



Forsikringssvindler i Norge

i første halvår 2026

Innhold

1. Innledning	4
2. Avdekket svindel i første halvår 2026 – 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

Foto forside: Jakkapant/ Adobe Stock

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.

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.

Rapporten utgis to ganger i året. Datagrunnlaget i halvårsrapporten er mindre enn i årsrapporten, noe som kan gi større variasjoner og mer tilfeldige utslag i sammenligninger mellom perioder.

Rapporten er delt inn i 6 kapitler. Kapittel 2 inneholder en generell oversikt over det totale antall avdekkede saker for første halvår 2026. Kapittel 3 omhandler nærmere om forsikringssvindelen i skadeforsikring for privatkunder, næringsliv og landbruk samlet, og kapittel 4 omhandler syke- og uføreforsikring.

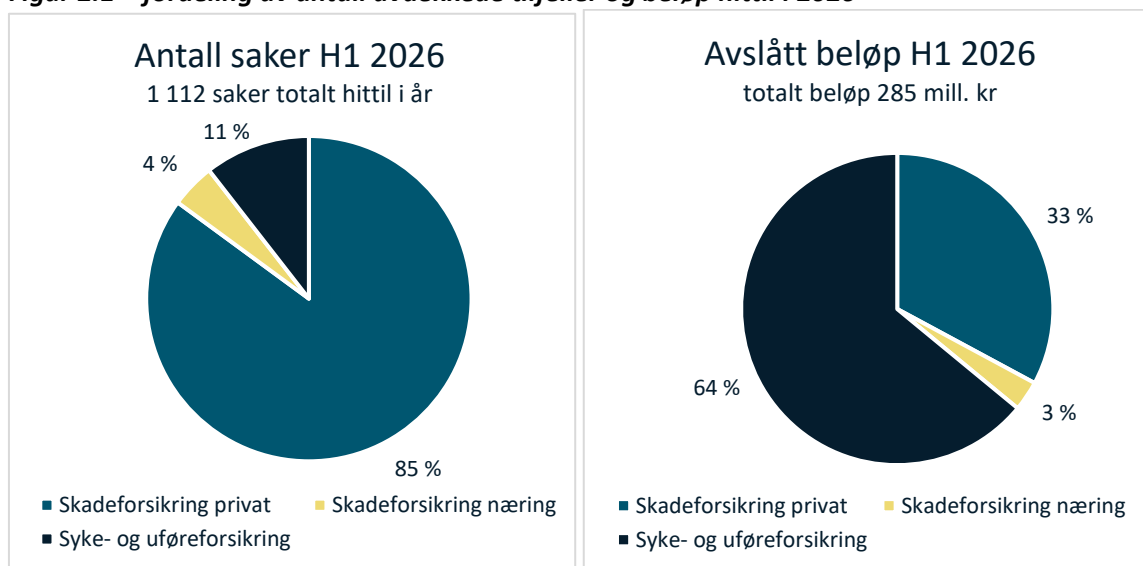
Kriminalitetsutviklingen og avdekking av nye former for forsikringsbedrageri krever kontinuerlig oppmerksomhet. Både for å kunne forebygge denne kriminaliteten og for å forhindre at næringen skal kunne bli benyttet som et redskap for kriminelle. Kapittel 5 gir et innblikk i dette arbeidet. Kapittel 6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

Tallmaterialet i rapporten er hentet fra forsikringsselskaper som er medlem i Finans Norge Forsikringsdrift. Beløpene i rapporten er KPI-justert til prisnivået i 1. halvår 2026. 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 svindel.

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 2026 – overordnede tall

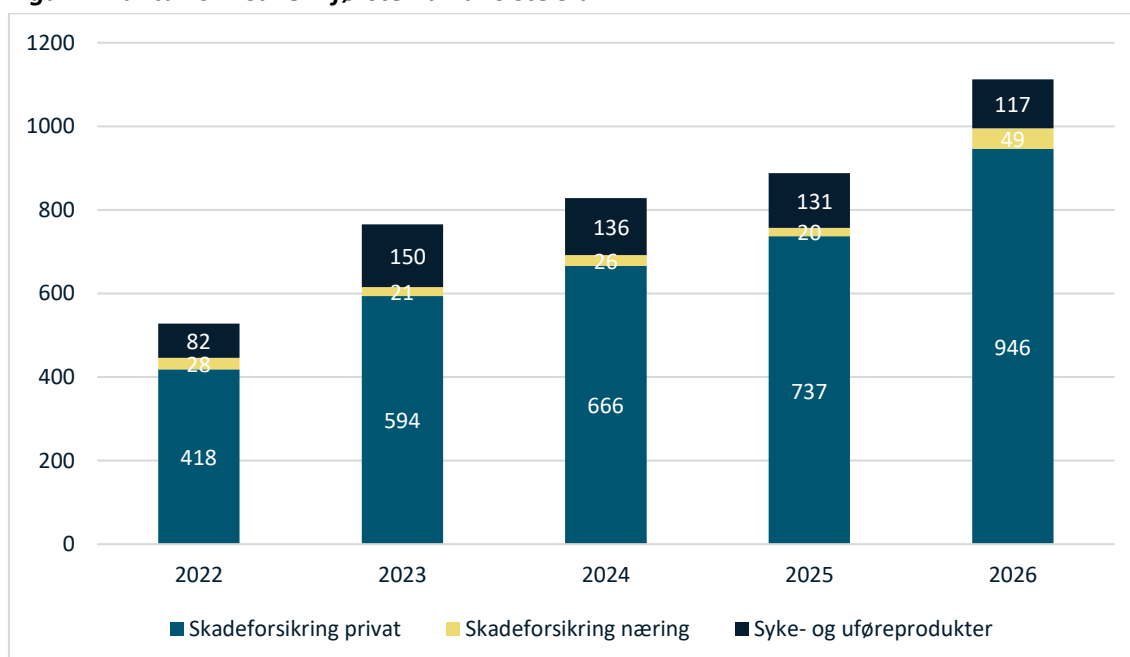
Figur 2.1 – fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp hittil i 2026



Så langt i 2026 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 1 112 saker til sammen. Dette er en økning på 25 prosent fra samme periode i 2025. Det totale kravet for de avslåtte sakene hittil i år er på 285 millioner kroner. I dette beløpet inngår ikke sviksaker innenfor syke- og uføreforsikring når disse er avslått ved avtaleinngåelse.

Til sammenligning ble det i hele 2025 avdekket 1744 sviksaker og avslått beløp utgjorde 538 millioner kroner.

