dette følger av at en sak kan omfatte flere deknninger innenfor syke- og uføreprodukter.

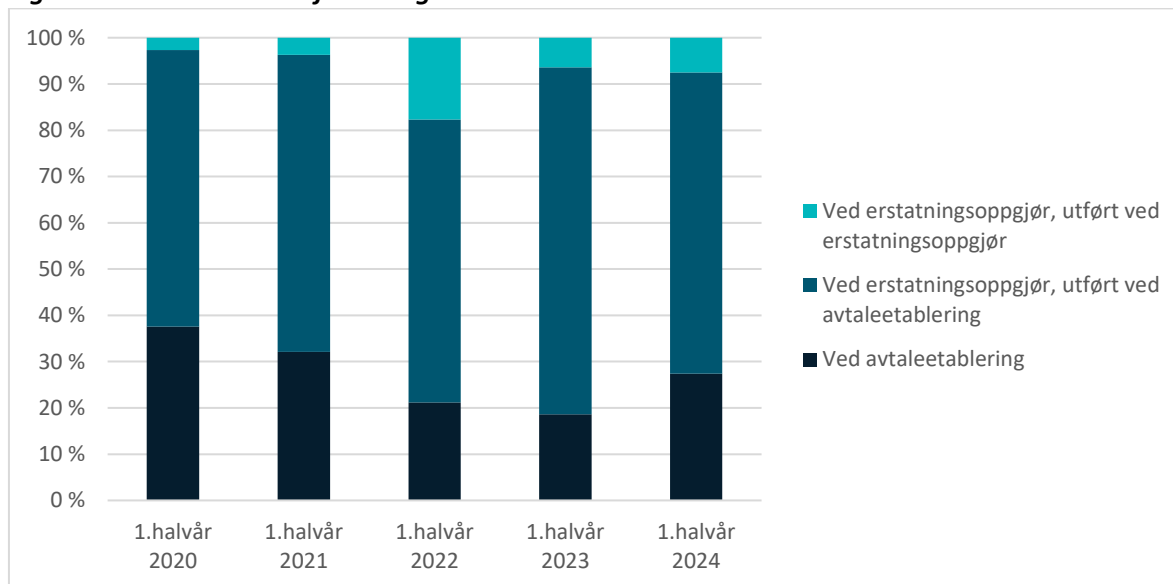
Den totale kroneverdien av syke- og uføresaker avdekket hittil i 2024 er på om lag 142 millioner kroner, der beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering ikke inngår. Til sammenligning ble det for samme periode i 2023 avdekket svindel ved tidspunkt for erstatningsoppgjør for 212 millioner kroner og i 2022 for 94 millioner kroner. Totalt i 2023 utgjorde avdekket svik 331 millioner kroner innenfor syke- og uføreprodukter.

Så langt i år er gjennomsnittlig beløp for svindel avdekket ved erstatningsoppgjør på 1,3 millioner kroner.

Forsikringsselskapene legger ned store ressurser for å forebygge og avdekke forsikrings svindel.

[ROFF-registeret](#)², som administreres av Finans Norge Forsikringsdrift, er et viktig verktøy i selskapenes arbeid for å avdekke forsikringssvindelen.

Figur 4.2 – Når avdekkes forsikringssvindelen



Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved inngåelse av forsikringen. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved inngåelse, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten er stor for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller annet tidspunkt.

