



Forsikringssvindler i Norge

i første halvår 2025

Innhold

1. Innledning	4
2. Avdekket svindel i første halvår 2025 – 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, men fra 2024 presenteres det også halvårstall i denne rapporten. 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 2025. Kapittel 3 omhandler nærmere om forsikringssvindelen i skadeforsikring privat/næringsliv og landbruk, og kapittel 4 omhandler syke- og uføreforsikring.

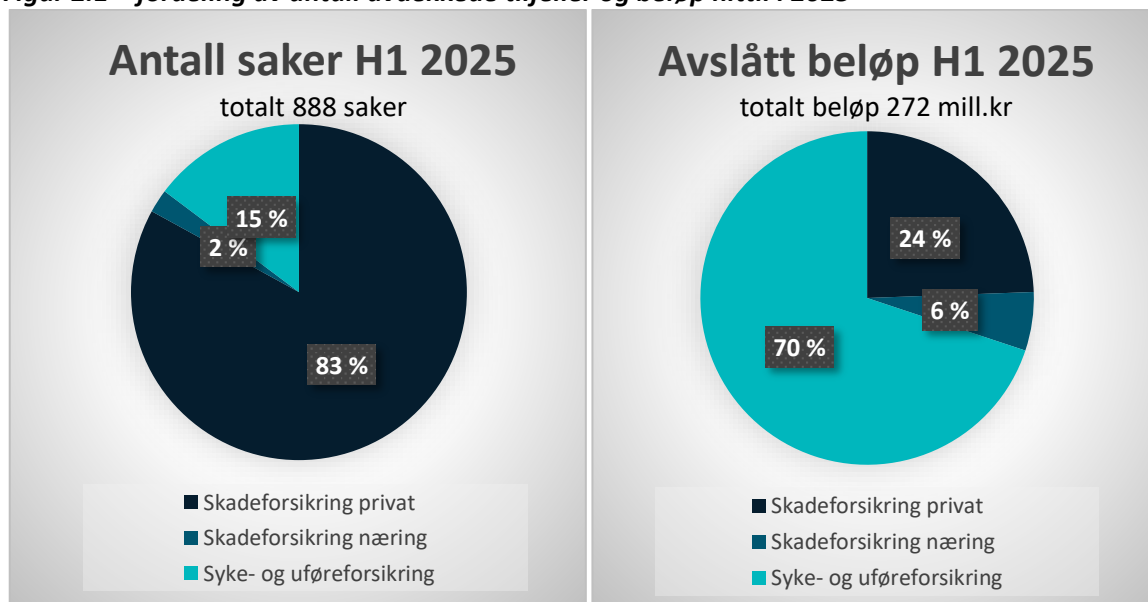
Kriminalitetsutviklingen og avdekking av nye former for forsikringsbedrageri krever kontinuerlig oppmerksomhet. Både for å kunne forebygge denne kriminaliteten og for å forhindre at næringen skal kunne bli benyttet som et redskap for kriminelle. Kapittel 5 gir et innblikk i dette arbeidet. Kapittel 6 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 2025 – overordnede tall

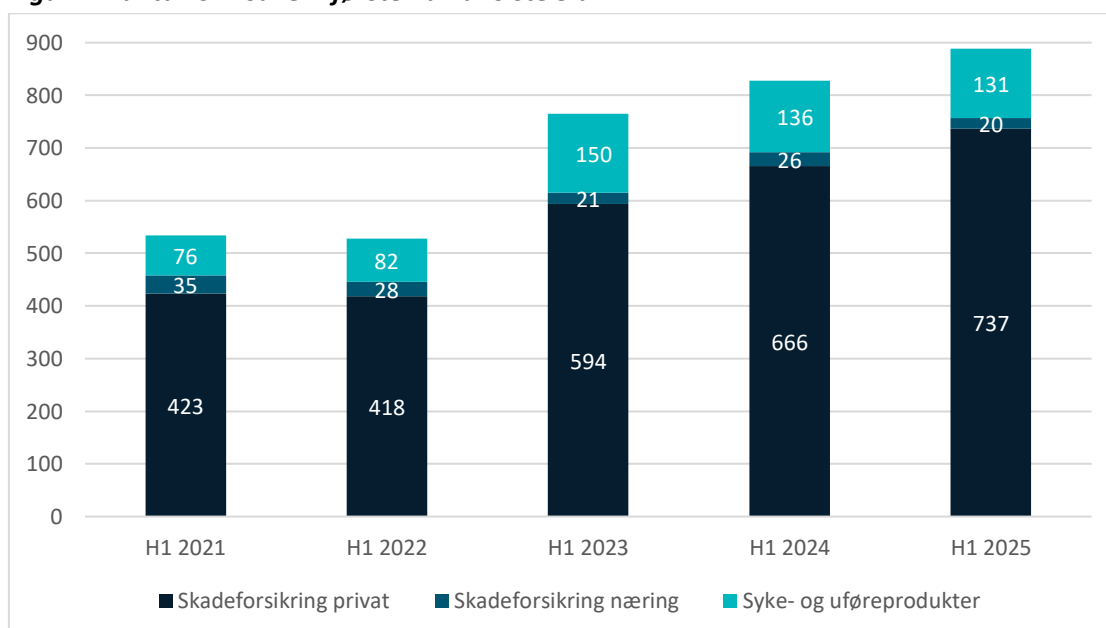
Figur 2.1 – fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp hittil i 2025



Så langt i 2025 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 888 saker til sammen. Dette er en økning på 7 prosent fra samme periode i 2024. Det totale kravet for de avslåtte sakene hittil i år er på 272 millioner kroner. I dette beløpet inngår ikke sviksaker innenfor syke- og uføreforsikring avslått ved avtaleinngåelse.

Til sammenligning ble det i hele 2024 avdekket 1752 sviksaker og avslått beløp utgjorde 496 millioner kroner.