Figur 2.2 antall sviksaker i første halvår siste 5 år



Tabell 2.1 Antall saker og beløp 1.halvår 2025 og 2026

	Antall saker		Avdekket beløp i mill. kr	
	2025	2026	2025	2026
Skadeforsikring privat	737	946	66,5	93,7
Skadeforsikring næring	20	49	15,4	8,8
Syke- og uføreprodukter	131	117	190,2	182,5
Totalt	888	1 112	272,2	285,0

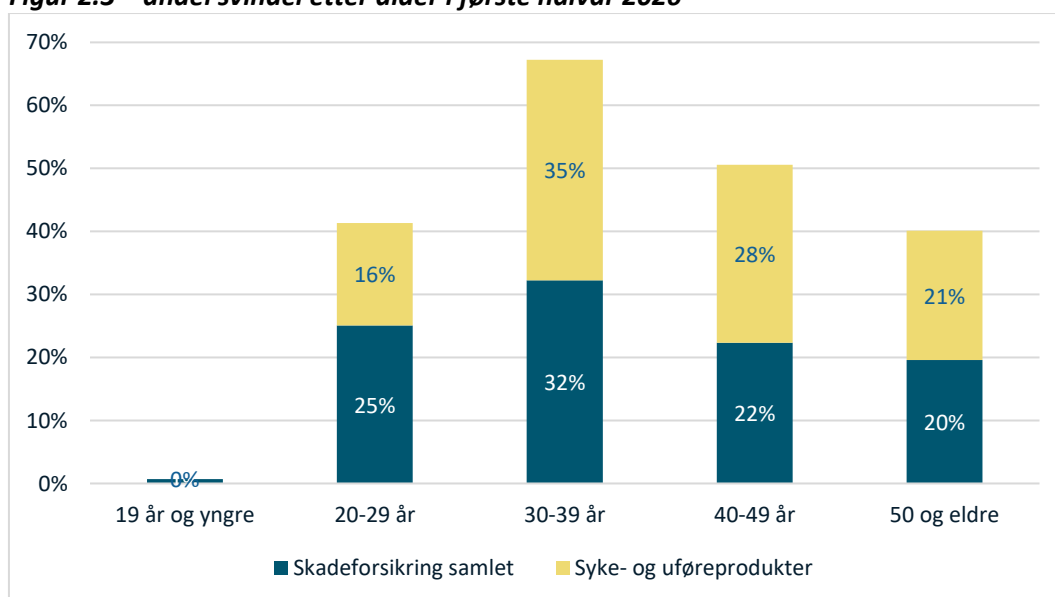
I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall saker, der det er avdekket svindel, og antall dekninger. Så langt i 2026 er det avdekket 117 saker som i alt omfattet 131 dekninger innenfor syke- og uføreproduktene. Det er ikke foretatt tilsvarende oppsplitting for skadeforsikring, selv om det 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.

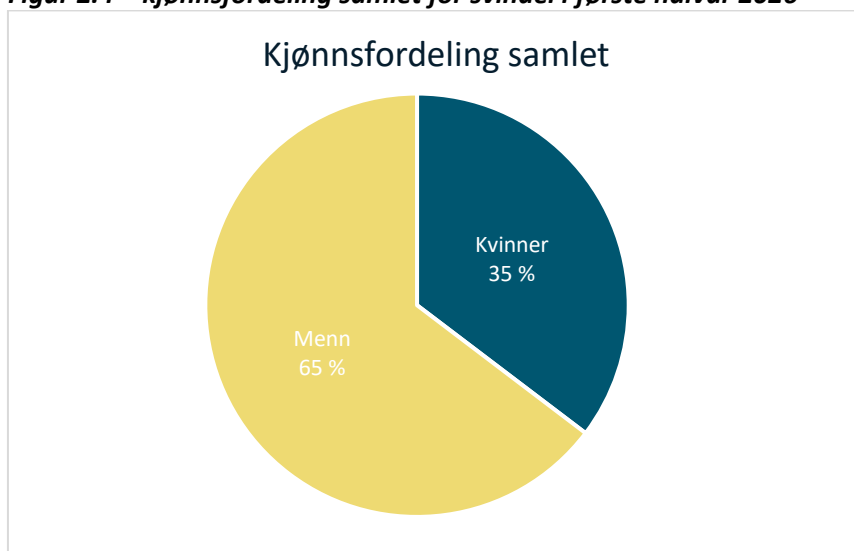
Figur 2.3 viser hvilke aldersgrupper det avdekkes flest svindel innenfor henholdsvis skadeforsikring og syke- og uføreprodukter. Både innenfor skadeforsikring og syke- og uføreproduktene avdekkes det flest sviksaker i aldersgruppen 30 til 39 år.

Figur 2.3 – andel svindel etter alder i første halvår 2026

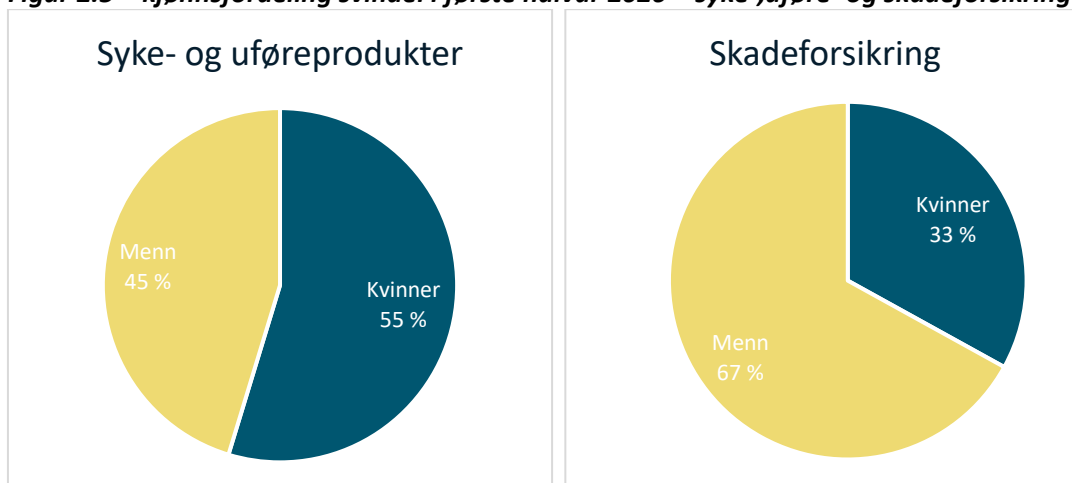


Samlet er kjønnsfordelingen 65 prosent menn mot 35 prosent kvinner når det gjelder antall sviksaker hittil i år. I syke- og uføreforsikringene har kvinner stått for 55 prosent av svindelsakene, mens innenfor skadeforsikring utgjør kvinneandelen 33 prosent, jf. figur 2.4.

