

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 28. maj 2025 blev i sag nr. 102711:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

If Skadeforsikring
Stamholmen 159
2650 Hvidovre

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren havde livsforsikring. I klageskema af 3/12 2024 har klageren, som er forsikringstagerens ægtefælle, bl.a. anført:

"IF changed the wording of the questionnaire of my wife's life insurance that is not the same as what she filled in. I did not realise this at the time and was not aware I have a case. When I became aware of above and realised I have a case, I contacted them but was rejected. See letter attached.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
perform their part of the contract and pay out."

Klageren har i brev af 3/12 2024 til nævnet bl.a. anført:

"I refer to the above insurance as [forsikringstagerens] widower and sole beneficiary of the policy.

The Insurer decided not to honour its part of the insurance contract. The reason is given as an incorrect/false claim that [forsikringstageren] was not truthful with a non existing question in the 'helbredserklæring' she submitted. I provide further details below, but they changed the wording of the original question, to make it look like [forsikringstageren] was not truthful in her answer and they also falsely claimed she did not declare something, when she clearly did. I initially took their reply as factual and had no idea I have claim until early 2023, after which I contacted them.

I note some background information and more detailed information as well as correspondence and original questionnaire.

Background

In 2016 I lived with my wife [forsikringstageren] and ... children in While [forsikringstageren] was still breastfeeding our twins of 20 months, she was referred for what was thought to be 'mælkeknode' at the time by her home doctor. She took out life insurance before the examination and filled out a health declaration, answering all the questions truthfully. The doctor's view at this subsequent examination (after the insurance was taken out), was also that it is benign and a biopsy was taken as extra precaution. A few weeks later it was revealed that [forsikringstageren] has breast cancer. She underwent surgery, chemotherapy and radiation and was in remission for about 3 years, after which it was discovered she had a brain tumour in 2019. [forsikringstageren] sadly passed away in December 2019.

I contacted the life insurance company IF, in 2020, but they rejected the life insurance claim after they changed the wording on the questionnaire, falsely claiming they asked [forsikringstageren] to declare if she was **referred for examination**, which the original questionnaire did not ask. It asked if she was **referred for treatment or operation**, which she was not at the time of filling out the questionnaire and taking out the life insurance. They also falsely claim she did not disclose any 'knode', when she answered **yes** to this question and specifically noted 'mælkeknode'.

At the time I was in shock and I did not think there was a case as I did not realise at the time they changed the wording. Neither did they give me any information of any complaint procedures or time restrictions. It was only in early 2023 when I went through all the documents that I realised I have a case. I contacted them and pointed it out, to which they replied that I have missed the supposed 1 year deadline to challenge, and just missed the original 3 year deadline to make a claim by a couple of months. I also contacted them again early 2024, pointing out some information I note below, but had the same reply about the expiry and that I should contact Ankenævnet.

1. Incorrect time expiry

1.1) I contacted the insurer well within the 3 year deadline from the time when I realised I have a claim.

(forældelsesloven)

Kapitel 3

De almindelige forældelsesfrister

§ 3. Forældelsesfristen er 3 år, medmindre andet følger af andre bestemmelser.

*Stk. 2. Var fordringshaveren ubekendt med fordringen eller skyldneren, regnes forældelsesfristen i stk. 1 **først fra den dag, da fordringshaveren fik eller burde have fået kendskab hertil.***

After the rejection letter, I was not aware I have any claim until early 2023, when I only then realised they changed the wording of the original question. Up to that point I believed their writing to be factual and correct and I had no reason to think that a professional from an insurance company will actually change the wording of the original question to present a non factual report.

When [forsikringstageren] passed away it was an extremely difficult and stressful time, dealing with the loss of my wife I had been with for 20 years, raising ... small kids aged ..., ... and ... alone in foreign country, while also dealing with my own cancer diagnosis, a very complex 'skifteret' and working full time as the only breadwinner. Mentally it was, and still is, really difficult to go

through all [forsikringstagerena] doctor notes and dates and it is not something you just do shortly after such a tragic event.

I had no idea I had a claim until I went through the documents in early 2023, and I then contacted the insurer shortly after.

According to the law I was within the time frame of 3 years from when I became aware I have a claim, to contacting them.

1.2) I was not informed, as is required by law, of any time limits by the insurer. The correspondence I attach is all I received from them and I did not have access to the policy and terms and conditions as it was on [forsikringstagerens] Nemid, that was inactive when she passed away.

Forsikringsaftaleloven

I a. Regler om oplysningspligt og fortrydelsesret m.v.

Indledende bestemmelser

Forsikringsselskabets informationspligt

§ 34 e. Ved forsikringsaftaler, der indgås ved fjernsalg, skal forsikringsselskabet give forbrugeren oplysning om

9) hvorvidt der er klageadgang og i givet fald fremgangsmåden ved klage, herunder oplysning om en fysisk adresse, hvor forbrugeren kan henvende sig med eventuelle klager,

1.3) Potential fraud / grossly misleading

There is a very big difference between the wording '**referred for examination**' and '**referred for treatment or operation**' (see below details of the altered wording by the insurer). I find it very hard to believe that an insurance professional will not know the difference between the two. I also find it hard to believe that a professional assessor of a large insurance company will not be fully aware that their company's health questionnaire asks to declare 'treatment or operation' and not 'examination'. I do not see how such a word change can not be reasonably seen as deliberate or with knowledge, especially if the professional assessor is reading, retyping and quoting those exact extracts as the basis for rejection.

If it was deliberate and talk of fraudulent behaviour, or at least gross negligence by their part for changing the wording of the question, to make it look like [forsikringstagerens] answer was not truthful, the time restrictions are not applicable according to the law.

1.4) Case not finalised if not processed properly with the professional duty of care. Time expiry deadlines starts to accrue from the date when the case is finalised. A case can only be finalised when it has been properly processed and assessed by the insurer. If it has been grossly incorrectly handled, not factual, it is not finalised. There is a professional duty of care by the insurance company, and it is not the responsibility of the customer to check if they are doing their job correctly and properly.

2. Claim rejection based on false representation, that were not factual.

Two specific points are highlighted by the assessor.

2.1) The assessor claims that the question: '*venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig **undersøgelse***' was asked.

This is not true and not factual.

The question in the actual questionnaire was: '*venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig **behandling eller operation***'.

[forsikringstageren] truthfully answered 'no' because she was not been recommended future treatment or operation.

The wording of the question was significantly changed by the assessor. It is not a truthful or factual record of the actual question asked.

2.2) The assessor claims that in the question where [forsikringstageren] '*svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom,*' she **only** '*oplyser om vandcyste på æggestok.*' and withheld information regarding knude in breast.

This is not true and not factual

[forsikringstageren] specifically answers: '*vand cyste på æggestok og indimellem **mælkeknuder***' in the same sentence highlighted by the assessor. Mælkeknode is a knude exclusively in the breast.