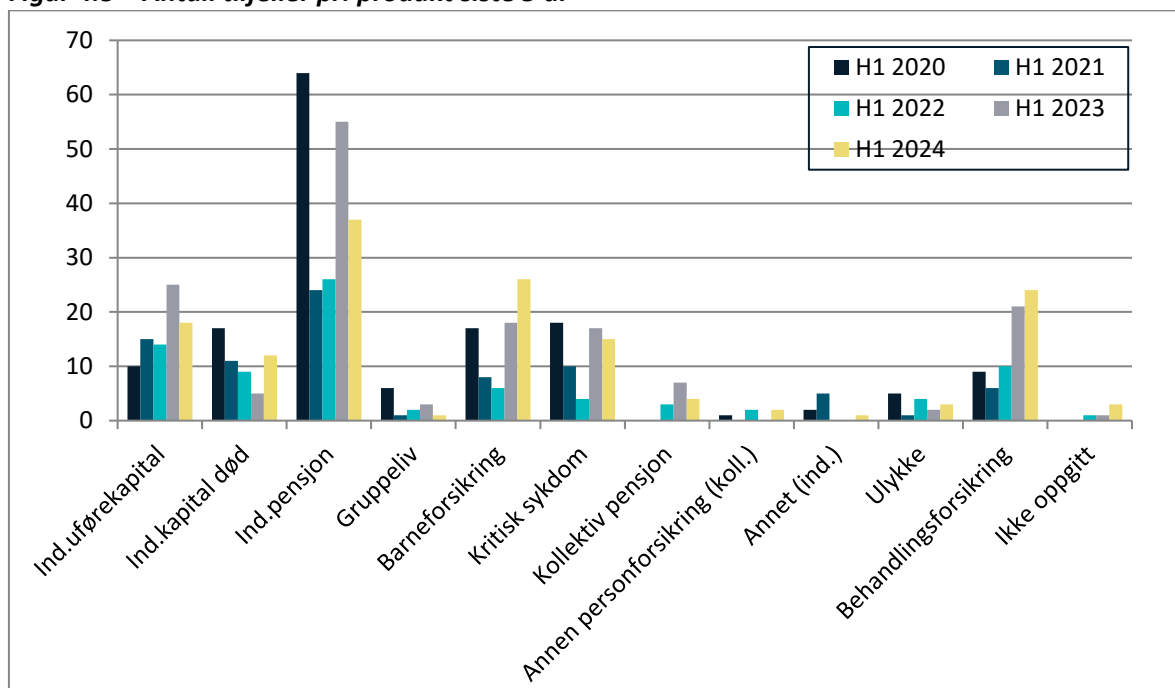
Hittil i år er 27 prosent av svindelsakene avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikringen. På samme tidspunkt i 2023 utgjorde slike tilfeller 19 prosent av tilfellene. Antall saker avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, er redusert fra 75 prosent ved første halvår i 2023 til 65 prosent på samme tidspunkt i 2024. I 2022 var tilsvarende andel på 61 prosent.

Totalt ble 95 prosent av de avdekkede svindelsakene så langt i 2024 utført i forbindelse med inngåelse av forsikringsavtalen.

De senere årene har det vært avdekket flest svindeltilfeller knyttet til individuell pensjon. Dette gjelder også så langt i 2024, jf. figur 4.3 under. Hittil i år representerte denne dekningsstypen 25 prosent av alle svindeltilfellene innen syke- og uføreforsikring, mot 35 prosent på samme tidspunkt i 2023.