Figur 2.4 – kjønnsfordeling samlet for svindel i første halvår 2026



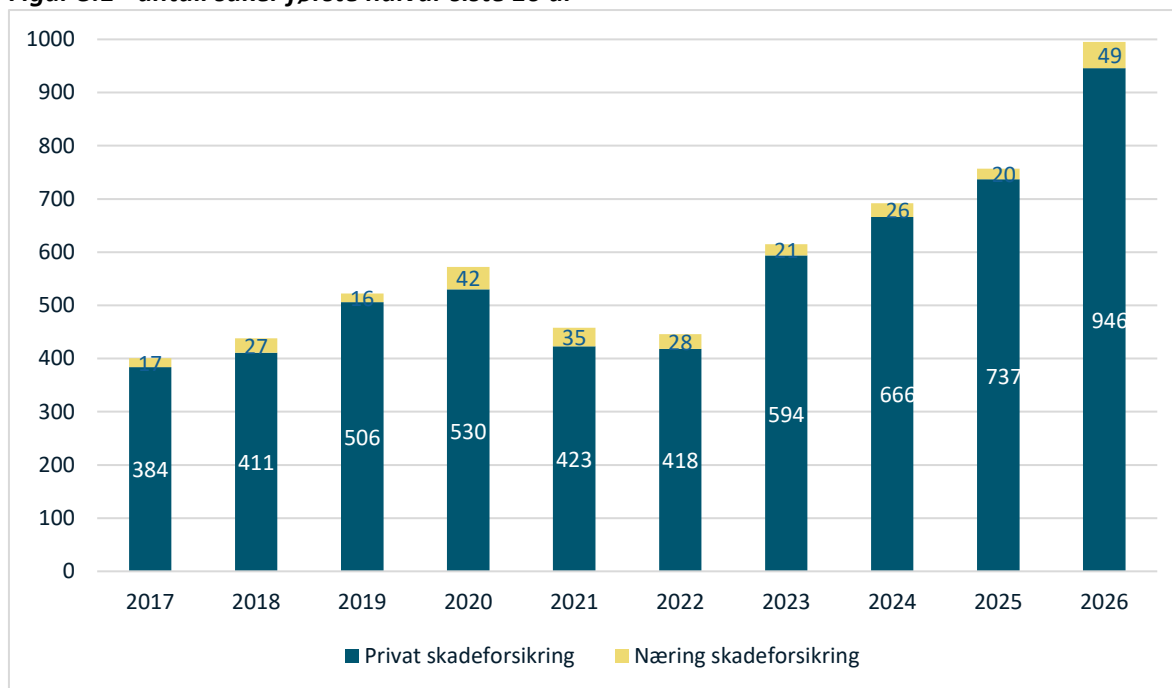
Figur 2.5 – kjønnsfordeling svindel i første halvår 2026 – syke-,uføre- og skadeforsikring



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

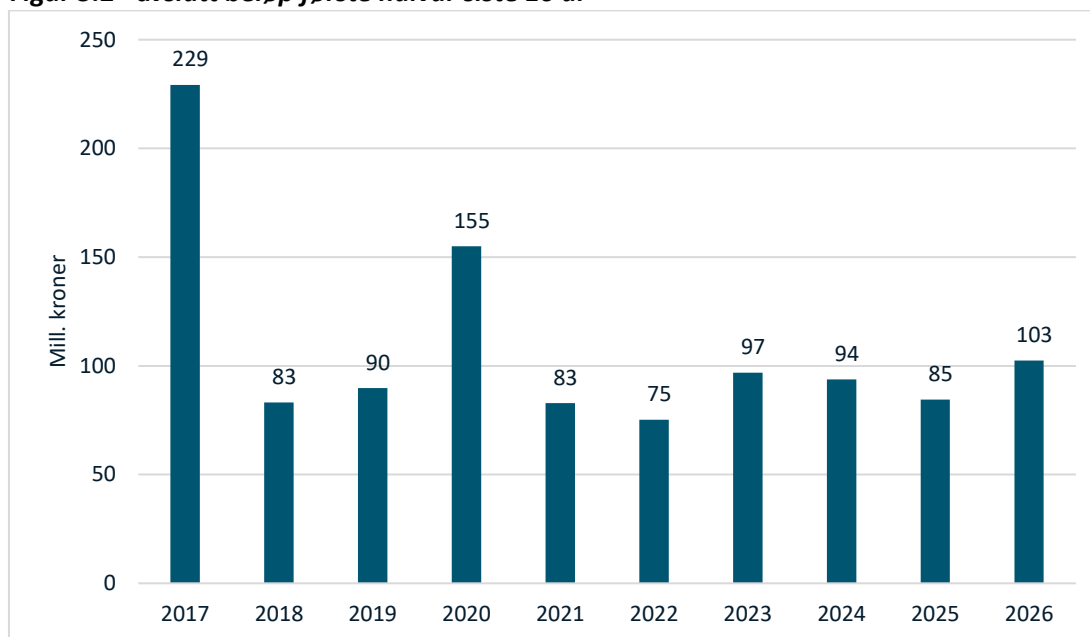


Antall avdekkede saker første halvår i år er på 995 mot 757 i samme periode i fjor. Hittil i år er det kun 49 av totalt 995 sviksaker knyttet til næringsforsikringer. Det er derfor ikke sett nærmere på nærings sakene separat i det etterfølgende, men på næring og privat samlet.

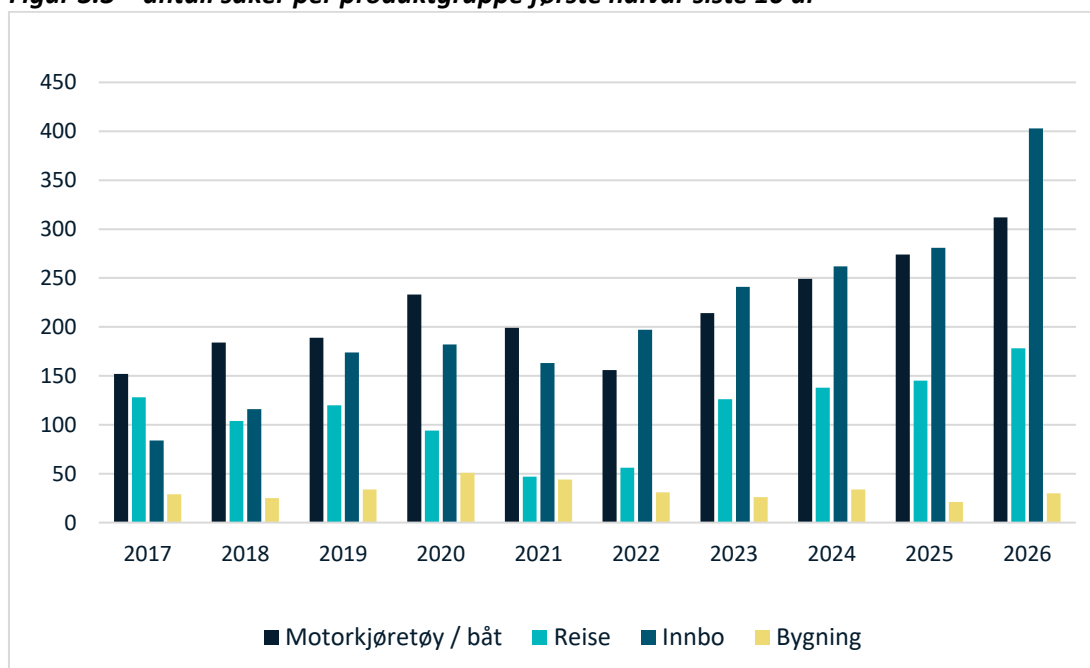
Det samlede svikbeløpet for skadeforsikring hittil i 2026 var på 93,7 millioner kroner, mot 84,5 million kroner på samme tid i fjor. Gjennomsnittlig svikbeløp var 103 000 kroner mot 111 400 kroner i 1. halvår 2025. Størrelsen på svikbeløpene vil kunne variere avhengig av type forsikringsprodukt og hendelse, og påvirkes også av hvilke saker som avdekkes i den enkelte perioden.