[forsikringstageren] answered the question truthfully with what she believed and understood it to be at the time, because she was intensely breastfeeding twins of 20 months. Even **after** she submitted the 'helbredserklæring', [forsikringstageren] was told: '*ligner umiddelbart en godartet forandring i brystet og for at udelukke den mindste risiko for ondartet sygdom har jeg taget biopsi*'.

3. Summary of timeline

Below summary timeline of dates and events:

- 30 May 2016 [forsikringstageren] visited her home doctor who referred her for an examination of her breast. Doctor tells [forsikringstageren] it is 'mælkeknode' because she is breastfeeding twins.
- 31 May 2016 [forsikringstageren] takes out life insurance, signs online and sends in health questionnaire just after midnight (dated 1 June 2016). Questionnaire does not ask you to declare if you are waiting for examinations, but waiting for results or been referred for treatment, which at this point [forsikringstageren] was not.
- 1 June 2016 [forsikringstageren] has a breast examination. Doctor states on notes that what they can see is benign and takes biopsi 'to rule out the small chance of anything else'. Only after this point was [forsikringstageren] waiting for results, but this was after the insurance was taken out and health declaration sent.
- 4 December 2019 – [forsikringstageren] passed away after brain tumour was discovered earlier in 2019
- February 2020 – I contacted the Insurer to make the claim. Zero communication from them to me up to that point, their communication was only responding to me (all attached).
- February 2020, they asked for a death certificate and informed me they will review her medical records
- 16 March 2020 – they emailed me their rejection email
- Early 2023 – I realised they changed the wording of the question and that I indeed have a claim. Up to this point I had no idea I actually have a claim.

Ankenævnet for Forsikring

5.

102711

- 2 March 2023 – I emailed them to say their rejection was based on altering/falsely representing the original questionnaire by changing the wording. (3 years, 2 months and 29 days after [forsikringstageren] passed away; less than 3 years after their rejection email; less than 3 years after I became aware that I do have a claim.
- 13 March 2023 – Insurer emails me below saying the claim has time-expired.
- 5 March 2024 – I email Insurer to state I was not aware I have a claim until early 2023
- 21 March 2024 – Insurer emails me referring me to Ankenævnet and previous email of time expiry.

I look forward to your reply and do not hesitate to contact me if you have any questions or require further information."

Selskabet har den 10/12 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Efterladte til Ifs afdøde kunde har klaget over, at If har afvist behandling af hans klage samt afvist dækning af afdødes dødsfald på livsforsikringen. Vi har undersøgt sagen igen, og efter fornyet gennemgang fastholder vi, at klagerens krav er forældet, og derfor kan klagen ikke behandles.

Kundeforhold

Afdøde forsikringstager [forsikringstageren] har købt livsforsikring med i kraft dato fra 1. juni 2016 den 31. maj 2016 kl. 23.58 via net-salg.

Forsikringssummen var på dødstidspunktet 2.563.525 kr.

Gældende forsikringsvilkår er 85-06.

Det faktiske forhold

27. januar 2020

If modtager dødsanmeldelse til livsforsikringen fra efterladte [klageren]. If indhenter journal fra [sygehus], egen læge fra 2011 – 2019 samt dødsattest. Disse sammenholdes med informationen i helbredserklæringen, som afdøde udfyldte i forbindelse med tegning af livsforsikringen.

16. marts 2020

If sender afvisning til [klageren]. Livsforsikringen dækker ikke dødsfaldet, da der ved forsikringens indtegnelse er givet urigtige helbredsoplysninger.

2. marts 2023

[klageren] klager til If.

13. marts 2023

If har sendt afvisning af [klageren] krav, da hans krav mod If er forældet.

5. marts 2024

If modtager en ny klage fra [klageren].

21. marts 2024

If fastholder tidligere afvisning med forældelse af kravet, og henviser til klagemulighederne.

Vi fastholder vores afgørelse

1) If gør primært gældende, at efterladte [klagerens] krav mod If er forældet.

Dødsfaldet sker den 4. december 2019, og If afviser sagen den 16. marts 2020. [Klageren] sender sin første klage til If den 2. marts 2023.

Reglerne om forældelse er ikke fastsat af If, men af forsikringsaftaleloven §29 med henvisning til reglerne i Forældelsesloven. Reglerne skal på den ene side tage et rimeligt hensyn til, at man som skadelidte/klager skal have mulighed for at anmelde en skade/dødsfald i et vis rum tid. På den anden side skal den tage hensyn til, at selskaberne på et tidspunkt må kunne forvente, at der ikke pludselig opstår uventede krav i forbindelse med en hændelse/dødsfald, der skete for mange år siden. Derfor har man lovgivningsmæssigt fastsat en tidsgrænse på 3 år fra skadens/dødsfaldets indtræden til at komme med sit krav/indsigelse/klage, samt en tillægsfrist på 1 år efter afvisning af krav.

Dødsfaldet skete den 4. december 2019 og sagen er afsluttet den 16. marts 2020. Dette betyder, at 1 års fristen udløb den 16. marts 2021, og 3 års fristen udløb den 4. december 2022. [Klageren] sender sin klage til If den 2. marts 2023. Efter reglerne i Forsikringsaftaleloven og Forældelsesloven, er [klagerens] krav imod If er forældet den 4. december 2022.

2) If gør sekundært gøres gældende, at afdøde [forsikringstageren] ved indtegnning af livsforsikringen har opgivet urigtige helbredsoplysninger.

[Klageren] oplyser i sin klage til If den 2. marts 2023, at [forsikringstageren] har oplyst, at hun havde en vandcyste på æggestok og indimellem mælkeknerter. Hun mener derfor, at hun har besvaret helbredsoplysningerne i god tro. [forsikringstageren] svarede også nej til spørgsmålet om 'afventer resultat af prøver/undersøgelser og anbefalet behandling eller operation', fordi hun ikke ventede på resultater eller havde fået anbefalet en behandling.

If spørger i Helbredserklæringen om følgende, som afdøde har underskrevet den 1. juni 2016:

Har du eller har du haft en knude, en svulst, celleforandringer eller en kræftsygdom?

Ja

Har du fået oplyst en af følgende lidelser eller diagnoser af en læge?

Vandcyste

Evt. kommentarer eller uddybning:

vand cyste på æggestok og indimellem mælkeknerter ved amning

Venter du resultater af prøver eller undersøgelser, eller er du blevet anbefalet en fremtidig behandling eller operation?

Nej

Ud fra journalen fra egen læge er afdøde henvist til radiologisk klinik den 30. maj 2016 kl. 08.11, hvor der laves en grovnålsbiopsi og mammografi. Afdøde tegner livsforsikringen via net-salg den 31. maj 2016 kl. 23.58, og udfylder helbredserklæringen den 1. juni 2016.