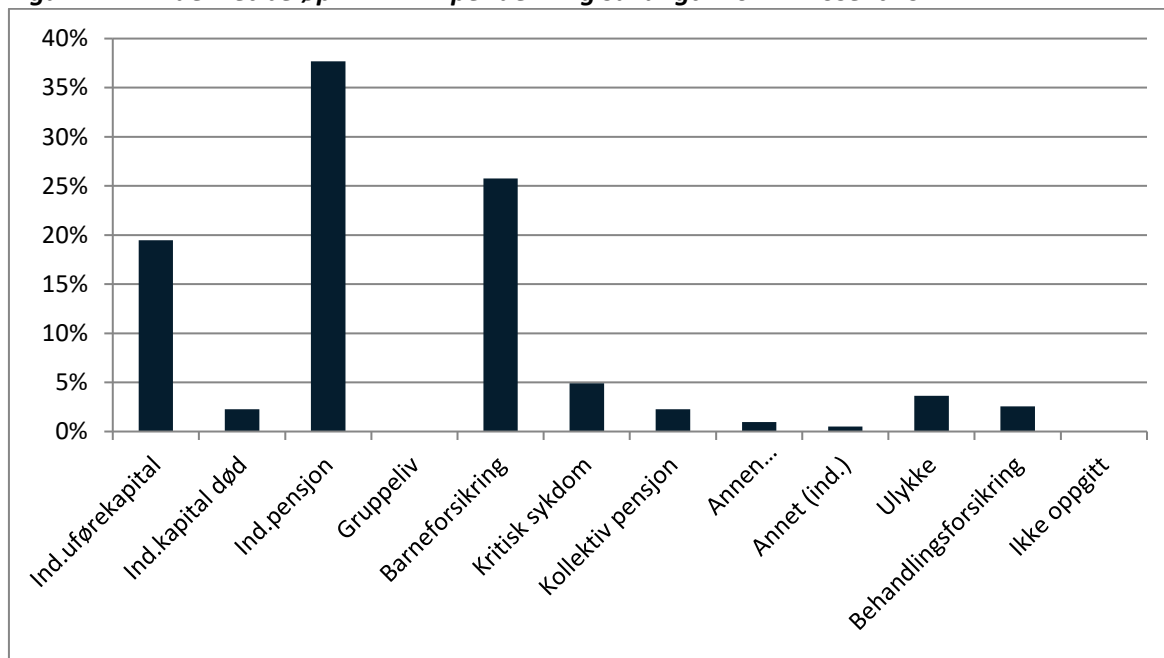
² Se definisjon i kapittel 6.

Figur 4.3 – Antall tilfeller pr. produkt siste 5 år



Figur 4.4 viser fordelingen av avdekket beløp for de sviktilfeller som er oppdaget i forbindelse med erstatningsoppgjøret og utført enten ved tegning eller under erstatningsoppgjøret.

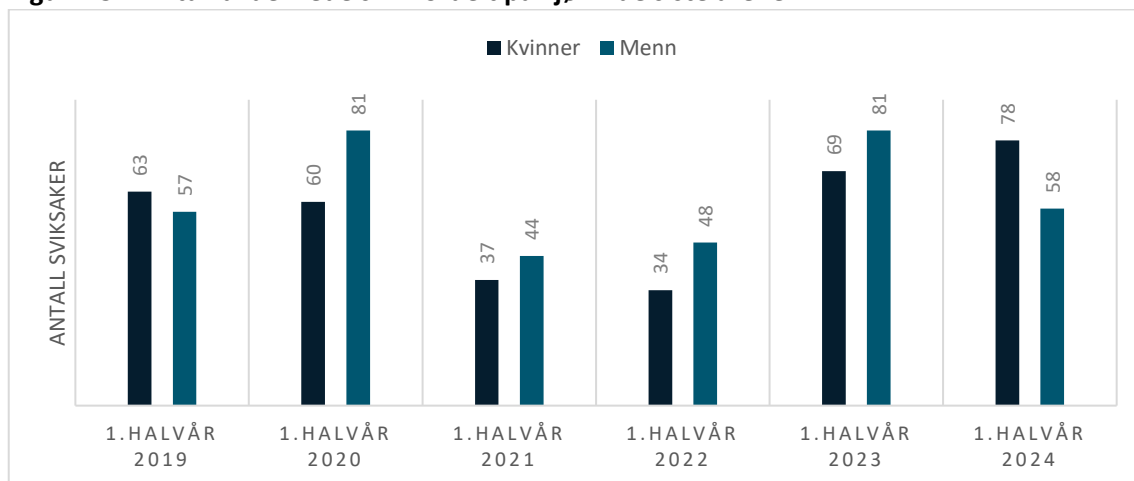
Figur 4.4 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning så langt i 2024. Prosentvis



Omfanget av avdekket svindel i hver bransje kan variere fra år til år, både i antall og i beløp. Det kan være flere årsaker til disse variasjonene, men en av faktorene som spiller inn er at selskapene kan ha spesiell oppmerksomhet på enkelte områder.