Medianbeløpet for svindel innen skadeforsikring hittil i år er 27 000 kroner. I alt hadde 19 prosent av sakene et svikbeløp på over 100 000 kroner, mens 1,3 prosent av sakene hadde avslått beløp på over én million kroner. Det høyeste registrerte svikbeløpet innen skadeforsikring så langt i år var på 6,2 millioner kroner, mens det på samme tid i fjor var på 9 millioner kroner.

Figur 3.2 - avslått beløp første halvår siste 10 år



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



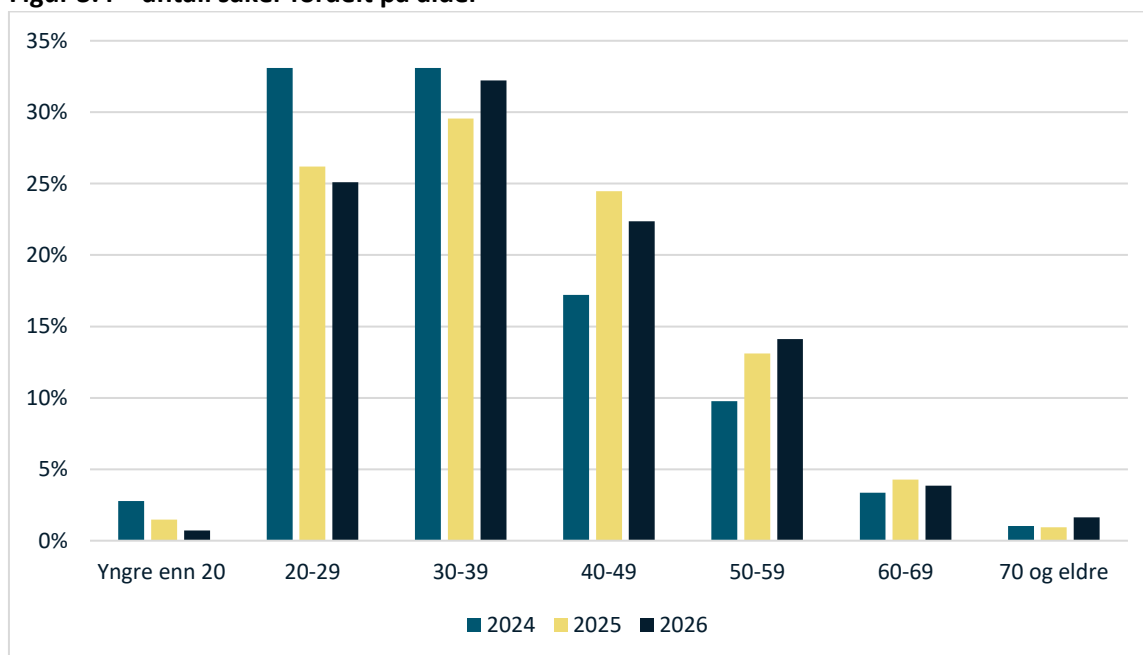
I figur 3.3 vises hovedproduktgruppene hvor forsikringssvindelen skjer. Tidligere var svindel vanligst for området motorkjøretøy, mens det de senere årene er avdekket flest saker innen innbo. Under koronaperioden, 2021-2022, ble det avdekket få reisetilfeller siden det da også ble meldt inn få skader som følge av koronabegrensende tiltak.

Fra 2022 har det vært avdekket flest svindelsaker på innboforsikring, og hittil i år har

disse utgjort 44 prosent. Deretter følger motorkjøretøy med 34 prosent og reise med 19 prosent.

Forsikringssvindel på bygning er relativt sjelden og har holdt seg ganske stabilt i antall de siste årene. Skadefrekvensen er for eksempel betydelig høyere på motorkjøretøy enn på bygning, og antallet skadesaker hvor svindel kan forekomme, varierer derfor mellom de ulike forsikringsproduktene. Avdekket svindel vil også avhenge av selskapenes innsats og fokus.

Figur 3.4 – antall saker fordelt på alder

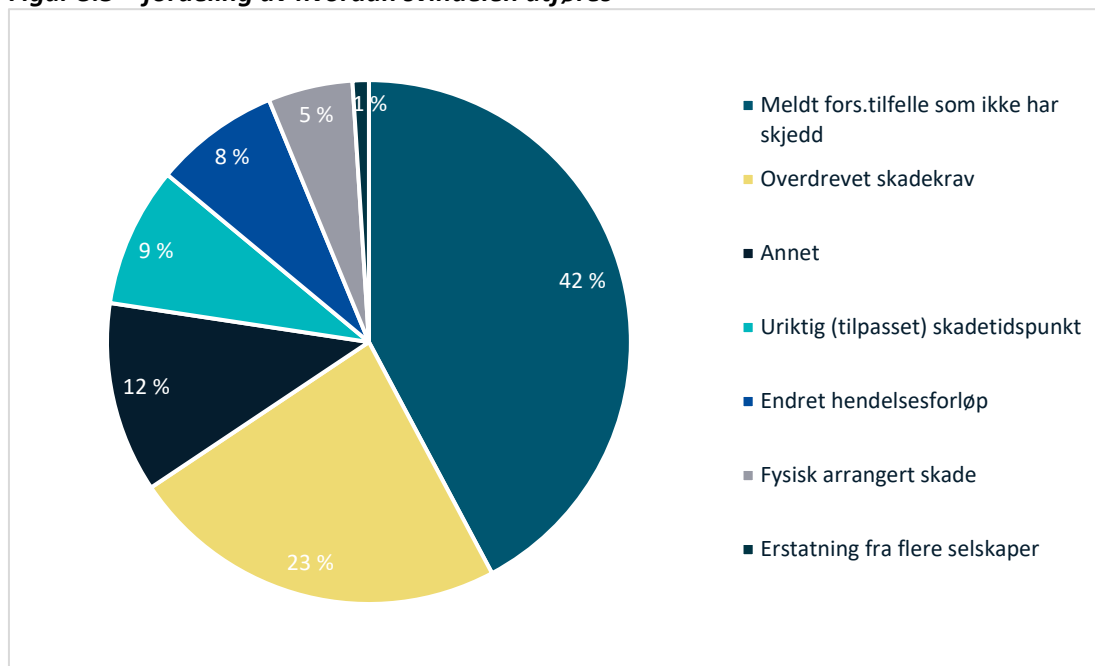


Hittil i år utgjør personer under 30 år en lavere andel av de avdekkede sviksakene enn i samme periode i 2024 og 2025. Samtidig har andelen økt blant personer i aldersgruppen 50 år og eldre. Aldersgruppen 30-39 år har fortsatt den høyeste andelen av de avdekkede forsikringssvindelsakene.