Det er derfor ikke korrekt, at afdøde ikke har afventet resultat af prøver eller undersøgelser eller behandling, da hun inden forsikringens indtegnning er henvist til grovnålsbiopsi og mammografi.

Henvisningsdato: 30.05.2016 kl.08:11
Generelle oplysninger
Undersøgelsesdato: 01.06.2016 kl.15:17
Afsluttet: 01.06.2016 kl.16:06
Andre diagnoser, operationer og undersøgelser
UXUC10 UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær
UXUC10 UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær
KTHA10C Grovnålsbiopsi af mamma
UXRC40 Klinisk mammografi
UXRC40 Klinisk mammografi

If forsikringsvilkår 85-06 afsnit 2.16 giver If ret til at lade forsikringsdækningen bortfalde ved fortiede oplysninger. Det følger også af Forsikringsaftalelovens §4-6, som omhandler urigtige oplysninger ved forsikringens tegning.

2.16 URIGTIGE OPLYSNINGER

Forsikringsaftalen er indgået på grundlag af helbreds-erklæring, begæring og andre skriftlige oplysninger modtaget fra forsikringstager. Er der fortiet oplysninger eller afgivet urigtige oplysninger, kan forsikringsdækningen nedsættes eller bortfalde helt. Tilsvarende gælder også vedrørende oplysninger givet ved genoptagelse af forsikringen, forhøjelse af forsikringssum eller andre ændringer af forsikringen.

If bortfalder forsikringsdækning på livsforsikringen, og sender skriftlig afvisning den 16. marts 2020.

If begrundet afvisningen med, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen. Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016.

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på æggestok samt mælkeknuder ved amning. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra indholdet i lægejournalerne er dette ikke korrekt. Havde If været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det ville have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da livsforsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, kan If ikke tilbyde at dække [forsikringstagerens] dødsfald på livsforsikringen.

Konklusion

If fastholder at [klagerens] krav mod livsforsikringen er forældet, efter reglerne i Forsikringsaftaleloven og Forældelsesloven.

Sekundært gøres gældende, at der ved livsforsikringens indtegnings er givet urigtige oplysninger, som medfører, at forsikringsdækningen bortfalder."

Klageren har i brev af 9/1 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Further to the insurance company's reply to you and documents they uploaded, I have the following comments.

1) Was not aware I had a claim until 2023.

As mentioned earlier, I was not aware I actually have a claim. I simply believed IF's response in 2020 as factual (as you should!) and did not for one minute think that IF manipulated the information and was not being truthful in deleted part of [forsikringstagerens] declaration and saying they asked her to declare recommended examinations, when they never asked this question. I surely would have contacted them earlier if I was aware that I had a claim, as it is a lot of money and would have made a big difference in our family during a very difficult time. I had no reason NOT to contact them, so as soon as I became aware that I have a claim, I contacted them. I was well within the 3 year timeline of becoming aware.

I understand the issue if people come 'many years later' as IF writes, but it was not 'many years later'. It was less than 3 months over the 3 year 'time' after [forsikringstagerens] passing. It is also not the same as a claim for your computer. Our lives were completely destroyed and as I mentioned before, an extremely difficult and stressful time, dealing with the loss of my wife I had been with for 20 years, raising ... small kids aged ..., ... and ... alone, while also dealing with my own recent ... diagnosis, a very complex 'skifteret' and working full time as the only breadwinner. People always talk about 'you need at least a year' after such a tragic event to even try to be yourself again. I simply did not believe I had a claim until I looked at all the papers in 2023, when I realised they manipulated the wording, so it cannot be expected of me to 'should have been aware that I had a claim' earlier, as I had no other capacity than pure survival with my 3 kids.

2) Repeated manipulation of data / false representation – if fraudulent/deliberate – no time expiry

If the insurance company deliberately manipulated the data to give a false representation of the information, no time expiry applies according to the law, and it could be seen as fraudulent. If an insurance company does this again on the same case, it could even be seen as systematic, rather than isolated.

Insurance company's reply 10 December 2024

'Det er derfor ikke korrekt, at afdøde ikke har afventet resultat af prøver eller undersøgelser eller behandling, da hun inden forsikringens indtegning er henvist til grovnålsbiopsi og mammografi.'

This is **again** incorrect and a misrepresentation, which is especially worrying as they have looked at the questions and answers again in detail.

For completeness, I state again the event dates, as it is very important:

Before 'forsikringens indtegning'

- 30 May 2016: [forsikringstageren] had what she believed was 'mælkekner' and her home doctor referred her for examination of her breast because she had this while breastfeeding twins.
- 31 May 2016: [forsikringstageren] takes out life insurance, signs online just before midnight and sends in health questionnaire just after midnight (dated 1 June 2016).

Ankenævnet for Forsikring

9.

102711

(confirmed by IF)

Afdøde tegner livsforsikringen via net-salg den 31. maj 2016 kl. 23.58, og udfylder helbredserklæringen den 1. juni 2016.

NB – at this point, the insurance in place and questionnaire filled in. Anything after this event is new, and not information [forsikringstageren] had at the time of signing.

After 'forsikringens indtegnning'

- 1 June 2016 kl 15:17 [forsikringstageren] has breast examination. Doctor states on notes it is benign and takes biopsy '*to rule out the smallest chance of anything else*'.

Konklusion: Palpabel benign proces (BIRADS 3) - GNB er foretaget.

Sagt til pt.: det du kan mærke ligner umiddelbart en godartet forandring i brystet og for at udelukke den mindste risiko for ondartet sygdom har jeg taget biopsi. Biopsisvarene vil vise, hvad

Only from this point was [forsikringstageren] **waiting for 'results'**. (**after** 'forsikringens indtegnning'),

There are no notes saying 'referred for biopsy' before this date. but IF falsely claims 10 December 2024:

Det er derfor ikke korrekt, at afdøde ikke har afventet resultat af prøver eller undersøgelser eller behandling, da hun inden forsikringens indtegnning er henvist til grovnålsbiopsi og mammografi.

And IF pastes the following:

Henvisningsdato: 30.05.2016 kl.08:11

Generelle oplysninger

Undersøgelsesdato: 01.06.2016 kl.15:17

Afsluttet: 01.06.2016 kl.16:06

Andre diagnoser, operationer og undersøgelser

UXUC10 UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær

UXUC10 UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær

KTHA10C Grovnålsbiopsi af mamma

UXRC40 Klinisk mammografi

UXRC40 Klinisk mammografi

This text is copied from the doctors note made 6 June 2016 regarding the examination on 1 June 2016 kl 15:17, which is **after** 'forsikringens indtegnning'.

But it is cut and copied by IF in a way to make it look like it is note from 30.05.2016, (before 'forsikringens indtegnning'). There are no earlier notes saying 'referred for biopsy'

IF is well aware that this is **after** 'forsikringens indtegnning', otherwise they would have simply showed the notes from this examination and tests, and that obviously shows [forsikringstageren] was waiting for results then, because then she **had** these examination and tests.