Figur 2.2 antall sviksaker i første halvår siste 5 år



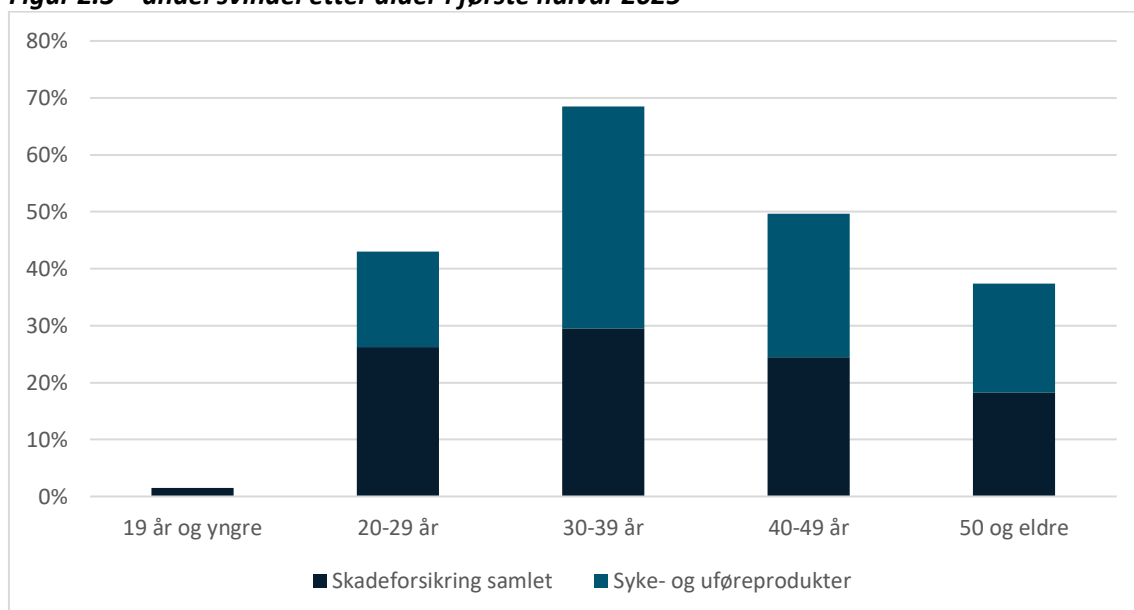
I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall saker, der det er avdekket svindel, og antall dekninger. Så langt i 2025 er det avdekket 131 saker som i alt omfattet 149 dekninger innenfor syke- og uføreproduktene. Det er ikke foretatt tilsvarende oppsplitting for skadeforsikring, selv om det 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.

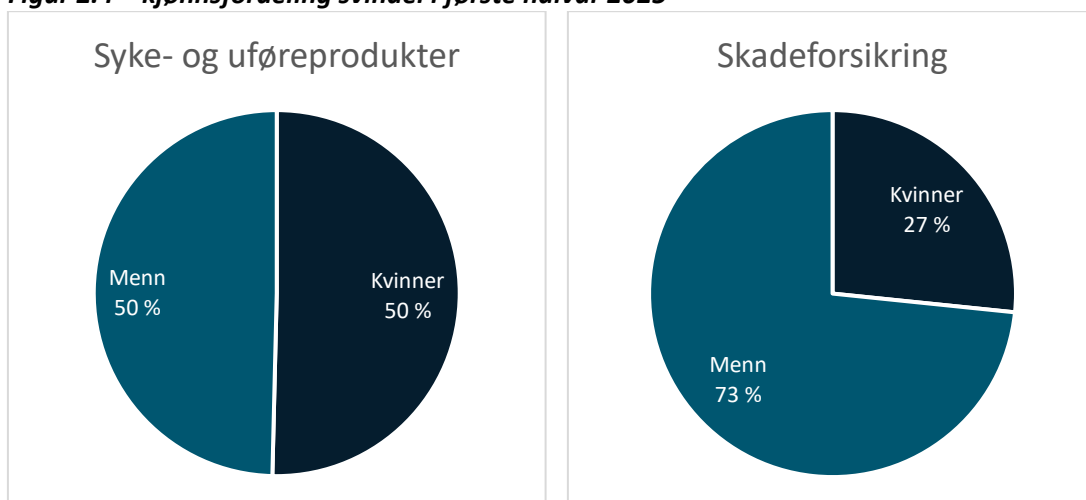
Figur 2.3 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel innenfor henholdsvis skadeforsikring og syke- og uføreprodukter. Både skadeforsikring og syke- og uføreproduktene avdekkes det flest sviksaker i aldersgruppen 30 til 39 år.

Figur 2.3 – andel svindel etter alder i første halvår 2025



Samlet er kjønnsfordelingen 70 prosent menn mot 30 prosent kvinner når det gjelder antall saker hittil i 2025. I syke- og uføreforsikringene har kvinner og menn svindlet om lag like mye, mens innenfor skadeforsikring utgjør kvinneandelen kun 27 prosent av sakene.

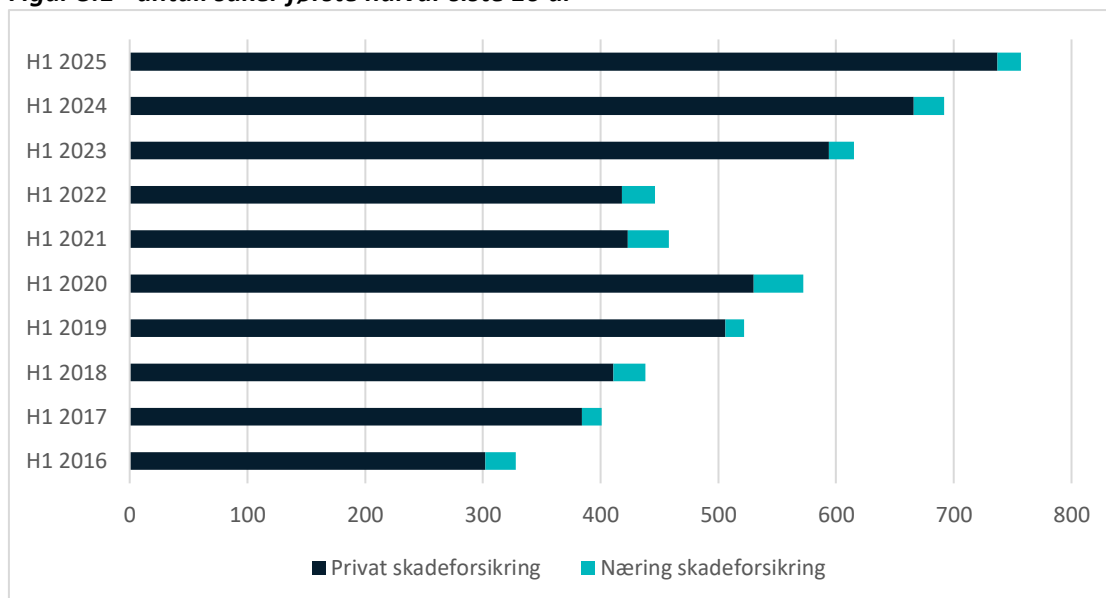
Figur 2.4 – kjønnsfordeling svindel i første halvår 2025