Forskjellen mellom aldersgruppene må også ses i sammenheng med hvilke forsikringsprodukter de ulike aldersgruppene normalt har. Unge har generelt færre forsikringsdekninger enn eldre, og mange har først og fremst innbo- og reiseforsikring.

I første halvår i år ble forsikringssvindel oftest utført ved å melde inn forsikringstilfeller som ikke har skjedd eller ved å overdrive omfanget av en allerede oppstått skade. Til sammen utgjorde disse 65 prosent av svindeltilfellene. Figur 3.5 viser hvordan forsikringssvindel utføres innen skadeforsikring hittil i år.

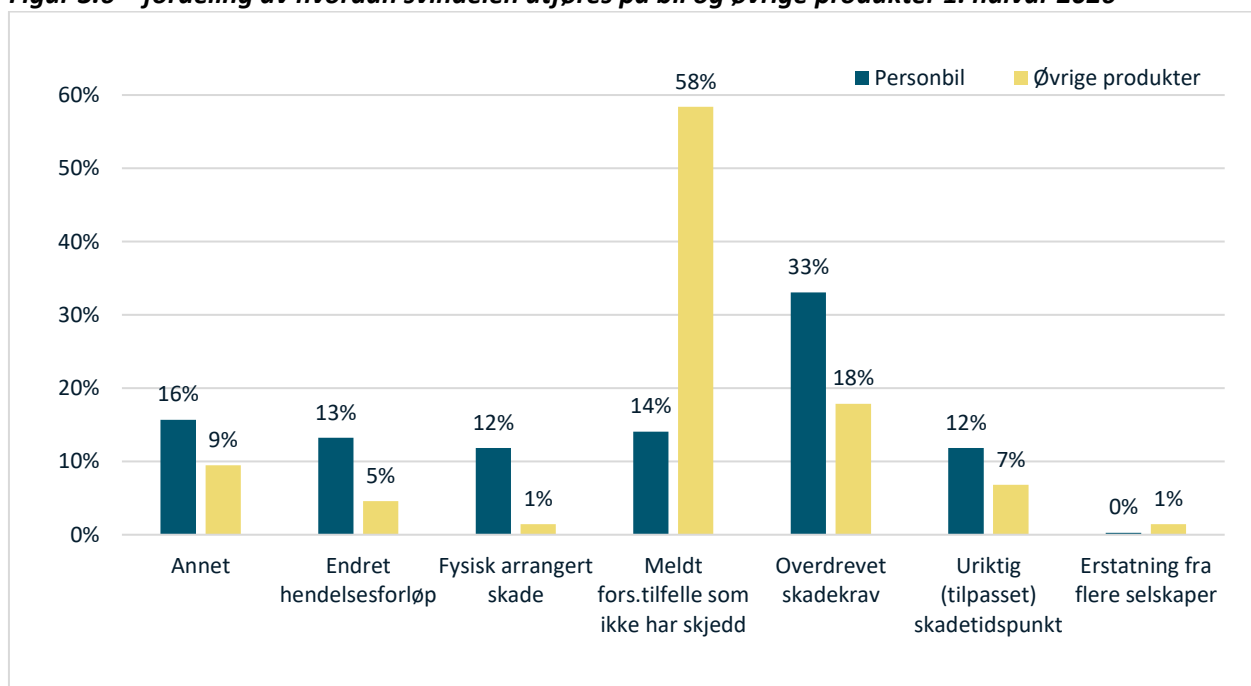
Figur 3.5 – fordeling av hvordan svindelen utføres



I figur 3.6. vises det at 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.

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

Figur 3.6 – fordeling av hvordan svindelen utføres på bil og øvrige produkter 1. halvår 2026

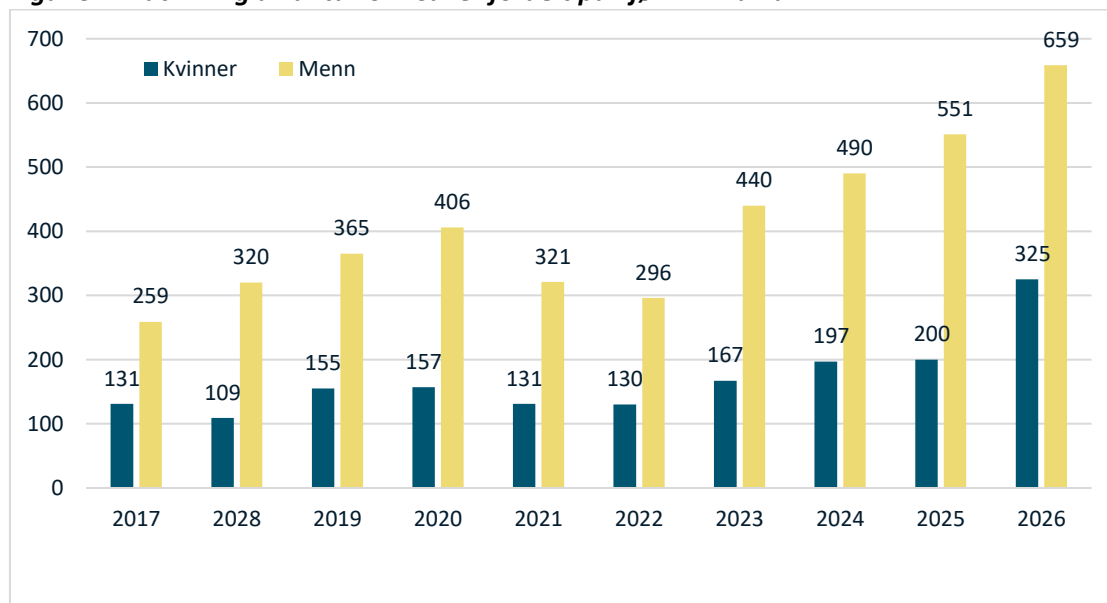


¹ Se definisjon i kapittel 6.

Av figur 3.7 under ser en at kjønnsandelen som utfører forsikringssvindel, er ganske lik over tid; rundt 30 prosent av sakene gjelder kvinner. I 1. halvår 2026 var kvinneandelen 33 prosent.