Ankenævnet for Forsikring

10.

102711

Back to the actual **original questions** that [forsikringstageren] answered.

Venter du resultater af prøver eller undersøgelser, eller er du blevet anbefalet en fremtidig behandling eller operation?

Nej

Misrepresented by IF 16 March 2020

Misrepresented by IF 16 March 2020

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra lægejournalerne kan vi se, at dette

Misrepresented again by IF 10 December 2024

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra indholdet i lægejournalerne er dette ikke korrekt.

The sentence has two parts, split by a comma, that is also important.

Part a) Venter du **resultater** af prøver eller undersøgelser,

'**resultater**' is a key word and is linked to both 'prøver' and 'undersøgelser'. In other words: 'Venter du resultater af prøver/undersøgelser,'

This is how the question is written, how [forsikringstageren] read and answered it, and also how the first IF assessor read it (by typing a '/' in their response as per below:

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller

[forsikringstageren] answered '**Nej**' as she was NOT waiting for **results** of tests or examinations.

You can only be waiting for results, after tests or examination has been done.

If the insurance company wanted you to declare '*waiting for tests or examinations*', they would have specifically asked that question.

In fact, they would have asked it exactly as they falsely claim they did in 2020 and 2024: '*er anbefalet fremtidig undersøgelse*'

Questionnaires by insurance companies are sophisticated. They spend a lot of time and effort in getting the wording right, and ask the specific questions they need. It is also their responsibility to make it clear. They balance this with when people are more likely to take out insurance. It is not dissimilar to when people take out ski insurance just before they go on a ski holiday. Insurance companies don't ask if you have **booked** or planned a ski holiday, but if you have already **started** on that holiday.

Part b) '*eller er du anbefalet fremtidig **behandling** eller **operation**?*'

[forsikringstageren] was **NOT** recommended treatment or operation at the time she took out the insurance.

Ankenævnet *for* Forsikring

11.

102711

On the other original answer after she answered 'Ja' to the question of 'knude':

Evt. kommentarer eller uddybning:

vand cyste på æggestok og indimellem mælkekknuder ved amning

I pointed out before that [forsikringstagerens] declaration of the 'mælkekknude' is **removed from her sentence** in IF's reply of 16 March 2020 to fit the narrative that she did not declare it.

I find it hard to believe that an examiner can make a mistake while reading [forsikringstagerens] answer, retype it word for word, and leave out the crucial part of the sentence that is directly linked to the examiner's next sentence '*Der tilbageholdes information om knude i brystet*'.

'Mælkekknude' **IS** a 'knude i brystet'. It **cannot** be in any other part of the body.

It is hard to see how this cannot be deliberate. Especially because on 10 Dec 2024 they deliberately typed those words back in again.

IF reply 16 March 2020

Årsagen hertil er, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen.

Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016.

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på **æggestok**. Forsikringen undersøger dette nærmere. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra lægejournalerne kan vi se, at dette ikke er korrekt.

Havde If været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det ville have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da forsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, dækker livsforsikringen ikke [forsikringstageren]s dødsfald.

IF reply 10 December 2024

If begrundet afvisningen med, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen. Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016.

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på æggestok samt mælkekknuder ved amning. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra indholdet i lægejournalerne er dette ikke korrekt.

Havde If været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det ville have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da livsforsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, kan If ikke tilbyde at dække [forsikringstagerens] dødsfald på livsforsikringen.

- If this section of 10 December 2024 was meant to show what IF sent to me on 16 March 2020, then by editing the text now, is a deliberate misrepresentation of what they wrote to me earlier.

There are also a few other edits and it is written in a different font, so is **NOT** a straight copy of what was written before. So someone looked at this in detail again, but **again** repeats the manipulated, false misrepresentation of the main question.

Original question

Venter du resultater af prøver eller undersøgelser, eller er du blevet anbefalet en fremtidig behandling eller operation?

Nej

Misrepresented by IF in letter of 16 March 2020

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra lægejournalerne kan vi se, at dette

Misrepresented again by IF in letter of 10 December 2024

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra indholdet i lægejournalerne er dette ikke korrekt.

It is totally unacceptable for an insurance company to manipulate the data to misrepresent what the questions, answers, or doctors notes states.

Doing it in multiple places, makes it hard to believe it is not deliberate. Doing it again, after their earlier misrepresentation has been pointed out, makes it even worse and could point to systematic behaviour.

If I as a private individual communicate in writing to an insurance company. And then when asked about it years later, claim I wrote something else, to benefit by case, I could be suspected of insurance fraud. The same standards should apply the other way.

3) Duties to inform

Are there not laws regarding 'duties to inform' ? (for instance BEK nr 1132 af 17/11/2006 or LBK nr 1237 af 09/11/2015 , Forsikringsselskabets informationspligt § 34 e (5, 8, 9... 'fremgangsmåden ved klage...', etc)' or similar standard practices that the insurance industry requires their members follow?

I would have expected something similar than in AFF's communication to me, where you clearly state the timeline by when I have to respond if I wish to. You even sent a reminder to remind me of the timeline and gave some grace period. It is shocking that IF did not communicate any timeframes, guidance or terms to me, and then try and use those timelines as their excuse.

IF's only communication to me is as per the documents I uploaded. Nothing more. [forsikringstagerens] NemID was deleted when she passed away. Insurance companies knows this and knows that the person that took out the life insurance is not alive anymore to log in or pass on information. I am the consumer at that point and cannot be expected to know information that was communicated earlier to someone that is not alive anymore. If the insurance company expected me to contact them to find the information and terms, then that is not clear communication of the information or following 'duties to inform'.

I understand that the terms and conditions is maybe communicated at the sale to the person buying it, but with life insurance, that person is not alive anymore at the time of claim, and it is a different person (the new customer, me) dealing with it. So you would expect them to communicate that to me clearly, under their 'duties to inform' to the customer from that point onwards.

4) Potential abuse of procedure and laws.

It will be interesting to know how many times this has happened for IF as an insurance company. By for instance making a 'mistake' in handling the case by falsely claiming what the questions/ answers were, and then hope some people will not pick up on it, because as mentioned before, it is always another person that reads their response, because the person that took out the insurance and answered to questions is not alive anymore. And if it get's noticed later, they can claim it is too late.

Summary

- I contacted IF well within 3 years of when I became aware that I actually have a claim.
- [forsikringstageren] had what she believed was 'mælkekner' . Her home doctor referred her for an examination of her breast because she had this while breastfeeding twins. Before the examination she took out life insurance and answered all the questions from IF's questionnaire truthfully, answered 'yes' to 'kner' and declared the 'mælkekner'.
- IF **removed** this crucial part of [forsikringstagerens] sentence, to make it look like she did not declare that.
- The questionnaire asked if you are waiting for **results** of tests/examinations, or being recommended **treatment/operation**, to which [forsikringstageren] answered 'no', because she was not at the time.
- IF repeatedly **manipulated the information to make it look like** they asked [forsikringstageren] to declare recommended examinations, but these edited texts are not the truthful questions of the original questionnaire.