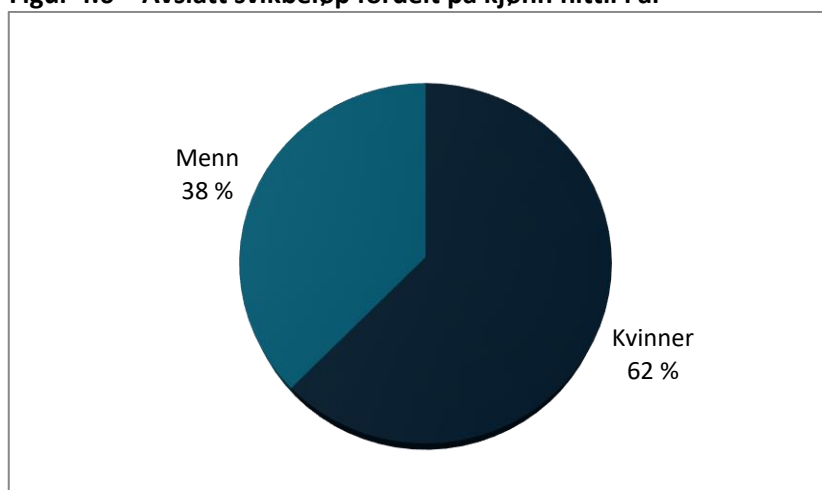
Individuell pensjon er den dekningstypen der det er avdekket størst omfang av svindel så langt i 2024, både sett i forhold til antall saker og i kronebeløp. Avdekket beløp i forbindelse med erstatningsoppgjøret for denne type dekning omfattet om lag 53,5 millioner kroner, som tilsvarer 38 prosent av totalt avdekket svindelbeløp for syke- og uføredekninger.

Figur 4.5 – Antall avdekkede svik fordelt på kjønn de siste årene



De siste årene har menn svindlet mer enn kvinner, men for 1. halvår 2024 står kvinner for 57 prosent av de avdekkede sviksakene. Til sammenligning utgjorde menn 54 prosent på samme tid i 2023 og 59 prosent på samme tid i 2022.

Figur 4.6 – Avslått svikbeløp fordelt på kjønn hittil i år



Kvinner utgjør også den største andelen når det gjelder avslått beløp knyttet til svik innen syke- og uføreforsikring i 1. halvår 2024. Ved utgangen av juni 2024 hadde menn svindlet for om lag 53 millioner kroner, mens kvinner sto om lag 89 millioner kroner. På samme tidspunkt i fjor var beløpene henholdsvis 119 millioner for menn og 93 millioner for kvinner.

5. Forsikringsselskaperens forebyggende arbeid

Samfunnsansvar

Erfaring viser at ikke alle kunder gir riktige opplysninger til selskapene. Hvert år utføres det et betydelig antall forsikringsbedragerier som medfører at selskapene uriktig utbetaler store erstatningsbeløp som igjen fører til høyere forsikringspremier for alle kundene. Det er i samfunnets interesse at selskapene foretar undersøkelser for å bekrefte eller avkrefte mistanke om forsikringssvindel.

Som det framkommer av denne rapporten, forekommer forsikringssvindel i ulike former og i alle samfunnslag. Alt fra enkeltpersoner som overdriver et innbokrav, til organiserte kriminelle hvor utbetalingene benyttes til å finansiere annen alvorlig kriminalitet. Spennet i saker er stort, og i motsetning til mye annen kriminalitet, finnes det ingen standard gjerningsmannprofil innen forsikringssvindel.

Forsikringsselskapene avdekker hvert år en rekke forsøk på svindel ved avtaleetablering, der kunder bevisst oppgir uriktige opplysninger ved kjøp av forsikring. Et typisk eksempel på dette er når en kunde kjøper en uføreforsikring, og holder tilbake opplysninger om alvorlig sykdom. Selskapene erfarer at det ved svindel i avtaleøyeblikket, før eller senere kan komme et uberettiget krav om erstatning. Det forebyggende arbeidet ved avdekking av svindel ved avtaleinngåelsen kan ikke beløpsfestes, men medfører uten tvil store besparelser for selskapene. Dette kommer kundene til gode ved reduserte premier.