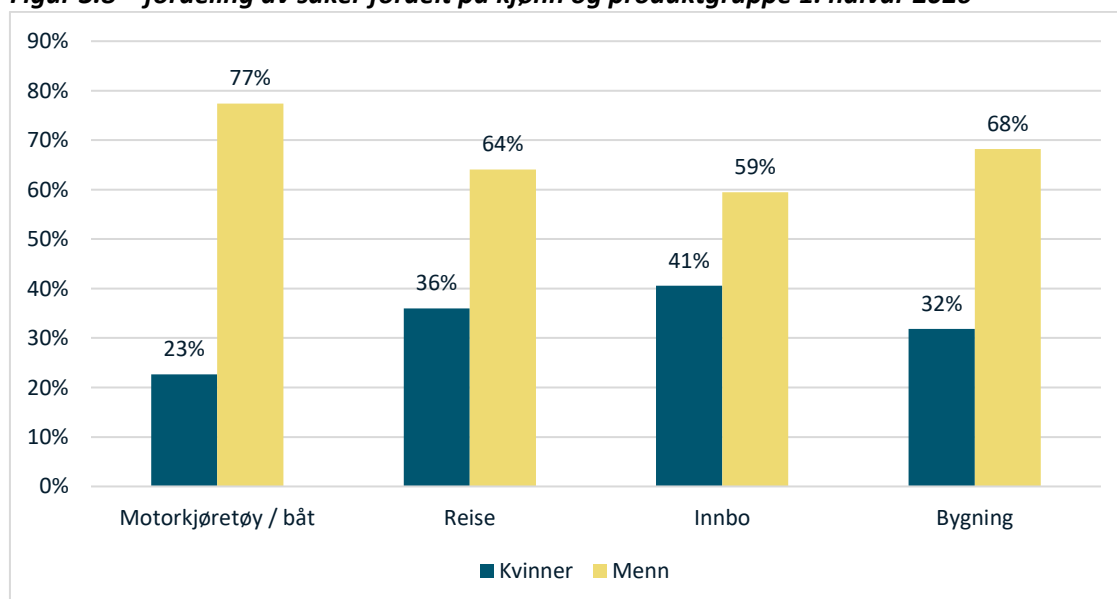
At det er relativt få kvinner som blir avdekket for forsikringssvindel innen skadeforsikring, kan også ha sammenheng med at noe færre kvinner enn menn er ansvarlig for forsikringsavtalen.

Figur 3.7 – utvikling av antall sviksaker fordelt på kjønn 1. halvår



Kjønnsfordelingen er jevnere blant svindelsaker innen innboforsikring, mens kvinner utgjør en lavere andel av sakene innen motorkjøretøy og bygning. Innen innboforsikring utgjør kvinner 41 prosent av sakene og bare 23 prosent innen motorkjøretøy, jf. figur 3.8. 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 1. halvår 2026



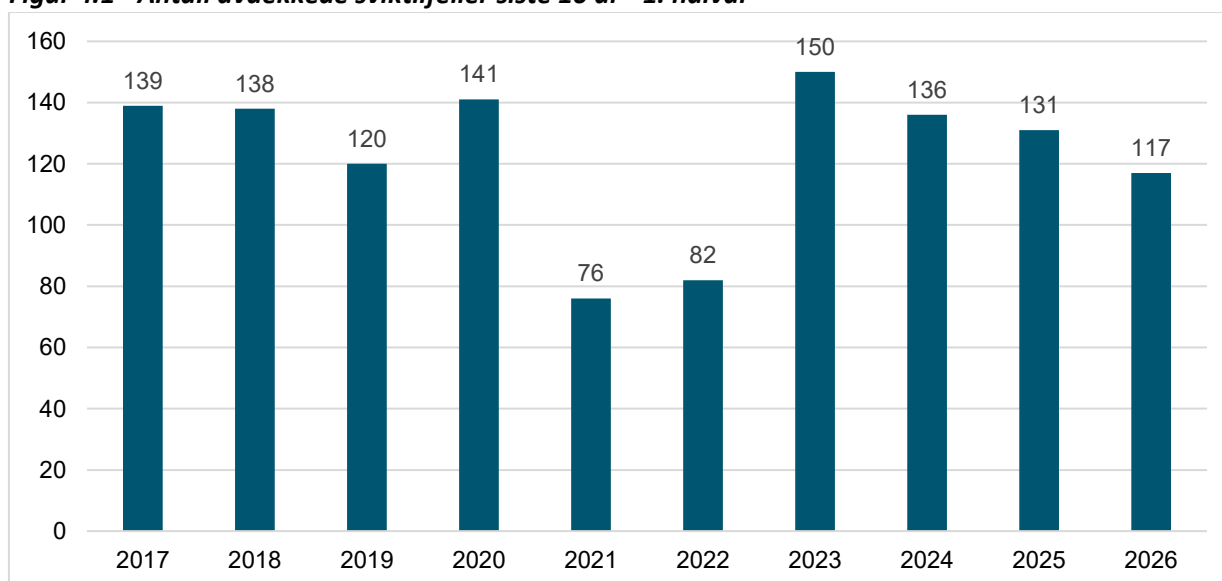
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

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 - 1. halvår



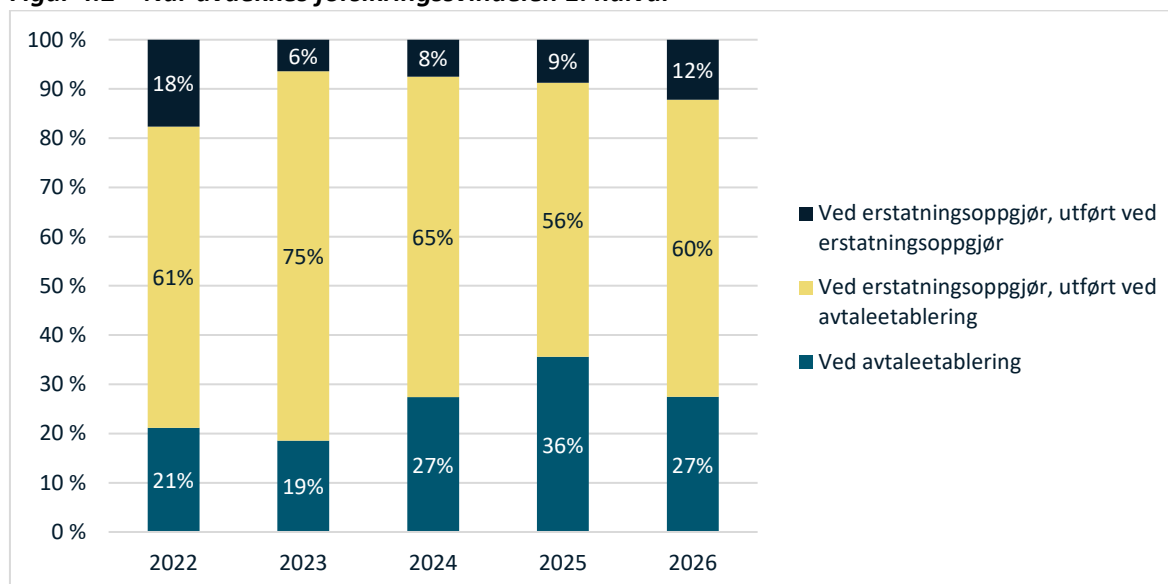
Figur 4.1 viser totalt antall sviksaker i første halvår for perioden 2017-2026. I 2026 ble det avdekket 117 personer for svindel av syke- og uføreprodukter mot 131 i 2025. I hele 2025 ble det totalt avdekket 251 slike saker. Sviktilfellene så langt i år omfattet 131 dekninger mot 149 i samme periode i 2025. Dette følger av at en sak kan omfatte flere dekninger innenfor syke- og uføreprodukter.