Because they did it more than once, especially after it has been highlighted, it is hard to see how it is not a deliberate action, maybe systematic, in an attempt not to honour their part of the contract."

Klageren har i brev af 10/1 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Further to my letter of last night, I just want to stress the following point more clearly.

I copy again below the two replies from IF. This time highlighting **all** the edits (in blue) between the two.

This is to show that while looking at the case in detail again, someone read through it in detail and made those changes, in a different font.

IF reply 16 March 2020

Årsagen hertil er, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen.

Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016.

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på **æggestok** Forsikringen undersøger dette nærmere. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra lægejournalerne **kan vi se at dette** ikke korrekt.

Havde If været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det vil le have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da forsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, **dække** livsforsikringen ikke [forsikringstagerens] dødsfald.

IF reply 10 December 2024

If begrunder afvisningen med, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen. Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016.

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på **æggestok samt mælkeknuder ved amning**. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra **indholdet** i lægejournalerne **er** dette ikke korrekt.

Havde If været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det ville have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da livsforsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, **kan If ikke tilbyde at dække** [forsikringstagerens] dødsfald **på** livsforsikringen.

We know this person has also read my letters and arguments as they mention it, which were mainly

- [forsikringstageren] DID declare the 'mælkeknuder'.

- The other question's 1st half centres around 'results'
- and they edited the 2nd part of the question, which is a false misrepresentation of the original question, to fit their native.

The point I want to stress is, that the person reading the case in detail again then made the effort to deliberately edit all the above texts, but **again** repeats the manipulated, false misrepresentation of the main question, which was highlighted to them in several places.

It is hard to see how this cannot be deliberate, again.

Original question

Venter du resultater af prøver eller undersøgelser, eller er du blevet anbefalet en fremtidig behandling eller operation?

Nej

Misrepresented by IF in letter of 16 March 2020

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra lægejournalerne kan vi se, at dette

Misrepresented again by IF in letter of 10 December 2024

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra indholdet i lægejournalerne er dette ikke korrekt.

IF also says that if they knew about the examination, they would have waited for the results, when they specifically did not ask to declare that. If they wanted you to, they would have asked this question, just like they repeatedly, falsely claim they did."

Selskabet har i brev af 17/1 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Angående klagen fra 9. januar 2025:

Det er ikke korrekt, at If har slettet dele af helbredserklæringen eller udfyldte dokumenter. If har heller ikke ændret i indhold, vilkår eller lignende.

Retslig vildfarelse om et krav kan ikke medføre en suspension af forældelseslovens regler. Forældelseslovens regler fastsættes af lovgiver, og er gældende for alle krav. Der er fuld forståelse for at mange hensyn skal tages i forhold til afdødes dødsfald og at kravstiller og familien har gået igennem en turbulent periode. Dette hensyn er netop årsag til, at lovgiver har givet en frist på 3 år for at stille sit krav. Det lægges til grund, at kravet mod livsforsikringen bør regnes fra den dato dødsfaldet sket, idet man på dette tidspunkt er klar over, at personen er død.

If har ikke med overlæg eller overhovedet manipuleret med data.

I klagen oplyses det, at afdødes doktor henviser hende til undersøgelse af hendes bryst inden indtegningen af livsforsikringen. Afdøde er derfor anbefalet en fremtidig undersøgelse for indtegningen af forsikringen.

Vi henviser til Ifs oprindelige besvarelse til Ankenævnet.

Angående tillæg til klagen:

Ankenævnet for Forsikring

17.

102711

Det er korrekt, at If har undersøgt sagen nærmere, og derfor naturligvis har tilføjet yderligere kommentarer og tilføjelser i den nye vurdering – hvilket kravstiller læser som tilføjelser til den tidligere afgørelse.

Det er ikke ens betydende med at der er redigeret i den første afgørelse, men blot, at sagen er kigget igennem på ny..

Spørgsmålene i helbredsskemaet er taget direkte fra det helbredsskema, som afdøde har udfyldt i forbindelse med indtegnningen af livsforsikringen.

If oplyser ikke på forhånd om forretningsgangen ved diverse svar på helbredsskemaet. Derfor er det ikke korrekt, at If skulle have oplyst, at man ville afvente et undersøgelsesresultat. Havde helbredsskemaet været besvaret retvisende, havde afdøde fået at vide, at man ville have afventet yderligere undersøgelser."

Klageren har i brev af 7/2 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Further to the insurance company's latest reply I have the following comments. Please bear with me, as we are now finally getting to the main arguments and IF's replies helps to show this is the focus. It simply comes down to IF not being truthful with what the questionnaire asked and their misrepresentation of [forsikringstagerens] answers. Below is therefore also a good summary, if it can be difficult to highlight between all the detail from before.

Yes, [forsikringstageren] was aware that she was '*anbefalet en fremtidig **undersøgelse***' before she took out the insurance. But that questionnaire did **NOT** ask you to declare that. It asked '*anbefalet en fremtidig **behandling***'

You cannot change the wording of the question afterwards, and then claim [forsikringstageren] was untruthful in her answer.

The following is NOT true:

'Spørgsmålene i helbredsskemaet er taget direkte fra det helbredsskema, som afdøde har udfyldt i forbindelse med indtegnningen af livsforsikringen.'

'If har ikke med overlæg eller overhovedet manipuleret med data.'

They literary claim they did not deliberately manipulate the data, and as support they quote the manipulated text again for the 3rd time!

I klagen oplyses det, at afdødes doktor henviser hende til undersøgelse af hendes bryst inden indtegnningen af livsforsikringen. Afdøde er derfor anbefalet en fremtidig undersøgelse for indtegnningen af forsikringen.'

- here they again replaced the word '**behandling**' from the helbredsskema with '**undersøgelse**'.

Replacing the original word with another, that has a completely different meaning, **IS manipulation** of the data.

Doing it 3 times, is deliberate.

Ankenævnet for Forsikring

18.

102711

Especially as they now state they have looked into the case in more detail. Especially after I have repeatedly pointed this word change out, which we know they read, because they quote my other remarks.

Below I copy again the 3 times it was manipulated.

Helbredsskema:

Venter du resultater af prøver eller undersøgelser, eller er du blevet anbefalet en fremtidig behandling eller operation?

Nej

Manipulated by IF 1st time 2020:

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbreds erklæringen. Ud fra lægejournalerne kan vi se, at dette

Manipulated by IF 2nd time 2024

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbreds erklæringen. Ud fra indholdet i lægejournalerne er dette ikke korrekt.