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

3. Avdekket svindel i skadeforsikring

Figur 3.1 - antall saker første halvår siste 10 år



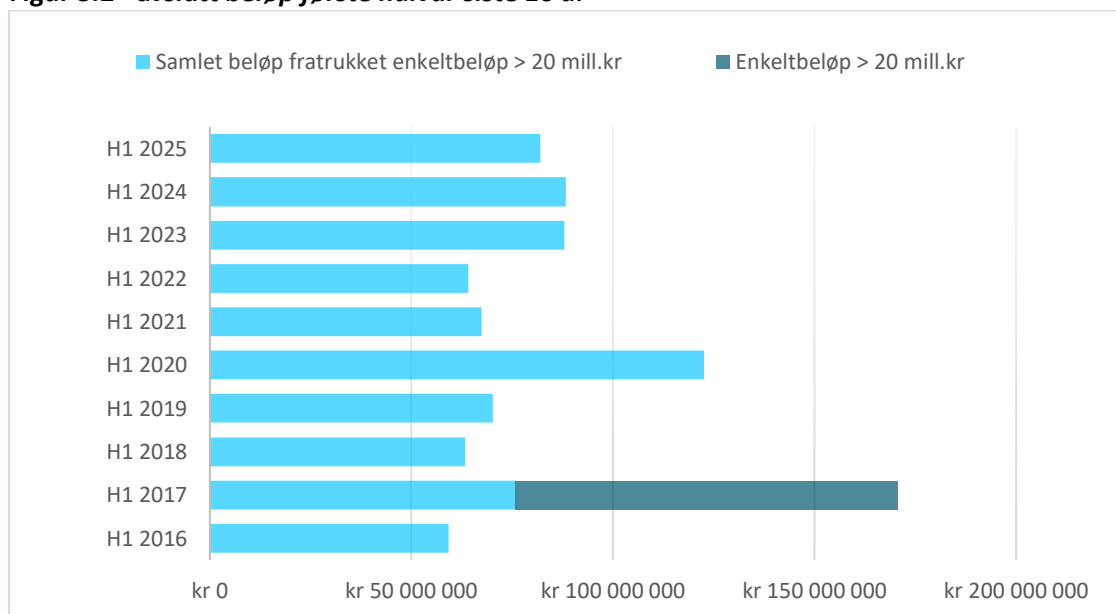
Antall avdekkede saker første halvår i år er på 757 mot 692 i samme periode i fjor. Hittil i år er det flest saker innenfor innbo med 39 prosent, deretter motorkjøretøy med 38 prosent og reise med 20 prosent. Disse andelene er omtrent tilsvarende som ved første halvår i fjor.

Hittil i år er det bare 20 saker av totalt 757 som er på næringsforsikringer. I det etterfølgende er det derfor ikke beskrevet eller spesifisert mer om disse næringssakene, men sett på næring og privat samlet.

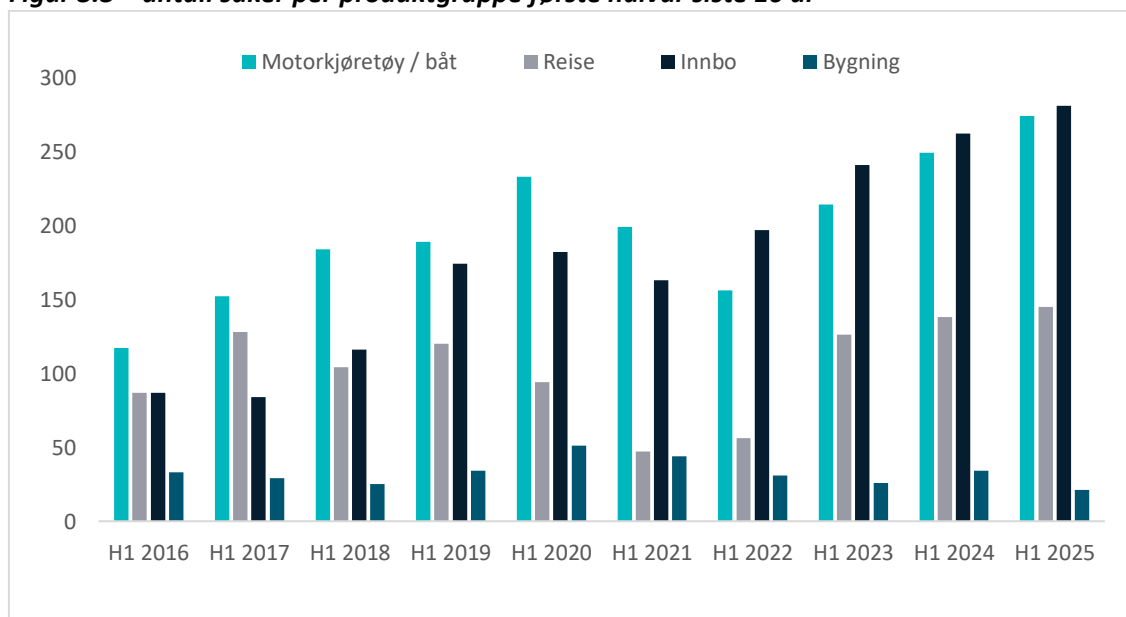
Avdekket beløp hittil i år er på 81,9 millioner kroner, mot 88,4 millioner kroner for samme periode i fjor. I gjennomsnitt er det svindlet for 108.000 kroner hittil i år, mot 128.000 kroner i fjor på samme tid. Det vil variere hvor store skader som avdekkes, avhengig av type forsikringsprodukt og type hendelse, samt tilfeldigheter på hva som svindles.

Medianbeløpet det svindles for er på 34.000 kroner – og over tid har dette beløpet variert mindre enn gjennomsnittsbetøpet. Hittil i år er det største beløpet på 9,0 millioner kroner, mens det i fjor til samme tid var på 6,2 millioner kroner og i 2023 på 8,0 millioner kroner.