Forebygging og myndighetskontakt

Forsikringskundene forventer at både politiet og forsikringsselskapene gjør en aktiv innsats for å bekjempe økonomisk kriminalitet. En konsekvent anmeldelsespolicy viser både kriminelle, politiet og samfunnet ellers, at forsikringssvindel er et problem forsikringsselskapene ser alvorlig på. Dersom man begår forsikringssvindel, kan man miste rett til erstatning og blir uønsket som forsikringskunde. I tillegg risikerer man også politianmeldelse. Forsikringssystemet bygger på tillit mellom selskapet og forsikringskundene. Brudd på tilliten er alvorlig og blir derfor ofte straffet hardt av rettsvesenet. Forsikringsbedragerier har en strafferamme på inntil 6 år, med ubetinget fengsel selv der hvor svindlet beløp er lavt.

Forsikringsnæringen har de siste årene intensivert samarbeidet med blant andre politiet og NAV. NAV og forsikringsselskapene ser mange av de samme trendene innen sykdom og uførhet. Det er et felles ansvar, både innen privat og offentlig om å forebygge og bekjempe denne typen kriminalitet. Med hjemmel i Folketrygdloven har forsikringsselskapene og NAV anledning til å utveksle informasjon.

Både politiet og forsikringsselskapene erfarer at kriminaliteten de siste årene har blitt mer komplisert og organisert. Også forsikringsnæringen rammes av kriminelle gjenger og andre tilsynelatende organiserte miljøer. Verdigjenstander og luksuskjøretøy har høy status i gjengmiljøer, og det er mer vanlig enn uvanlig at disse eiendelene finansieres med utbytte fra straffbare handlinger. De fleste av disse gjenstandene forsikres. Utredning og forebygging av forsikringssvindel er derfor en viktig del i kampen mot organisert kriminalitet.

En god kriminalitetsbekjempelse krever at man deler erfaringer, og tett samarbeid mellom det offentlige og private har ofte vist seg å være nøkkelen til suksess.

Forsikringsselskapene og Finans Norge Forsikringsdrift bidrar derfor aktivt med sine erfaringer og kompetanse på Politihøgskolen - både som en del av grunnutdanningen til politistudenter, men også på kurs og enkeltstudier.

Viktige kriminalitetsforebyggende utvalg i regi av Finans Norge

Fagutvalg kriminalitet forsikring:

Fagutvalg kriminalitet forsikring (FKF) er et rådgivende organ i saker som vedrører svindel og kriminalitet rettet mot forsikringsbransjen. Utvalgets ansvarsområde er skadeforebyggende og skadereduserende oppgaver innen svindel og kriminalitet på skade- og livsforsikring.

Fagutvalget skal måle resultatet av næringens kriminalitetsreduserende arbeid og medvirke til utgivelse av årlig svikstatistikk. Utvalget skal også bidra med innspill og faktaopplysninger til bruk for informasjonsvirksomhet.

Fagutvalg økonomisk kriminalitet Hvitvasking:

Fagutvalget (FØKH) er et rådgivende organ for finansnæringen i spørsmål om felles tiltak mot hvitvasking av penger og terrorfinansiering. Dette omfatter også gjennomføring og praktisering av nasjonalt og internasjonalt regelverk på området. Utvalget skal være en aktiv «lyttepost» mot nasjonale og internasjonale regelverksinitiativer og trender. Relevant informasjon innhentes og drøftes i utvalget. Utvalget gjennomgår relevant regelverk på området og definerer felles forståelse og holdninger innad i næringen om praktisering og etterlevelse. Utvalget, som består av representanter fra både bank- og forsikringsselskaper, skal kunne gi anbefalinger til medlemsforetakene.