Manipulated by IF 3rd time 2025:

'derfor anbefalet en fremtidig undersøgelse'

Above cannot be a mistake because IF now states that all the other 'edits' from that same section used in 2020 and

2024 was because they looked at it in more detail, so they would have changed that too if it was a mistake. See below

edits again as I pointed out before.

2020

Årsagen hertil er, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen.

Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016.

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på æggestok. Forsikringen undersøger dette nærmere. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbreds erklæringen udfyldes.

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbreds erklæringen. Ud fra lægejournalerne kan vi se, at dette ikke er korrekt.

Havde If været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det ville have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da forsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, dækker livsforsikringen ikke [forsikringstagerens] dødsfald.

Ankenævnet for Forsikring

19.

102711

2024

If begrunder afvisningen med, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen. Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016.

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på **æggestok samt mælkeknerder ved amning**. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredserklæringen. Ud fra **indholdet i lægejournalerne** er dette ikke korrekt.

Havde If været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det ville have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da livsforsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, **kan If ikke tilbyde at dække** [forsikringstagerens] dødsfald **på** livsforsikringen.

The following is not true:

'Det er ikke korrekt, at If har slettet dele af helbredserklæringen eller udfyldte dokumenter'

[forsikringstagerens] answer in the helbredserklæringen was:

vand cyste på æggestok og indimellem mælkeknerder ved amning

IF said in 2020 it was:

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om **vandcyste på æggestok**. Forsikringen undersøger dette nærmere. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

Then IF said in 2024 it was:

[forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om **vandcyste på æggestok samt mælkeknerder ved amning**. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredserklæringen udfyldes.

If they did not delete the 2nd part of the answer in 2020, then why copy it back into the answer in 2024?

The following statement is also a complete contradiction to the original questionnaire

'Derfor er det ikke korrekt, at If skulle have oplyst, at man ville afvente et undersøgelsesresultat.'

That is **precisely** the question they asked in the questionnaire: *'venter du resultatet af undersøgelse'* and [forsikringstageren] answered it truthfully, ('no') because she was not waiting for *results of an undersøgelse*. As I mentioned before you can only be waiting for results if the examination has taken place, not before.

Ankenævnet for Forsikring

20.

102711

If has now repeatedly falsely claimed their questionnaire asked a different question: '*anbefalet en fremtidig undersøgelse*', which it did not.

I think it is shocking that an insurance company can be so calculated and manipulative, in a time when the other party is in complete distress and at it's weakest, and less likely to notice it. This is why I did not initially notice it and did not think I have a claim. Only when I realised it, I was aware that I have a claim, and I then contacted IF well with in the deadline from becoming aware that I have a claim."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af helbreds-skema af 1/6 2016 fremgår bl.a.:

"Forsikringstypen er: **Livsforsikring**

Ønsket ikraftdato: **Ved modtaget helbredsskema**

...

Har du eller har du haft en knude, en svulst, celleforandringer eller en kræftsygdom? **Ja**

Har du fået oplyst en af følgende lidelser eller diagnoser af en læge? **Vandcyste**

Evt. kommentarer eller uddybning: **vand cyste på æggestok og indimellem mælkeknuder ved amning**

...

Venter du resultater af prøver eller undersøgelser, eller er du blevet anbefalet en fremtidig be-handling eller operation? **Nej"**

Af journal fra egen læge fremgår bl.a.:

"Mandag d. 6. juni 2016

...

Epikrise – Billeddiag. Røntgensvar

...

Henvisning

Henvisningsdato: 30.05.2016 kl.08:11

Generelle oplysninger

Undersøgelsesdato: 01.06.2016 kl.15:17

Afsluttet: 01.06.2016 kl.16:06

Andre diagnoser, operationer og undersøgelser

UXUC10 UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær

UXUC10 UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær

KTHA10C Grovnålsbiopsi af mamma

UXRC40 Klinisk mammografi

UXRC40 Klinisk mammografi

UXUC40 UL-undersøgelse af mamma

UXUC40 UL-undersøgelse af mamma

ZZ0149 Klinisk undersøgelse

...

Undersøgelsesdato: 01-06-2016,15:15

...

Klinisk undersøgelse

UL-undersøgelse af mamma

UL-undersøgelse af mamma

Klinisk mammografi

Klinisk mammografi

Grovnålsbiopsi af mamma

UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær

UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær

...

Indikation som anført: c. mammae obs. Der er en hård knude i hø. øvre kvadrant medalt. Objektiv undersøgelse: fast knude ca. 2x4 cm i hø. øvre mediale kvadrant. Ingen palpable lymfeknuder i ø.

Beskrivelse:

Objektivt: Normale hud- og papilforhold. Kl. 1C i højre mamma, der hvor patienten udpeger, kan jeg palper en 2,5 cm i diameter, mobil udfyldning. Ingen andre fokale processer i mammae eller i aksillerne. Bilateral mammografi: viser svarende til palpationsfundet en velafgrænset, oval fortætning i højre mamma, som måler 30 mm i længste led, beliggende kl. 1D. Ingen andre fokale fortætninger i mammae, ingen suspekter mikroforkalkninger. Densitetstype 4. Der ses benigne mikroforkalkninger i fortætningen i højre mamma.

ULS: viser svarende til palpationsfundet og mammografifundet i højre mamma en relativt velafgrænset, hypoechoisk, oval proces, som måler 2,3x2,7 cm med en cystisk komponent. Processen har mikrolobulering ved afgrænsningen, hvorfor den graderes til BIRADS 3. Ingen andre fokale processer i mammae, ingen patologiske lymfeknuder i aksillerne.

Efter gennemgang af de 5 trin og i LA (1 ml lidokatin 1%), foretages 2x GNB fra processen.

Konklusion: Palpabel benign proces (BIRADS 3) – GNB er foretaget.

Sagt til pt.: det du kan mærke ligner umiddelbart en godartet forandring i brystet og for at udelukke den mindste risiko for ondartet sygdom har jeg taget biopsi. Biopsisvarene vil vise, hvad det drejer sig om. Pt. har fået svartid i brystkirurgisk ambulatorium.

...

22.06.2016

...

Aktionsdiagnose

A DC509 Brystkræft UNS

+ TUL1 Højresidig

+ AZCA1 ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidl. fuldt anmeldt af afd

+ AZCK2 billeddiagnostisk undersøgelse

+ AZCL0 histologi/cytologi fra primær tumor

+ AZCD19 TNM, Tx: Oplysning om tumors størrelse foreligger ikke i afd

Andre diagnoser, operationer og undersøgelser

21.06.2016 kl.10:39 + TUL1 Højresidig

21.06.2016 kl.10:39 V KPJD42C Excision af sentinel node i aksil

21.06.2016 kl.10:39 + TUL1 Højresidig

21.06.2016 kl.10:39 P KHAB40 Segmentresektion af bryst (kileresektion)

+ AZCD49 TNM, Mx

+ AZCD39 TNM, Nx

Epikrise

Operationsoplæg

Ankenævnet for Forsikring

22.