Figur 3.2 - avslått beløp første halvår siste 10 år



Figur 3.3 – antall saker per produktgruppe første halvår siste 10 år

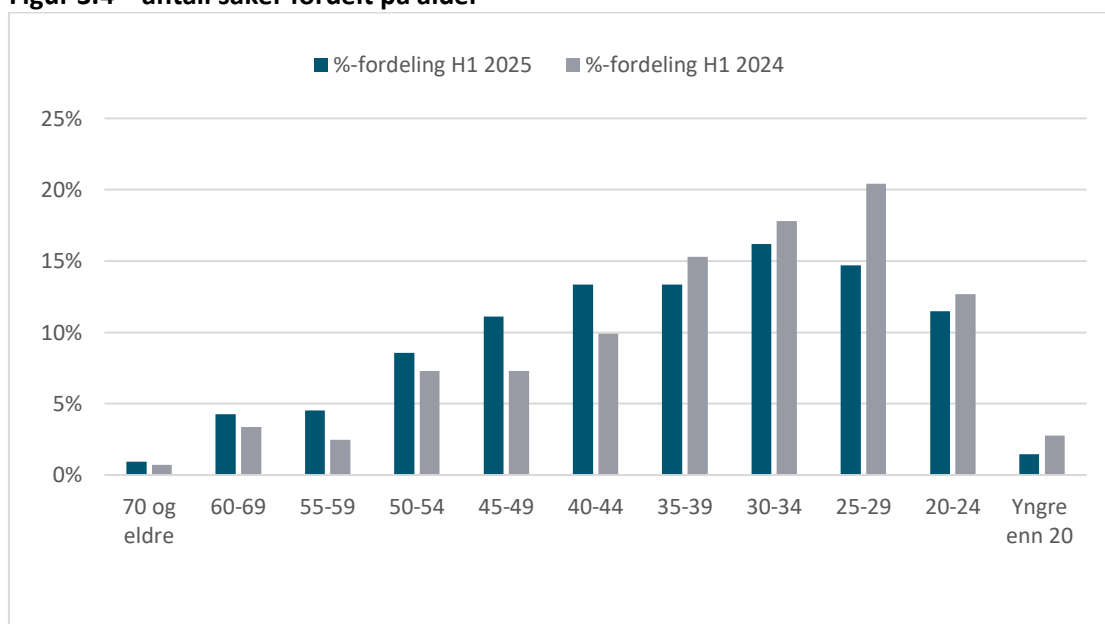


I figur 3.3 over vises hovedproduktgruppene hvor forsikringssvindel skjer. Tidligere var svindel vanligst for området motorkjøretøy, mens det nå har blitt avdekket flest saker på innbo. Under koronaperioden, 2021-2022, ble det avdekket få reisetilfeller siden det da også var få skader som ble meldt. 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.

Forsikringssvindel på bygning er relativt sjelden og har holdt seg ganske stabilt i antall de siste årene. På motorkjøretøy er det høy skadefrekvens; rundt 25 prosent av alle forsikrede kjøretøy har en skade i

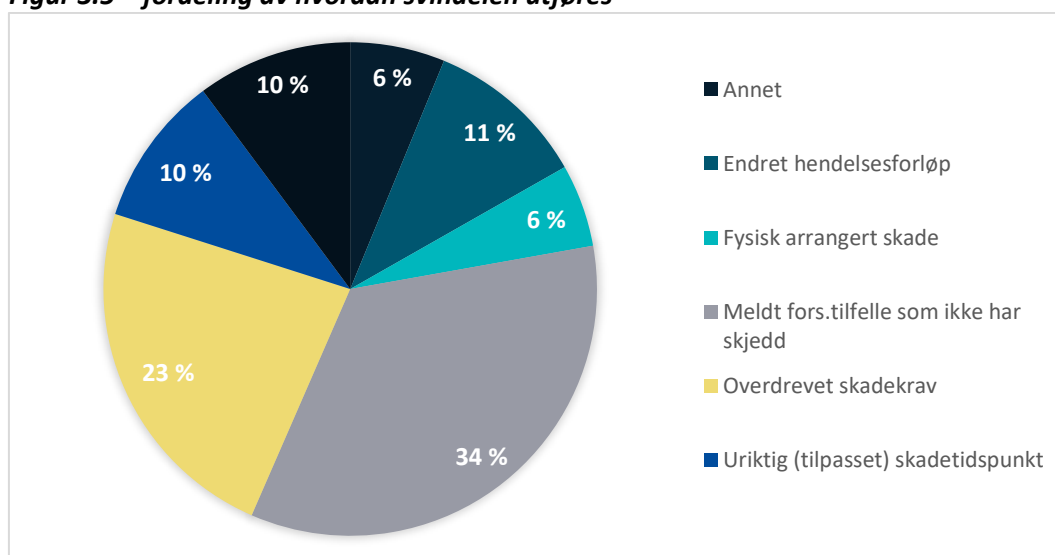
løpet av ett år, mens det på bygning er en skadefrekvens på under 5 prosent. Derfor vil mulighetsrommet på kjøretøy være flere enn på lavfrekvente bransjer. Avdekket svindel vil også avhenge av selskapenes innsats og fokus.

Figur 3.4 – antall saker fordelt på alder



Hittil i år er det avdekket en nedgang i forsikringssvindel blant personer i aldersgruppen 29 år og yngre, sammenlignet med samme periode i 2024. Siden mange unge har færre forsikringsdekninger enn eldre, og at de unge gjerne bare har innbodekninger og/eller reiseforsikring, vil mulighetene for å begå forsikringssvindel være mer begrenset for unge enn for de mer etablerte. Unge mennesker har i mindre grad motorkjøretøy eller bygning. Derfor vil avdekket forsikringssvindel også være avhengig av type produkt det svindles på.