Den totale kroneverdien av syke- og uføresaker avdekket hittil i 2026 utgjør om lag 182 millioner kroner. I denne summen inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det for samme periode i 2025 avdekket svindel ved tidspunkt for erstatningsoppgjør for 196 millioner kroner. Totalt i 2025 utgjorde avdekket svik 387 millioner kroner innenfor syke- og uføreprodukter. Så langt i år er gjennomsnittlig beløp for svindel avdekket ved erstatningsoppgjør på 1,92 millioner kroner. I første halvår pr er det avdekket én sak med et svært høyt beløp. Dersom denne saken holdes utenfor, er gjennomsnittlig svikbeløp 1,63 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 1. halvår



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 tidspunkt for tegning av forsikringen. Dette er en nedgang fra 36 prosent på samme tidspunkt i 2025. Andelen saker som ble avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, utgjør nå 60 prosent.

Totalt ble 88 prosent av de avdekkede svindelsakene så langt i år utført i forbindelse med inngåelse av forsikringsavtalen.

De senere årene er det avdekket flest svindeltilfeller innen syke- og uføreprodukter knyttet til individuelle pensjonsordninger. Dette gjelder også så langt i 2026. Hittil i år representerte denne dekningstypen 28 prosent av alle svindeltilfellene innen syke- og uføreforsikring, mot 30 prosent på samme tidspunkt i 2025.

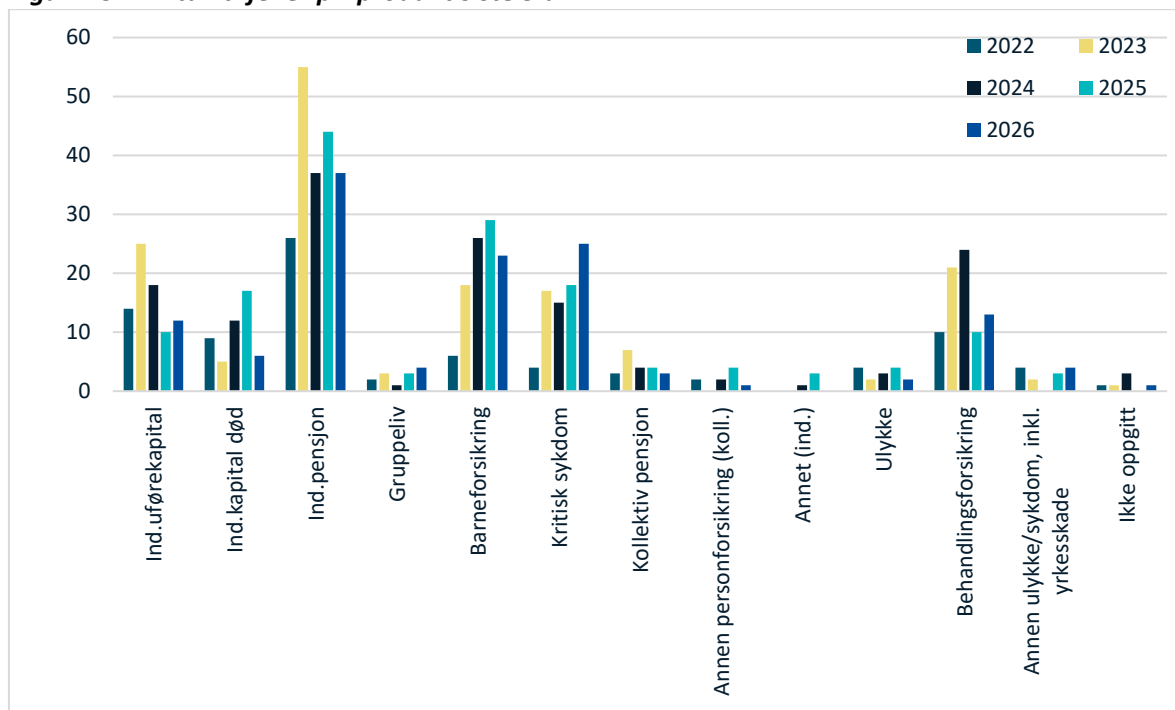
I figur 4.3 under fremkommer det hvordan antall avdekkede sviktilfeller innen syke- og uføreprodukter fordeler seg mellom produktene, uavhengig av om svindelen ble avdekket ved tegning eller erstatningstidspunktet.

Figur 4.4 viser hvordan avdekket beløp for sviktilfeller - oppdaget i forbindelse med

² Se definisjon i kapittel 6.

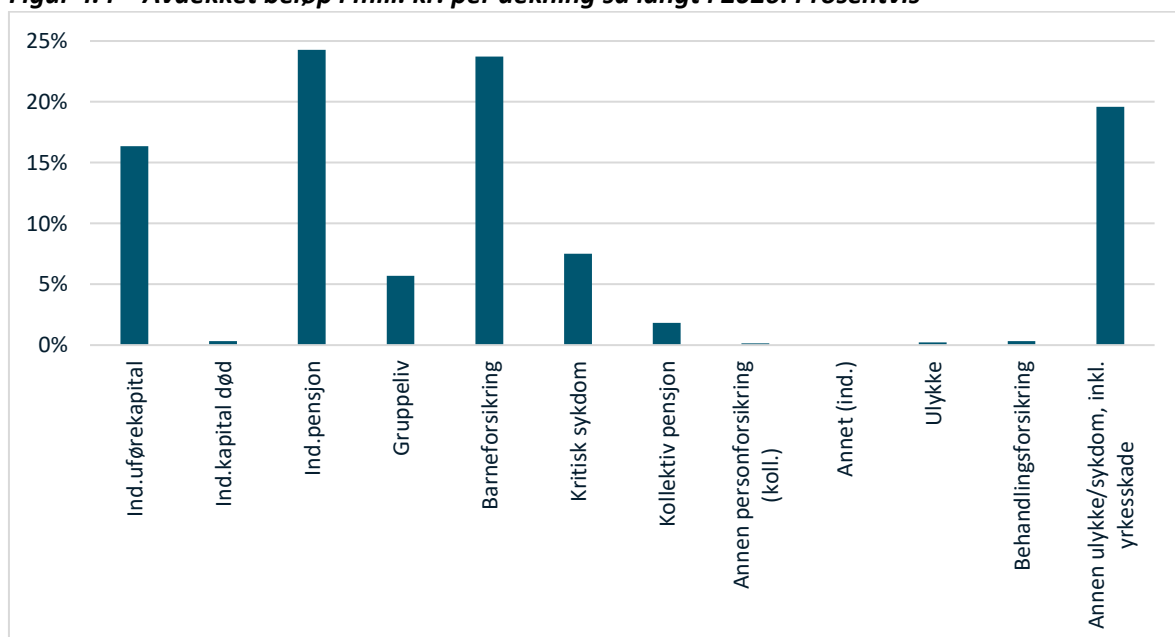
erstatningsoppgjøret og utført enten ved tegning eller under erstatningsoppgjøret - fordeler seg mellom de ulike syke- og uføredekningene.

Figur 4.3 – Antall tilfeller pr. produkt siste 5 år



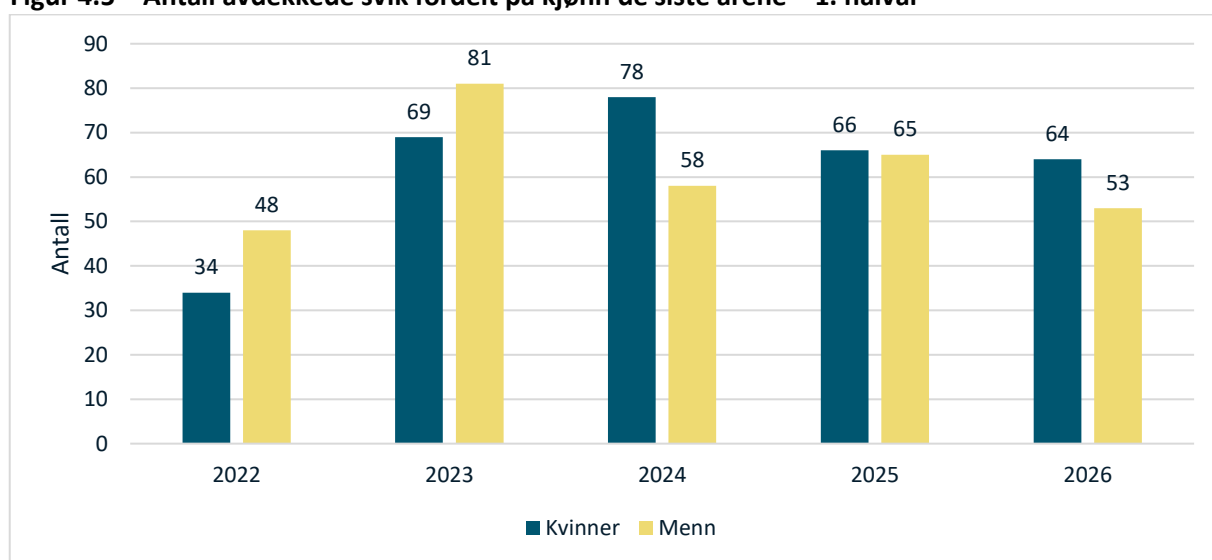
Omfanget av avdekket svindel i hver bransje kan variere fra år til år, både i antall og i beløp. Det kan være flere årsaker til disse variasjonene, men en av faktorene som spiller inn er at selskapene kan ha spesiell oppmerksomhet på enkelte områder.

Figur 4.4 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning så langt i 2026. Prosentvis



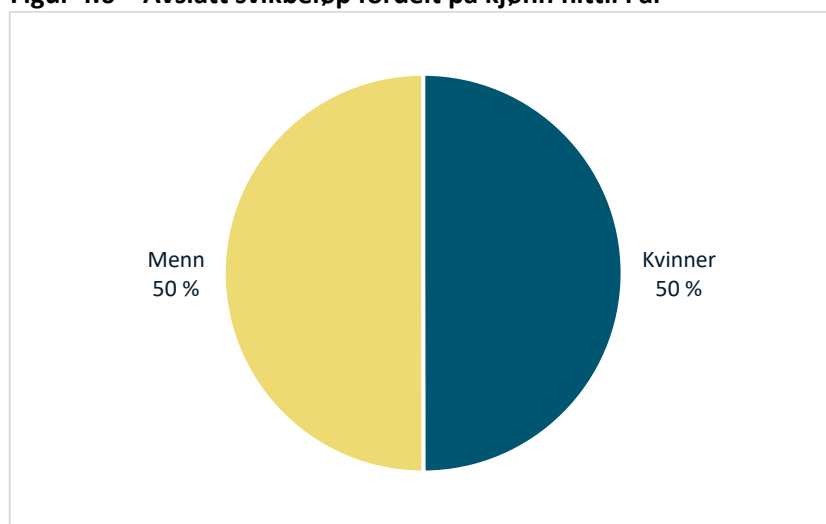
Individuell pensjon er den dekningstypen der det er avdekket flest tilfeller av svindel så langt i år, både sett i forhold til antall sviksaker og kronebeløp. Da antall saker er svært få fordelt på produkt, kan dette gi stor variasjon på avdekket svikbeløp.

Figur 4.5 – Antall avdekkede svik fordelt på kjønn de siste årene – 1. halvår



De siste årene har kvinner stått for en større andel av svindelen innenfor syke- og uføreprodukter enn menn. Ved utgangen av 1. halvår i 2026 utgjorde kvinner 55 prosent av de avdekkede sviksakene, jf. figur 4.5. På samme tid fjor utgjorde kvinner og menn om lag like mange, mens i 1. halvår sto kvinner for 57 prosent.

Figur 4.6 – Avslått svikbeløp fordelt på kjønn hittil i år



Så langt i år har kvinner og menn svindlet for om lag like stort beløp innen syke- og uføreprodukter i saker som ble avdekket ved tidspunkt for erstatningsoppgjøret. Ved utgangen av juni 2026 hadde kvinner svindlet for 91,2 millioner kroner. På samme tidspunkt i fjor sto kvinner for svindel knyttet til 51 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 fremkommer 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.

Forebygging og myndighetskontakt

Forsikringskundene forventer at både politiet og forsikringsselskapene gjør en aktiv innsats for å bekjempe økonomisk kriminalitet. En konsekvent anmeldelsespolicy sender et tydelig signal til kriminelle, politiet og samfunnet ellers om at forsikringsselskapene ser alvorlig på forsikringssvindel. Forsikringssvindel kan føre til tap av rett til erstatning og gjøre det vanskeligere å tegne forsikring senere. 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 vanlig 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. Et eksempel på dette er

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

Fagutvalg kriminalitet forsikring (FKF):

Utvalget har fokus på samhandling innen forebygging, avdekking og håndtering av forsikringskriminalitet og er et rådgivende organ for styret i FNF og administrasjonen.

Utvalget identifiserer felles problemstillinger og risikoer som best løses i fellesskap, og søker felles løsninger for disse innenfor rammene av konkurranselovgivningen.

Fagutvalget medvirker til utgivelse av relevante rapporter og årlig svikstatistikk. Utvalget skal også bidra med innspill og faktaopplysninger til bruk for informasjonsvirksomhet.

Ansvarsområdet omfatter også spørsmål i forbindelse med myndighetenes utarbeidelse av lover og forskrifter på området.

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 avdekkes 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. Nærmere informasjon finnes på Finans Norge Forsikringsdrift sine nettsider:

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