102711

Det drejer sig om ... årig kvinde med primært mammakarcinom i højre mamma beliggende kl. 1D. Tumor er ultralydsmæssigt vurderet til, at være 23 x 27 mm ved en cystisk komponent. Palpatrisk er der dog større område, som måler ca. 5 x 3 cm beliggende kl. 1D, som ikke er adhærent. Størrelsen er formentlig betinget af følger efter biopsitagningen.

Er konf. med overlæge ... og vurderes til, at være kandidat til højresidig BCS med fjernelse af overliggende hud over tumor, hvorved man opnår et løft af højre bryst.

Der skal ikke laves korrigerende indgreb på venstre side i forbindelse med operationen, der tages stilling til dette når primær operationen er overstået og patienten har gennemgået sit stråleforløb.

..."

Af anmeldelse af 22/1 2020 fremgår bl.a.:

"BESKRIVELSE:

Hvornår indtraf dødsfaldet? (Dato/klokkeslæt) 04/12/19 08:55

Årsag til dødsfaldet? Cerebral Karcinomatose"

Af selskabets brev af 16/3 2020 fremgår bl.a.:

"Vi har nu modtaget diverse lægejournaler samt dødsattest efter [forsikringstagerens] død.

Det fremgår af dødsattesten, at [forsikringstageren] er afdød ved døden som følge af kræft, på grund af spredning af brystkræft.

Vi må oplyse, at livsforsikringen ikke dækker dødsfaldet.

Årsagen hertil er, at [forsikringstageren] var vidende om undersøgelse for brystkræft/undersøgelse af brystet ved forsikringens tegning, og har tilbageholdt denne oplysning for forsikringen.

Forsikringen er tegnet via netsalg den 31. maj 2016 kl. 23.58 og af de lægelige journaler fremgår det, at hun har henvist til undersøgelse af brystet den 30. maj 2016. [forsikringstageren] underskriver helbredsattest den 1. juni 2016, og svarer her ja til at hun har knude, svulst, celleforandringer eller kræftsygdom, og oplyser om vandcyste på æggestok. Forsikringen undersøger dette nærmere. Der tilbageholdes information om knude i brystet, selvom hun er henvist til undersøgelse 2 dage forinden at helbredsattesten udfyldes. I spørgsmålet hvorvidt hun venter resultater af prøver/undersøgelser eller er anbefalet fremtidig undersøgelse, svarer hun nej til helbredsattesten. Ud fra lægejournalerne kan vi se, at dette ikke er korrekt.

Havde I været informeret om den foreliggende undersøgelse, havde man afventet svar fra undersøgelsen, og det ville have haft indvirkning på hvorvidt forsikringen kunne tegnes eller ej.

Da forsikringen ikke ville være tegnet, eller som minimum ville være pålagt en klausul angående kræftsygdomme, dækker livsforsikringen ikke [forsikringstagerens] dødsfald.

Sagen er nu afsluttet.

...

Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe til os på ... eller besvare denne mail."

Ankenævnet for Forsikring

23.

102711

Af selskabets brev af 13/3 2023 fremgår bl.a.:

"Vi kan desværre ikke undersøge sagen nærmere, fordi dit krav er forældet.

Reglerne om forældelse er ikke fastsat af If, men af forsikringsaftaleloven § 29. Reglerne skal på den ene side tage et rimeligt hensyn til, at man som skadelidt skal have mulighed for at anmelde en skade, som man ikke først troede ville resultere i varige følger. På den anden side skal den tage hensyn til, at selskaberne på et tidspunkt må kunne forvente, at der ikke pludselig opstår uventede krav i forbindelse med en hændelse, der skete for mange år siden.

Derfor har man lovgivningsmæssigt fastsat en tidsgrænse på 3 år fra skadens indtræden til at komme med sit krav/indsigelse/klage, eller 1 år efter sagens afslutning.

Dødsfaldet skete den 4. december 2019 og sagen er afsluttet den 16. marts 2020. Dette betyder, at 1 års fristen udløb 16. marts 2021 og 3 års fristen udløb 4. december 2022. Dit krav imod If er forældet den 4. december 2022.

Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe til mig på ... eller besvare denne besked. Du har også mulighed for at bestille et opkald på if.dk"

Af selskabets brev af 21/3 2023 fremgår bl.a.:

"Sagen er forældet, og vi henviser til vores tidligere email herom af 13.marts 2023.

Ny vurdering af sagen

Er du ikke tilfreds med vores afgørelse, kan du henvende dig til Ifs Kundeombud eller Ankenævnet for Forsikring.

Kundeombuddet er ansat af If, men vurderer alle sager selvstændigt, upartisk og med nye øjne. Du kan læse mere om Kundeombuddet og dine andre klagemuligheder her: if.dk/klagemuligheder

Du skal dog være opmærksom på, at sagen er afsluttet i marts 2020 ud fra [forsikringstagerens] ulykkelige dødsfald i december 2019, som blev anmeldt af dig den 7.januar 2020. Det at sagen nu måtte blive behandlet hos Kundeombuddet hos If eller Ankenævnet for Forsikring vil ikke have udsættende virkning på forældelsesfristen.

Vi har ikke suspenderet forældelsesfristen, og sagen er derfor under alle omstændigheder forældet, når både 1-års og 3-års fristerne er udløbet. Dette har vi forklaret i vores mail af 13. marts 2023."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"2.13 ANMELDELSE AF DØDSFALD

Så snart som muligt efter at dødsfaldet er indtrådt skal dette anmeldes til If.

Anmeldelsen kan du foretage på vores hjemmeside www.if.dk/anmeldskade eller du kan ringe til os på telefon 70 12 12 12. Vores skadeservice har åbent døgnet rundt.

2.14 UDBETALING VED DØDSFALD

Erstatningen udbetales på grundlag af forsikringssummens størrelse ved dødsfaldets indtræden.

Erstatningen udbetales til sikredes nærmeste pårørende medmindre andet fremgår af policen. Hvis sikrede ikke er forsikringstager udbetales erstatningen dog til forsikringstageren.

2.15 SKADEOPGØRELSE OG UDBETALING

Erstatningen beregnes på grundlag af forsikringssummens størrelse ved dødsfaldets indtræden.

I forbindelse med opgørelse af dødsfald, er If berettiget til:

- At indhente oplysninger hos enhver læge eller lignende, der har behandlet sikrede.
- At forlange obduktion.

If betaler de af selskabet forlangte lægeattester.

2.16 URIGTIGE OPLYSNINGER

Forsikringsaftalen er indgået på grundlag af helbredserklæring, begæring og andre skriftlige oplysninger modtaget fra forsikringstager. Er der fortiet oplysninger eller afgivet urigtige oplysninger, kan forsikringsdækningen nedsættes eller bortfalde helt. Tilsvarende gælder også vedrørende oplysninger givet ved genoptagelse af forsikringen, forhøjelse af forsikringssum eller andre ændringer af forsikringen.