Figur 3.5 – fordeling av hvordan svindelen utføres



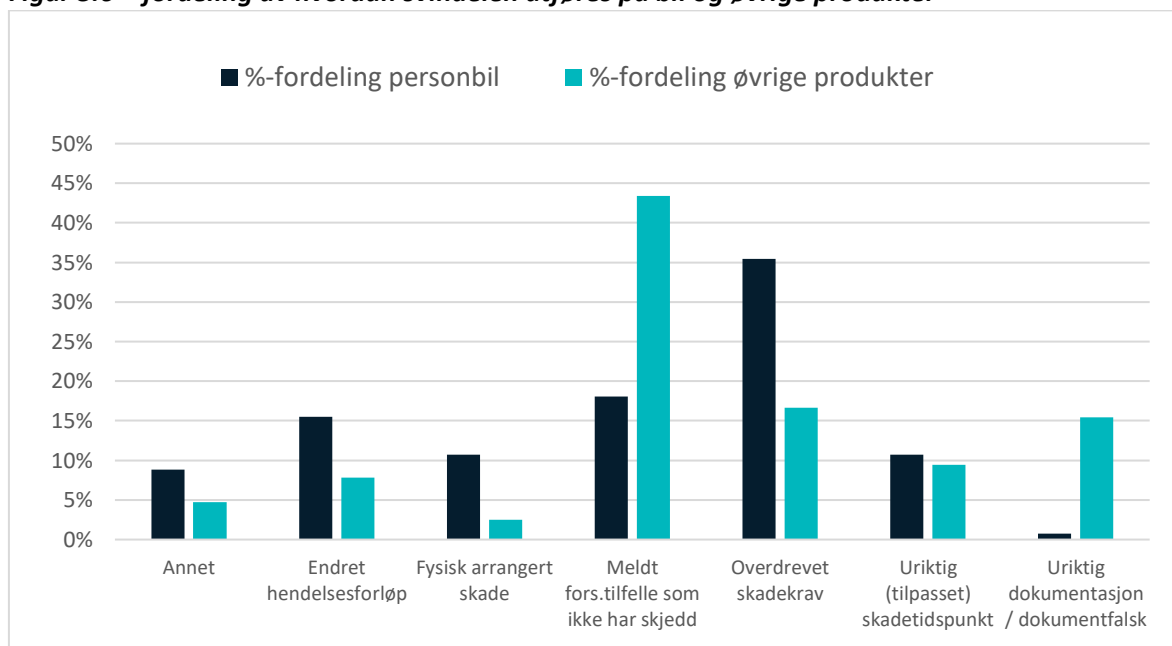
For første halvår i år har avdekkede saker skjedd ved at de fleste melder en «fiktiv» skade og ved å overdrive på en allerede oppstått skade. Disse står for godt over 50 prosent av tilfellene. I figur 3.6 vises det at det er noe forskjell avhengig av type produkt.

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 «enklere» med dokumentforfalskning på nettet.

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

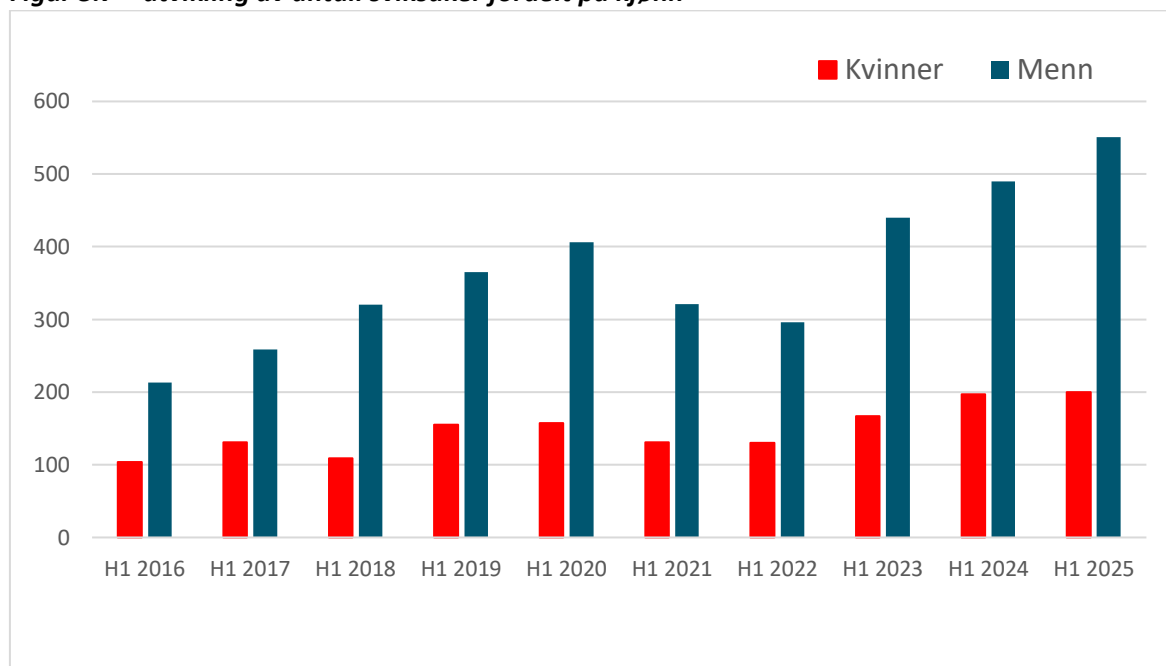
Figur 3.6 – fordeling av hvordan svindelen utføres på bil og øvrige produkter



Av figur 3.7 under 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.

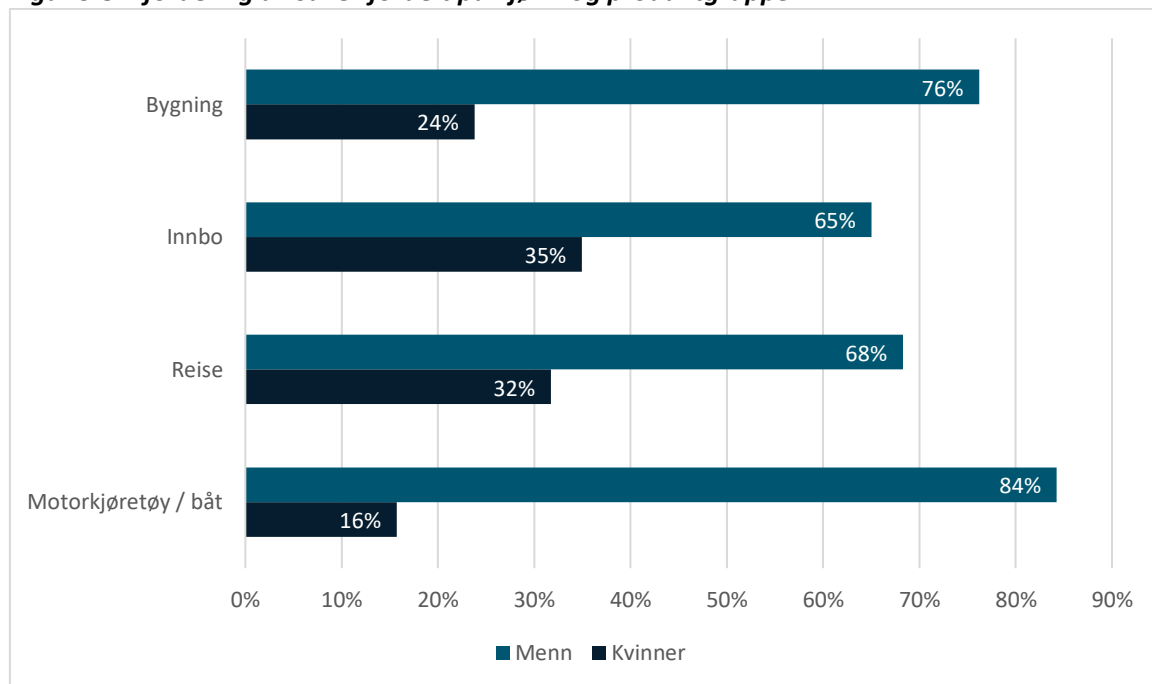
¹ Se definisjon i kapittel 6.

Figur 3.7 – utvikling av antall sviksaker fordelt på kjønn



Det er likere kjønnsfordeling når det gjelder svindel på innboforsikring, mens kvinner er lavest representert innenfor motorkjøretøy og bygning. I figur 3.8 under vises det at kvinner kun utgjør 16 prosent av sakene innen motorkjøretøy. En mulig forklaring kan være at menn i større grad enn kvinner står som avtaleeier på denne type forsikringsavtaler.

Figur 3.8 – fordeling av saker fordelt på kjønn og produktgruppe



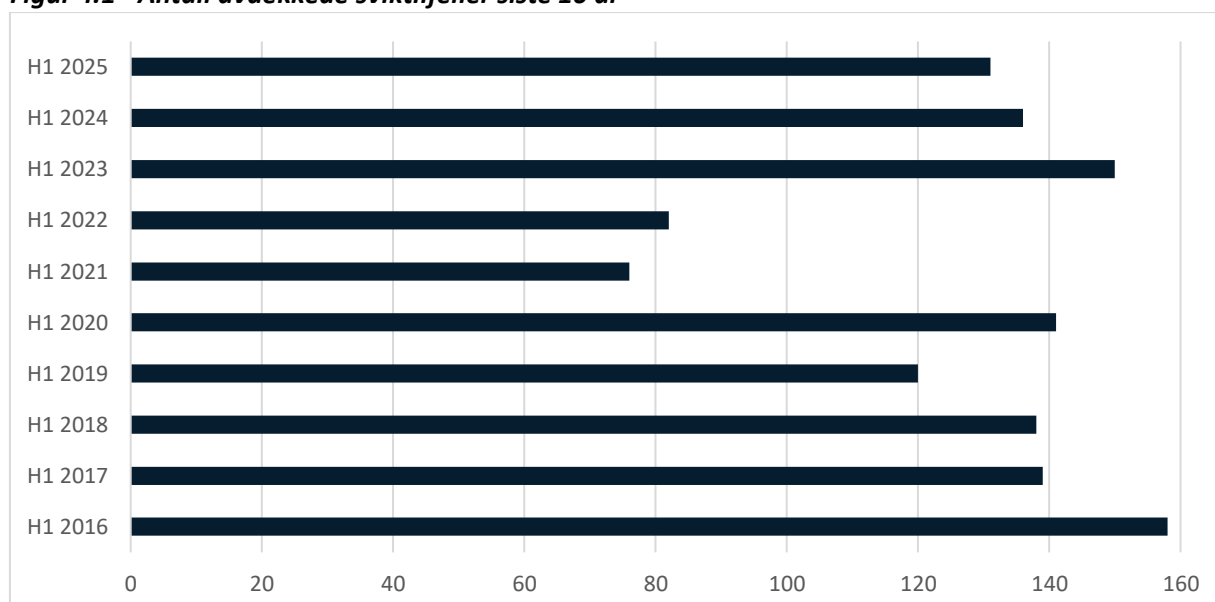
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

Denne delen av rapporten omhandler syke- og uføreforsikringer, jf. FAL § 10-1.

Selskapene rapporterer syke- og uføreforsikringssaker som er avslått med begrunnelse i svik. Registreringene gjelder avslag både ved avtaleetablering (tegning) og ved oppgjør, «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



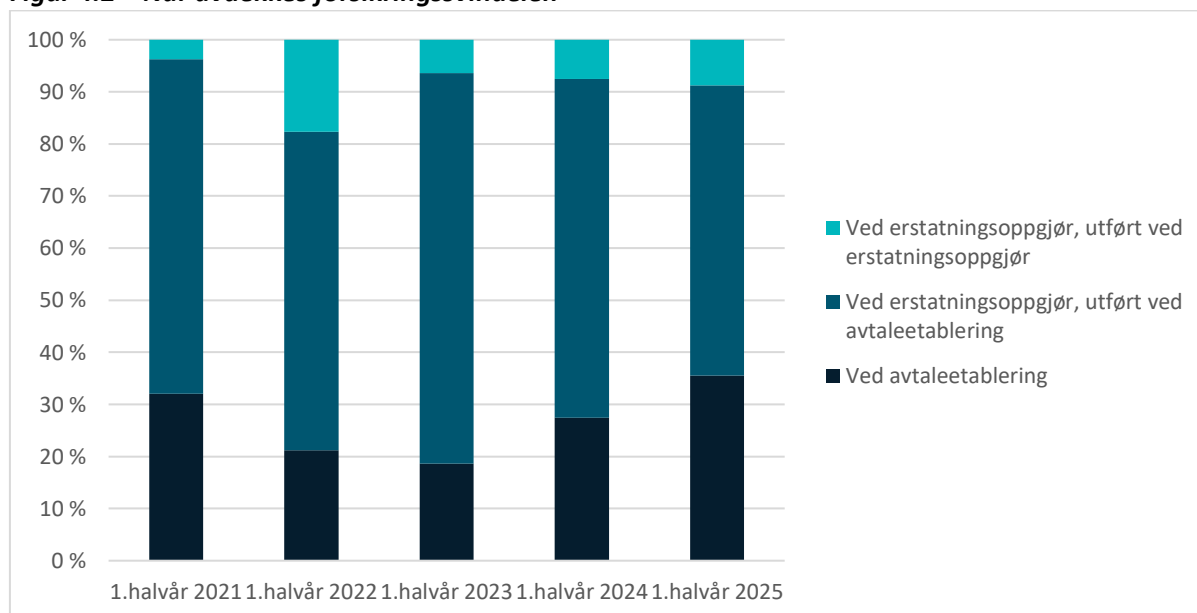
Figur 4.1 viser totalt antall sviksaker i første halvår for perioden 2016-2025. I 2025 ble det avdekket 131 personer for svindel av syke- og uføreprodukter mot 136 i 2024. I hele 2024 ble det totalt avdekket 260 slike saker. Sviktilfellene så langt i år omfattet 149 dekninger mot 146 i samme periode i 2024. Dette følger av at en sak kan omfatte flere dekninger innenfor syke- og uføreprodukter.

Den totale kroneverdien av syke- og uføresaker avdekket hittil i 2025 utgjør om lag 190 millioner kroner. I denne summen inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det for samme periode i 2024 avdekket svindel ved tidspunkt for erstatningsoppgjør for 142 millioner kroner. Totalt i 2024 utgjorde avdekket svik 331 millioner kroner innenfor syke- og uføreprodukter. Så langt i år er gjennomsnittlig beløp for svindel avdekket ved erstatningsoppgjør på 2 millioner kroner.

Forsikringsselskapene legger ned store ressurser for å forebygge og avdekke forsikringssvindel.

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

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 36 prosent av svindelsakene avdekket ved tidspunkt for tegning av forsikringen. Dette er en økning fra 27 prosent på samme tidspunkt i 2024.. Antall saker som ble avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, utgjør nå 56 prosent.

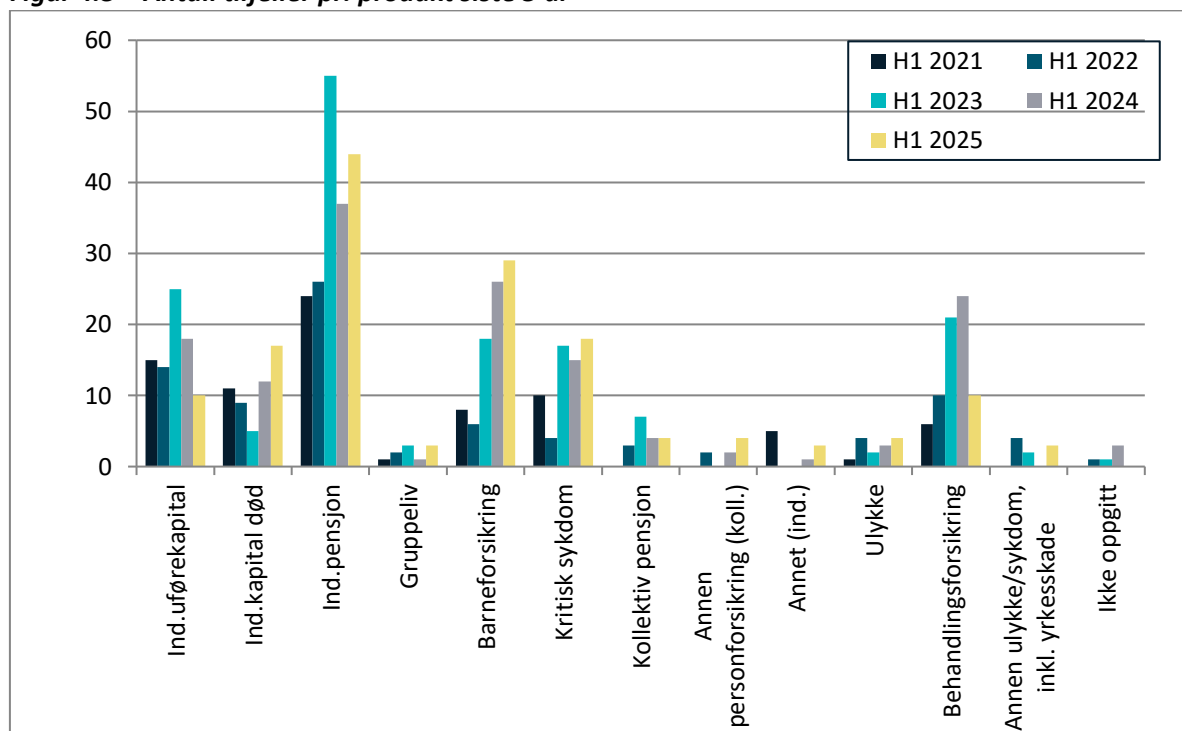
Totalt ble 91 prosent av de avdekkede svindelsakene så langt i år utført i forbindelse med inngåelse av forsikringsavtalen.

De senere årene er det avdekket flest svindeltilfeller knyttet til individuelle pensjonsordninger. Dette gjelder også så langt i 2025. Hittil i år representerte denne dekningstypen 30 prosent av alle svindeltilfellene innen syke- og uføreforsikring, mot 25 prosent på samme tidspunkt i 2024. I figur 4.3 under fremkommer det hvordan antall avdekkede sviktilfeller innen syke- og uføreprodukter fordeler seg mellom produktene, uavhengig av om svindelen ble avdekket ved tegning eller erstatningstidspunktet.

Figur 4.4 viser hvordan avdekket beløp for sviktilfeller - oppdaget i forbindelse med erstatningsoppgjøret og utført enten ved tegning eller under erstatningsoppgjøret - fordeler seg mellom de ulike syke- og uføredekningene.

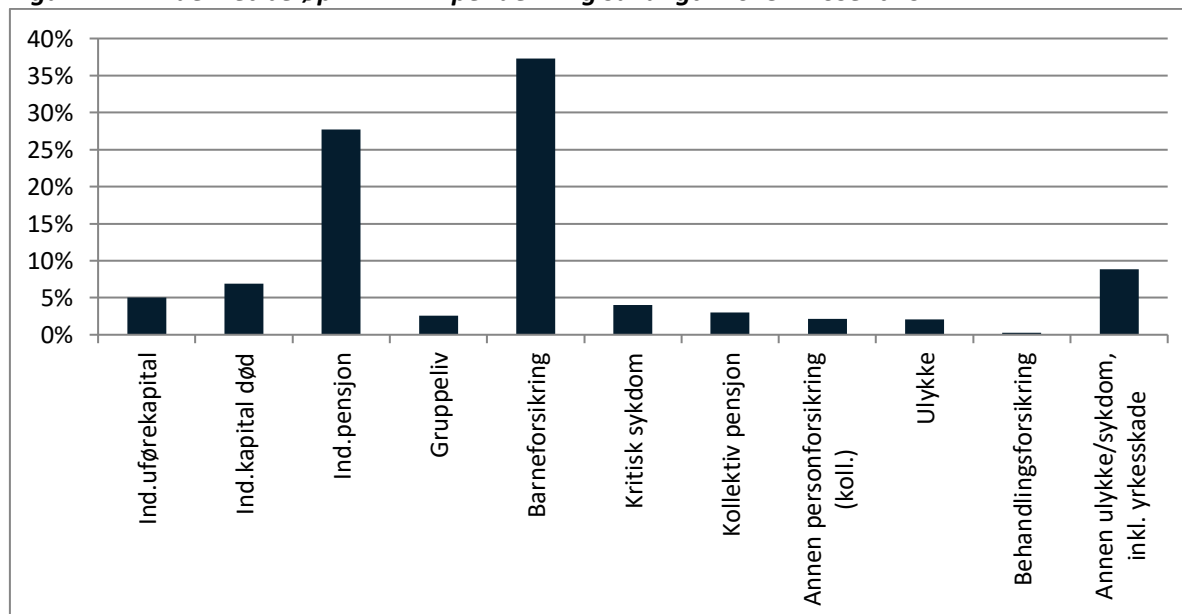
² Se definisjon i kapittel 6.

Figur 4.3 – Antall tilfeller pr. produkt siste 5 år



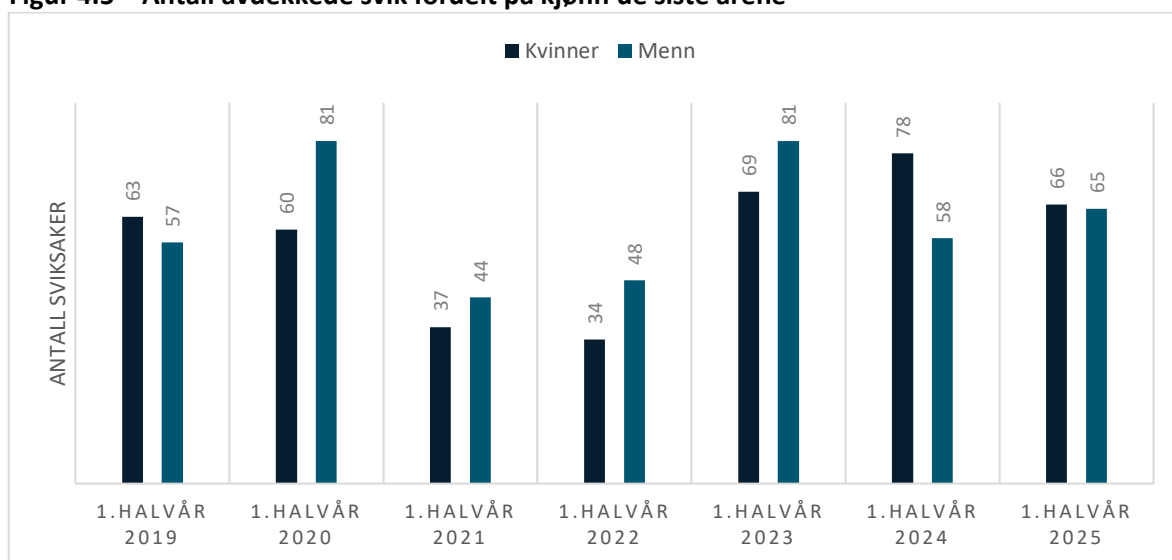
Omfanget av avdekket svindel i hver bransje kan variere fra år til år, både i antall og i beløp. Det kan være flere årsaker til disse variasjonene, men en av faktorene som spiller inn er at selskapene kan ha spesiell oppmerksomhet på enkelte områder.

Figur 4.4 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning så langt i 2025. Prosentvis



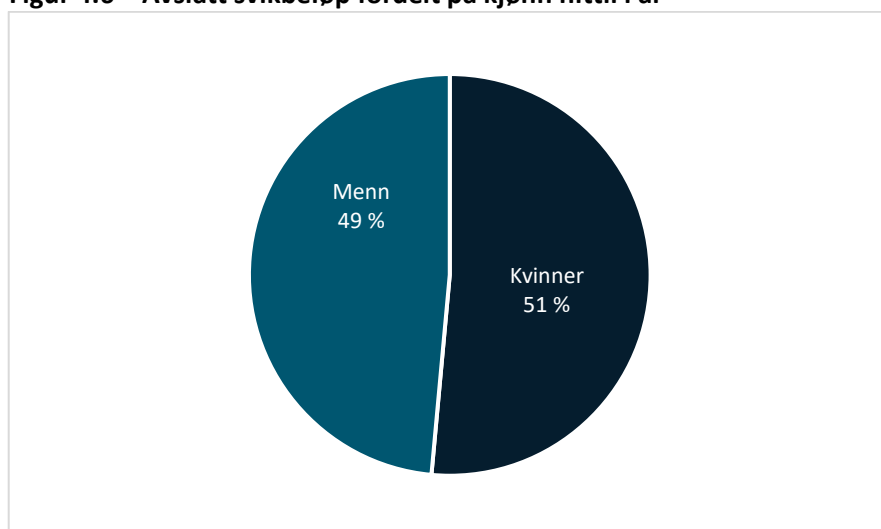
Individuell pensjon er den dekningstypen der det er avdekket flest tilfeller av svindel så langt i år, mens sett i forhold til kronebeløp er barneforsikring størst. Da antall saker er svært få fordelt på produkt, kan dette gi stor variasjon på avdekket svikbeløp.

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



De seneste årene har menn stått for en større andel av svindelen innenfor syke- og uføreprodukter enn kvinner, men i fjor utgjorde kvinner et flertall. Ved utgangen av 1. halvår i 2025 ble det avdekket om lag like mange tilfeller av svik for kvinner og menn, jf. figur 4.5. På samme tid fjor utgjorde kvinner 57 prosent og i 2023 var andelen 46 prosent.

Figur 4.6 – Avslått svikbeløp fordelt på kjønn hittil i år



Kvinner har så langt i år svindlet for et større beløp enn menn i saker avdekket ved tidspunkt for erstatningsoppgjøret. Ved utgangen av juni 2025 hadde kvinner svindlet for om lag 98 millioner kroner. På samme tidspunkt i fjor sto kvinner for svindel knyttet til 89 millioner kroner, som da utgjorde 62 prosent av totalt svikbeløp.

5. Forsikringsselskapenes 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 intensivt 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 Forsikringsdrift 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 Norge Forsikringsdrift sine nettsider:

<https://www.forsikringsdrift.no/omrader/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 Norge Forsikringsdrift sine nettsider:

<https://www.forsikringsdrift.no/omrader/foss/>