6. Definisjoner

- **Hva er forsikringssvindel:**
Den forsikrede forsøker å oppnå eller oppnår erstatningsutbetaling fra et forsikringsselskap som vedkommende ikke har rettmessig krav på. I rapporten behandles bare saker som er avdekket som svik i henhold til FAL. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som «svindel».
- **Svik ved tegning/svik avdekket ved avtaleetablering:**
Dersom forsikringstaker bevisst oppgir uriktige opplysninger ved tegning for å få en forsikring vedkommende ikke hadde krav på.
- **Svik avdekket ved erstatningsoppgjør, utført ved avtaleetablering:**
Forsikringsselskapet kan påberope seg svik dersom sikrede bevisst oppga uriktige opplysninger ved tegning for å få en forsikring vedkommende ikke hadde krav på.
- **Svik avdekket ved erstatningsoppgjør, utført ved erstatningsoppgjør:**
Forsikringsselskapet kan påberope seg svik dersom sikrede bevisst har gitt gale opplysninger om forsikringstilfellet som vedkommende måtte forstå kunne føre til et bedre erstatningsoppgjør enn man hadde krav på.
- **Individuell uførekapital:**
Dekning tegnet individuelt/privat. Kapitalforsikring er livsforsikring som kommer til utbetaling som et engangsbeløp ved forsikringstilfellets inntreden uansett årsak (sykdom eller ulykke). Premiefritak er en terminvis erstatning ved uførhet som er knyttet til individuell uførekapital.
- **Individuell kapital død:**
Dekning tegnet individuelt/privat, og som kommer til utbetaling som et engangsbeløp ved død uansett årsak (sykdom eller ulykke).
- **Individuell pensjon:**
Renteforsikring som tegnes privat og som kommer til utbetaling i terminer.
- **Gruppeliv:**
Dekning tegnet privat eller av arbeidsgiver, og som kommer til utbetaling som et engangsbeløp ved død eller uførhet uansett årsak (sykdom eller ulykke).
- **Barneforsikring:**
Hovedsakelig en sykdoms- og ulykkesforsikring for barn som kommer til utbetaling etter nærmere bestemte regler fastsatt i det enkelte selskaps forsikringsvilkår.
- **Kritisk sykdom:**
Kritisk sykdom er en sykeforsikring. Forsikringen utbetales med et engangsbeløp dersom forsikrede blir rammet av en sykdom definert i det enkelte selskaps forsikringsvilkår. Tegnes som kollektiv eller individuell dekning.
- **Kollektiv pensjon:**
Tjenestepensjon for ansatte i private, kommunale eller statlige bedrifter/foretak. Kollektiv pensjon er livsforsikring som kommer til utbetaling i terminer.
- **ROFF:**
Register over forsikringssøkere og forsikrede for forsikringsselskapene tilknyttet Finans Norge som selger livsforsikring eller andre personforsikringer der det er helsevurdering ved tegning/avtaleetablering. Forsikringsselskapene kan søke om informasjon fra registeret i salgsøyeblikket og ved søknad om uføreerstatning. Personforsikringer gitt på spesielle vilkår og avslag på søknad om forsikring registreres i ROFF. ROFF inneholder ikke helseopplysninger, men disse kan hentes fra forsikringsselskapet etter fullmakt fra

forsikringssøker. Nærmere informasjon finnes på Finans Norges nettsider:

<https://www.finansnorge.no/forsikringsdrift/roff/>

- **FOSS:**

Forsikringsselskapenes Sentrale Skaderegister. FOSS er et fellesregister hvor innmeldte skadesaker registreres. Registeret gir en oversikt over antall tilfeller forsikringstakeren har brukt forsikringen. Formålet med registeret er å effektivisere skadeforsikringsselskapenes saksbehandling i arbeidet med å forhindre og begrense forsikringssvindel. Registeret kan bare benyttes ved registrering av skader og i forbindelse med en eventuell erstatningsutbetaling. Nærmere informasjon finnes på Finans Norges nettsider: <https://www.finansnorge.no/forsikringsdrift/foss/>