...

3. DÆKNINGSSKEMA FOR LIVSFORSIKRING

DØDSFALD

Dækker Hvis sikrede dør i forsikringsperioden, udbetales den fastsatte forsikringssum.

...

Erstatninger

Erstatningen udbetales på grundlag af forsikringssummens størrelse ved dødsfaldets indtræden. Erstatningen udbetales til sikredes nærmeste pårørende, med mindre andet fremgår af policen. Hvis sikrede ikke er forsikringstager udbetales erstatningen dog til forsikringstageren."

Nævnet udtaler:

Nu afdøde forsikringstager tegnede en livsforsikring den 31/5 2016, som trådte i kraft pr. 1/6 2016. Den 22/6 2016 fik forsikringstageren diagnosen brystkræft, og den 4/12 2019 afgik hun ved døden. Klageren, som var forsikringstagerens ægtefælle, anmeldte dødsfaldet til forsikringen den 22/1 2020. Den 16/3 2020 afviste selskabet dækning med henvisning til, at forsikringstageren havde afgivet urigtige oplysninger ved tegningstidspunktet. Den 2/3 2023 rettede klageren fornyet henvendelse til selskabet. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens eventuelle krav er forældet. Klageren ønsker udbetaling af forsikringssummen.

Klageren har anført, at selskabet "changed the wording on the questionnaire, falsely claiming they asked [forsikringstageren] to declare if she was referred for examination, which the original questionnaire did not ask. It asked if she was referred for treatment or operation, which she was not at the time of filling out the questionnaire and taking out the life insurance". Klageren har anført, at forsikringstageren "was referred for what was thought to be 'mælkeknode' at the

time by her home doctor. She took out life insurance before the examination and filled out a health declaration, answering all the questions truthfully". Klageren har anført, at selskabet "repeatedly manipulated the information to make it look like they asked [forsikringstageren] to declare recommended examinations, but these edited texts are not the truthful questions of the original questionnaire". Klageren har anført, at "after the rejection letter, I was not aware I have any claim until early 2023, when I only then realised they changed the wording of the original question. Up to that point I believed their writing to be factual and correct and I had no reason to think that a professional from an insurance company will actually change the wording of the original question to present a non factual report". Klageren har anført, at "I contacted the insurer well within the 3 year deadline from the time when I realised I have a claim". Klageren har anført, at "time expiry deadlines starts to accrue from the date when the case is finalised. A case can only be finalised when it has been properly processed and assessed by the insurer. If it has been grossly incorrectly handled, not factual, it is not finalized". Klageren har anført, at "if the insurance company deliberately manipulated the data to give a false representation of the information, no time expiry applies according to the law, and it could be seen as fraudulent". Klageren har anført, at "neither did they give me any information of any complaint procedures or time restrictions". Klageren har anført, at "it is shocking that IF did not communicate any timeframes, guidance or terms to me, and then try and use those timelines as their excuse".

Selskabet har til støtte for, at klagerens eventuelle krav var forældet på tidspunktet, hvor klageren i marts 2023 rettede fornyet henvendelse til selskabet bl.a. anført, at 1 års fristen udløb den 16/3 2021, og 3 års fristen udløb den 4/12 2022. Selskabet har anført, at retslig vildfarelse om et krav ikke kan medføre en suspension af forældelseslovens regler. Selskabet har anført, at selskabet "gør sekundært gøres gældende, at afdøde [forsikringstageren] ved indtegnning af livsforsikringen har opgivet urigtige helbredsoplysninger". Selskabet har anført, at forsikringstageren blev henvist til radiologisk klinik den 30/5 2016, at forsikringstageren tegnede livsforsikringen via net-salg den 31/5 2016, og at hun udfyldte helbredserklæringen den 1. juni 2016. Selskabet har anført, at "i klagen oplyses det, at afdødes doktor henviser hende til undersøgelse af hendes bryst inden indtegnningen af livsforsikringen. Afdøde er derfor anbefalet en fremtidig

Ankenævnet for Forsikring

27.

102711

undersøgelse for indtegningen af forsikringen". Selskabet har anført, at selskabet ikke har ændret i indhold, vilkår eller lignende, og at det ikke er korrekt, at selskabet har slettet dele af helbredserklæringen eller udfyldte dokumenter.

Det fremgår af helbredsskema af 1/6 2016, at "har du eller har du haft en knude, en svulst, celledforandringer eller en kræftsygdom? Ja. Har du fået oplyst en af følgende lidelser eller diagnoser af en læge? Vandcyste. Evt. kommentarer eller uddybning: vand cyste på æggestok og indimellem mælkeknuder ved amning ... Venter du resultater af prøver eller undersøgelser, eller er du blevet anbefalet en fremtidig behandling eller operation? Nej".

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 1, og forældelseslovens § 2 og § 3, at et krav på forsikringsdækning forældes 3 år efter det tidligste tidspunkt, hvor klageren kunne fremsætte et krav om forsikringsdækning over for forsikringen ved visse kritiske sygdomme.

Det følger af forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., at hvis en skade er anmeldt til selskabet inden forældelsesfristen udløb, indtræder forældelse af krav, som skaden giver anledning til, tidligst 1 år efter selskabets meddelelse om, at selskabet helt eller delvist afviser kravet.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klagerens eventuelle krav var forældet forud for, at klageren rettede fornyet henvendelse til selskabet den 2/3 2023. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at den 3-årige forældelsesfrist ikke kan regnes fra et senere tidspunkt end den 4/12 2019, hvor forsikringstageren afgik ved døden, idet klageren på dette tidspunkt burde være klar over, at han kunne have et krav mod selskabet. Nævnet bemærker, at klageren anmeldte dødsfaldet til forsikringen den 22/1 2020.

Nævnet har også lagt vægt på, at den 1-årige tillægsfrist i forsikringsaftalelovens § 29, stk. 5, 1. pkt., løber fra selskabets afgørelse af 16/3 2020.

Ankenævnet for Forsikring

28.

102711

Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren ikke har godtgjort, at han på afgørende punkter har befundet sig i uvidenhed om grundlaget for erstatningskravet, hvorfor der ikke er grundlag for suspension af den 3-årige forældelse.

Nævnet bemærker, at forældelsesreglerne er lovfæstede, og at forsikringselskaber ikke har en generel pligt til at orientere om forældelsesreglernes indhold.

Nævnet har herefter ikke haft anledning til at tage stilling til, om selskabet har været berettiget til at afvise klagerens krav i henhold til livsforsikringen.

Nævnet finder herudover, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet måtte have ydet mangelfuld rådgivning, som selskabet kan ifalde et erstatningsansvar for.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings