

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 22. oktober 2025 blev i sag nr. 102807:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Norli Liv og Pension A/S
Midtermolen 1
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har pensionsordning med forsikringsdækninger. I klage af 19/12 2024 har klagerens advokat bl.a. anført:

"På vegne af min klient [klageren] skal jeg hermed indgive klage over Norli's afgørelse af den 22. februar 2024, hvor Norli afviser krav på erstatning for erhvervsevnetab og præmiefritagelse.

Ankenævnet for Forsikrings stillingtagen til, om klagen er egnet til nævnsbehandling ønskes. I den forbindelse skal det bemærkes, at det er relevant med partsforklaring fra klager og dennes egen læge samt pensionsrådgiver.

Såfremt Ankenævnet for Forsikring finder, at klagen er egnet til nævnsbehandling, ønsker klage at nedlægge følgende påstande:

Indklagede tilpligtes at anerkende, at [klageren] har krav på forsikringsdækning for præmiefritagelse og invaliderente i henhold til forsikringsbetingelserne i ordningen i henhold til antagelsesbrev af den 11. januar 2021 og dækningsoversigt af samme dato med forsikringsbetingelser og at foretage skadebehandling af den modtagne anmeldelse.

Subsidiært: Indklagede tilpligtes, at anerkende, at [klageren] er omfattet forsikringsvilkår i dækningsoversigt af den 02. august 2021 med forsikringsbetingelser og at foretage skadebehandling af den modtagne anmeldelse.

Sagsfremstilling:

Afgørelsen af 22. februar 2024 vedlægges som bilag 1.

[Klageren] i det følgende benævnt klager modtog den 23. december 2020 i forlængelse af møde med pensionsrådgiver pensionsforslag til accept senest den 05. januar 2021. Pensionsforslag fremlægges som bilag 2. Pensionsrådgivers bekræftelse af møde fremlægges som bilag 3. Klager har umiddelbart efter modtagelse accepteret ved underskrift med NemID. Brevet fremlægges som bilag 4. Ligeledes helbredserklæring af den 23. december 2020 som bilag 5.

Klager blev i januar 2021 forhåndsgodkendt af Alm. Brand Liv og Pension og Alm. Brand Liv og Pension anmodede om helbredsoplysninger. Brev af den 11. januar 2021 med dækningsoversigt af samme dato fremlægges som bilag 6.

Klager har udfyldt og underskrevet længere helbredserklæring den 29. januar 2021 og meddelt samtykke til, at indklagede kan indhente helbredsoplysninger, erklæring fremlægges som bilag 7.

Klager har udfyldt spørgeskema af den 16. februar 2021 og underskrevet den 24. februar 2021, som fremlægges som bilag 8.

Der korresponderes om indhentning af oplysninger om nogle hovedpinegener i ca. ½ år. Klager har udfyldt skema af den 2. marts 2021 og continuationserklæring af den 03. maj 2021, som fremlægges som bilag 9. Ligeledes anmodes om helbredsattest ved brev af den 12. marts 2021. Brev fremlægges som bilag 10 samt udfyldt erklæring af den 13. april 2021, som fremlægges som bilag 11. Indklagede har anmodet om de sidste oplysninger om dette i juni 2021. Der fremlægges continuationserklæring og brev af den 24. juni 2021 som bilag 12. Klager underskriver dette den 8. juli 2021. Underskrevet continuationserklæring fremlægges som bilag 13.

Klager blev i juni/juli 2021 opmærksom på en knude i brystet, men mistænker ikke umiddelbart, at det kan være kræft. Klager blev undersøgt ved egen læge den 26. juli 2021. Klager har tidligere haft lignende hævelse i mælkekirtler i forbindelse med menstruationscyklus. Egen læge henviser til mammografi for at udelukke kræft. Journalnotat fremlægges som bilag 14. Vedrørende tidligere undersøgelse fremlægges aktindsigtsbrev af den 20. marts 2024 med notater fra den 05. oktober og den 27. oktober 2009 som bilag 15.

Klager får i første omgang tid til undersøgelse den 22. september 2021, men får afbudstid den 03. august 2021 i stedet.

Den 30. juli 2021 sender indklagede brev til klager med oplysning om, at hun kan indtegnes med særlige vilkår med klausul for nakke. Brevet fremlægges som bilag 16.

Klager modtog den 02. august 2021 dækningsoversigt og forsikringsbetingelser, som fremlægges som bilag 17.

Klager accepterer forsikring med klausul ved underskrift den 09. august 2021. Svarblanket fremlægges som bilag 18.

Klagers bekræftelse af forsikringen på skærpede vilkår sker alene, da klager er bekymret for at stå helt uden dækning.

Den 10. august 2021 foreligger der svar på biopsi med diagnose om brystkræft. Journalnotat fremlægges som bilag 19.

Den 23. august 2021 bekræfter Alm. Brand ansøgning om udbetaling af kritisk sygdom, brev fremlægges som bilag 20.

Den 15. september 2021 modtager klager svar på gentest, hvoraf fremgår, at der ikke er påvist sygdomsdisponerende varianter i de undersøgte mammacancer gener. Analyse med prøvedato og prøvesvarfremlægges som bilag 21.

Der indgives klage til indklagedes interne klageafdeling den 8. juni 2024, uden at dette dog medføre et ændret standpunkt fra indklagede, jf. svarbrev af 24. juni 2024. Parternes korrespondance fremlægges som bilag 22 og 23.

Klage til Ankenævnet for Forsikring er derfor nødvendiggjort.

Anbringender:

Det gøres gældende, at forsikringsaftale var afsluttet, da klager finder knuden i brystet.

At forsikringsaftale er sluttet, da klager afsender meddelelse om, at det fremsendte tilbud kan accepteres dvs. den 5. januar 2021 og senest den 30. juli 2021, jf. forsikringsaftalelovens § 11.

Det bestrides, at indklagedes ansvar først løber fra selskabets accept (dækningsoversigt/police).

Det gøres gældende, at den lange periode, der går, inden Norli's endelige bekræftelse er udstedt, ikke er noget klager skal bære risikoen for og det gøres gældende, at Norli skal lægge klagers helbredsoplysninger til grund, som de var tilbage i juni måned. Jeg henviser til Ankenævnet for Forsikrings kendelse 74.211, hvorefter selskabet blev pålagt af lægge helbredsoplysninger til grund, som de forelå 3 måneder efter at de modtog de første oplysninger.

Det gøres gældende, at forsikringsdækningen/pensionsordningen på dette tidspunkt ville være tegnet på de vilkår, der fremgår af den fremsendte dækningsoversigt/police af den 11. januar 2021, jf. bilag eller dækningsoversigt/police af den 2. august 2021, jf. bilag 17.

Det bestrides, at klager efter fremsendelse af de sidste oplysninger havde pligt til at sende yderligere helbredsoplysninger.

Det gøres gældende, at klager havde en berettiget forventning om, at Norli havde fået alle oplysninger og hun var omfattet af ordningen.

Det bemærkes således, at alle andre i virksomheden var blevet bekræftet på det tidspunkt.

Det gøres gældende, at klager først den 10. august 2021 havde en viden eller burde viden.

Det bestrides, at klager har haft anledning til eller pligt til at orientere indklagede om kræftsygdommen.

Det bestrides, at klager har haft en særlig grund til at mistanke om alvorlig sygdom. De tidligere undersøgelser, som indklagede referer til, var tilbage i 2009 og viste sig at være hævdede mælkekirtler. Derudover har gentesten ikke påvist sygdomsdisponerende varianter."

Selskabets eksterne advokat har den 23/1 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Hvilken forsikring er der tale om

Klagen angår erhvervsevnetabsdækningen under klagers firmapensionsordning i selskabet.

Hvad handler sagen om

Sagen angår spørgsmålet om, hvorvidt selskabet har været berettiget til at annullere klagers erhvervsevnetabsdækning med tilbagevirkende kraft fra tegningstidspunktet, fordi klager har afgivet urigtige helbredsoplysninger i forbindelse med oprettelsen af forsikringen.

Sagsfremstilling

I forbindelse med optagelse i en firmapensionsordning fik klager den 22. december 2020 tilsendt et pensionsforslag, som hun ikke accepterede, jf. bilag 3.

Klager fik den 23. december 2020 tilsendt et nyt pensionsforslag, jf. bilag 2. Det fremgik af pensionsforslaget, at

'Hvis du accepterer pensionsforslaget, behøver vi nogle oplysninger om dit helbred.

Når vi har modtaget alle de nødvendige oplysninger, vurderer vi, om pensionsordningen kan accepteres på normale vilkår.'

Pensionsforslaget blev underskrevet af klager, jf. bilag 4, og klager afgav herefter oplysninger i en helbredserklæring, jf. bilag 5.

Det fremgik af helbredserklæringen, at klager tidligere havde haft symptomer på depression ..., og at hun for nylig havde haft symptomer på stress. Det fremgik også, at hun havde migræne med aura, og at hun for nylig havde haft nakke- og knægener. På grundlag af dette blev sagen indsendt til vurdering i Videncenter for Helbred og Forsikring.

Videncenter for Helbred og Forsikring havde registreret helbredsoplysninger for klager fra et andet forsikringsselskab.

Som følge af klagers helbredsoplysninger meddelte selskabet den 15. januar 2021, at selskabet ikke kunne tilbyde klager at oprette forsikringsdækninger, og klager fik derfor en pensionsordning uden erhvervsevnetabsdækning, jf. bilag 6.

Klager var af den opfattelse, at de registrerede helbredsoplysninger ikke var korrekte, og hun fik derfor tilsendt et nyt link til helbredsoplysninger. Klager udfyldte herefter en ny helbredserklæring, jf. bilag 7, hvor der alene var oplyst om nakke- og rygger. Selskabet anmodede derfor om, at klager udfyldte spørgeskemaer vedrørende knægener, psykiske gener og ryg- og nakkegener, jf. bilag 7. Der var behov for yderligere oplysninger, og der blev derfor også indhentet et hovedpine-skema og en helbredsattest, jf. bilag 10 og bilag A. Egen læge underskrev helbredsattesten den 13. april 2021, jf. bilag 11.

Derefter meddelte selskabet den 3. maj 2021, at klager skulle indsende en continuationserklæring, som efterfølgende blev indsendt af klager, jf. bilag 9.

De nye helbredsoplysninger blev forelagt for Videntcenter for Helbred og Forsikring, som vurderede, at forsikringen kunne antages mod klausul på betingelse af ren continuationserklæring. Selskabet anmodede derfor den 24. juni 2021 klager om at indsende en ny continuationserklæring, jf. bilag 12.

Den 19. juli 2021 havde selskabet ikke modtaget continuationserklæringen, og der blev derfor sendt en rykker, jf. bilag B.

Den 26. juli 2021 var klager hos egen læge for at få undersøgt en knude i brystet, som hun havde opdaget ca. 14 dage før, jf. bilag 14 og bilag D. Ifølge journalnotatet var klager særligt disponeret for at få brystkræft, fordi [2 af klagerens familiemedlemmer] havde haft brystkræft – hendes [familiemedlem1] var død af det.

Egen læge kunne også mærke knuden og henviste derfor klager til mammografiambulatoriet på ... Sygehus for at få udredt mistanken om kræft. Den 28. juli 2021 kontaktede klager lægen, fordi hun først havde fået en tid den 22. september 2021, jf. bilag A.

Herefter kontaktede lægen sygehuset, hvilket førte til, at klager blev sat på venteliste, og at mammografien blev fremrykket til den 3. august 2021.

Kontinuationserklæringen blev modtaget af selskabet den 28. juli 2021, jf. bilag C.

Den 30. juli 2021 meddelte selskabet til klager, at forsikringen kunne tilbydes med forhøjet præmie og klausul. Forhøjelsen af præmien skyldtes klagers tidligere psykiske belastning, og klausulen angik nedsat erhvervsevne som følge af en lidelse i nakken og gener udstrålende herfra i hoved, skulder/arme eller hænder.

Klager fik den 2. august 2021 tilsendt en dækningsoversigt med forsikringsdækning fra den 1. august 2021, jf. bilag 17.

Den 3. august 2021 fik klager foretaget en mammografi, som bekræftede, at klager havde en tumor i venstre bryst, jf. bilag A. Der blev derfor også udtaget en biopsi og foretaget ultralydsscanning. Ifølge journalen blev klager informeret om, at der var mistanke om brystkræft. Hun fik desuden tid til svar på prøverne den 10. august 2021.

Den 9. august 2021 accepterede klager den tilbudte pensionsordning. Klager informerede ikke selskabet om knuden i brystet eller den mammografibekræftede mistanke om brystkræft.

Den 10. august 2021 var klager på sygehuset, hvor klager blev henvist til kemobehandling, jf. bilag 19.

Den 24. november 2023 indgav klager ansøgning om erhvervsevnetabsdækning på grund af senfølger efter kræftbehandling, idet hun oplyste, at hun havde været delvist uarbejdsdygtig siden den 3. august 2021, jf. bilag E. I den forbindelse indhentede selskabet helbredsoplysninger, jf. bilag A. Da der fremgik oplysninger af journaloplysningerne, som selskabet ikke havde haft kendskab til ved oprettelsen af forsikringen, blev sagen forelagt for Videntcenter for Helbred og Forsikring.

Videncentret vurderede, at forsikringen ikke kunne være tegnet på normale vilkår, hvis selskabet havde haft kendskab til de fortiede oplysninger, jf. bilag F. Selskabet gav derfor den 23. februar 2024 klager besked om, at erhvervsevnetabsdækningen var blevet annulleret og gruppelivsdækningerne ved død og kritisk sygdom var blevet nedsat til de basisdækninger, der kunne tegnes uden afgivelse af helbredsoplysninger, jf. bilag 1.

Der var efterfølgende korrespondance mellem selskabet og klagers advokat, hvilket ikke førte til en løsning.

Herefter har klager indgivet klage til Ankenævnet.

Begrundelsen for selskabets afgørelse

Selskabet fastholder afgørelsen.

Efter selskabets opfattelse har klager afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med forsikringens tegning, og selskabet har derfor været berettiget til at annullere erhvervsevnetabsdækningen efter forsikringsaftalelovens §§ 5 - 7.

Oplysningerne om konsultationen hos egen læge og foretagelse af mammografien på ambulatoriet var omfattet af de spørgsmål, der var stillet i helbredserklæringen i bilag 7. Spørgsmålene er derfor besvaret urigtigt.

Selskabet gør gældende, at perioden for urigtige oplysninger efter forsikringsaftalelovens § 6 løber frem til det tidspunkt, hvor forsikringsaftalen indgås, hvilket for klagers vedkommende var det tidspunkt, hvor hun accepterede selskabets tilbud den 9. august 2021. Der henvises til kommentarerne i 'Forsikringsaftaleloven med kommentarer' af Anne-Marie Aagaard Tegldal og Kåre Højerup og den kommenterede forsikringsaftalelov af Drachmann Bentzon m.fl. fra 1952.

Det samme gælder ifølge den nævnte litteratur for undladelse af at give oplysninger efter forsikringsaftalelovens § 7. Af domme henvises til U2002.1775H og FED2004.2192Ø.

Klager burde have informeret selskabet om fundet af knuden i brystet, konsultationen hos egen læge og den væsentlige risiko for kræft i forbindelse med, at hun fremsendte den kontinuationserklæring, som selskabet modtog den 28. juli 2021. Hun blev rykket den 19. juli 2021, og på dette tidspunkt havde hun opdaget knuden i brystet, som hun som følge af sine familiemæssige forhold havde en særlig viden om, og det er mest sandsynligt, at hun var bekendt med lægens mistanke om brystkræft på det tidspunkt, hvor hun fremsendte kontinuationserklæringen til selskabet. Hun burde i hvert fald have informeret selskabet om knuden i brystet, mistanken om kræft og mammografifundet i forbindelse med, at hun accepterede selskabets tilbud om forsikring den 9. august 2021.

Det er selskabets opfattelse, at klager har udvist fornøden uagtsomhed. De fortiede oplysninger var klart omfattet af de klare og tydelige spørgsmål, som var stillet i helbredserklæringen i bilag 7, og klager var anmodet om at bekræfte i kontinuationserklæringen, og der foreligger derfor uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens § 5.

Der forelå desuden en ekstraordinær situation, hvor klager netop havde fået kendskab til en væsentlig mistanke om en dødelig sygdom, som klager som følge af sin familiære disposition, hvor [2

Ankenævnet for Forsikring

7.

102807

af klagerens familiemedlemmer] havde haft brystkræft med alvorlige følger, havde et særligt kendskab til. Dertil kommer, at klager var i et igangværende kræftforløb med en forestående mammografi, som klager havde kontaktet sin egen læge for at få fremskyndet.

Det er selskabets opfattelse, at klager burde have indset, at disse oplysninger var af væsentlig betydning for selskabet, og at der derfor tillige foreligger grov uagtsomhed efter forsikringsaftalelovens § 7.

Det har ingen betydning, at der har været et langstrakt tegningsforløb, da dette har været foranlediget af klagers helbredsforhold, og klager på intet tidspunkt forud for den 30. juli 2021 har fået tilbud på en erhvervsevnetabsforsikring.

Klager kunne ikke med rette forvente, at selskabet var bekendt med de fortiede oplysninger. Hun kunne heller ikke med rette forvente, at hun var omfattet af forsikringen, før hun havde accepteret selskabets tilbud.

Selskabet har ved forelæggelsen for Videncenter og Helbred og Forsikring sandsynliggjort, at klager ikke ville have kunnet have oprettet erhvervsevnetabsforsikring, hvis selskabet havde haft kendskab til de fortiede forhold, og der er derfor hjemmel til at annullere forsikringen.

Dertil kommer, at det er tvivlsomt, om de tidsmæssige betingelser for forsikringsdækning er opfyldt, idet klager fik bekræftet kræftknuden hos egen læge, før forsikringen trådte i kraft. Klager anmodes derfor om at dokumentere, at hun har været på arbejde, efter hun fik konstateret kræftknuden hos egen læge den 28. juli 2021, og før forsikringen trådte i kraft den 1. august 2021.

Nævnet anmodes som følge af ovenstående om, at klagen ikke tages til følge.

Desuden henledes nævnets opmærksomhed på, at selskabet ikke har taget stilling til, om klager opfylder betingelserne for dækning, og at der derfor under ingen omstændigheder er grundlag for at give klager medhold i den principale påstand.

For god ordens skyld bemærkes, at der ikke ses at være grundlag for at afvise sagen fra nævnsbehandling, da der ikke er tvivl om, at klager havde kendskab til knuden og den væsentlige mistanke om brystkræft, da hun accepterede forsikringstilbuddet."

I breve af 6/2 2025, 24/3 2025, 25/3 2025 og 1/5 2025 til nævnet er parterne kommet med yderligere bemærkninger, der er forelagt for nævnet.

Klagerens advokat har i brev af 19/5 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Det tidligere anførte fastholdes.

Det er fortsat klagers opfattelse, at klagen ikke egner sig til nævnsbehandling.

Ankenævnet for Forsikring

8.

102807

Det var Alm. Brands egen forsikringsmægler [selskabets assurandør], der opfordrede klager til at anmelde en skade vedr. erhvervsevnetab. Klager har således talt med [selskabets assurandør] om den udvidede helbredserklæring om migræne.

Forhøjelse i forhold til tidligere dækning. [Selskabets assurandør] anmodede klager om oplysninger om tidligere dækninger ved [klagerens andet pensionsselskab]. Mailkorrespondance af den 26. og den 30. november 2020 mellem klager og [selskabets assurandør] med klagers angivelse af hvilke forsikringer hun ønsker fremlægges som bilag 24.

[Selskabets assurandør] ønskes afhørt under en evt. retssag.

Klagers egen læge ..., som undersøgte klager i 2009 og uddannelseslæge læge ..., som undersøgte i forbindelse med det, der viste sig at være en kræftknode ønskes afhørt i forbindelse med evt. retssag.

Supplerende skal det bemærkes;

Det bestrides, at klager har afgivet urigtigt oplysninger. Klager bekræfter ved bilag 18 alene, at hun ønsker forsikring med de anførte vilkår med klausul og at hun ønsker overførsel fra [klagerens tredje pensionsselskab] til Alm. Brand.

Klager er ikke enig i, at klager fik bekræftet kræftknuden hos egen læge inden forsikringen trådte i kraft. I den forbindelse skal det bemærkes, at det efter klagers opfattelse først kan afgøres ved en juridisk bevisvurdering, hvornår der er indgået en aftale om forsikringsdækning, herunder en evt. foreløbig dækning.

For det tilfælde, at Ankenævnet eller domstolene måtte vurdere, at dette tidspunkt kan fastlægges til den 1. august 2021 og med henvisning til, at indklagede har bedt om at dokumentation for at klager har været på arbejde med påstand om, at hun fik konstateret kræftknuden hos egen læge den 28. juli 2021, vedlægges mail af den 25. marts 2025 med bekræftelse på at klager var på arbejde hhv. den 29 og 30. juli. Mailen fremlægges som bilag 25. Det skal i den forbindelse bemærkes, at det ikke er korrekt som anført af indklagede, at der konstateres kræft hos egen læge den 28. juli. På dette tidspunkt, vurderer egen læge modsat, at der ikke umiddelbart er tegn på kræft. Mammografi foretages for en sikkerheds skyld og diagnosen stilles først den 10. august 2021.

Der tages ligeledes forbehold for at indkalde klagers arbejdsgiver under en evt. retssag."

Selskabets eksterne advokat har i brev af 4/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Det fastholdes, at sagen er egnet til nævnbehandlig, da den hverken juridisk eller bevismæssigt afviger fra andre sager, der bedømmes af Ankenævnet for Forsikring. Klagers advokats bemærkninger om vidneførsel synes alene møntet på at få Ankenævnet til at afvise sagen.

Det har ingen betydning, om assurandør ... har opfordret klager til at anmelde skaden, og det ses ikke, hvad [selskabets assurandør] skal afgive forklaring om.

Der var ikke tale om et leverandørskifte, og det fremgår heller ikke af bilag 24. Som bilag G fremlægges [selskabets assurandørs] anmodning om oprettelse af pensionsordningen, idet der henvises til rubrikken 'Leverandørskifte' midt på s. 1, hvor der er svaret 'Nej'.

I forbindelse med oprettelsen af pensionsordningen valgte klager at overføre et depot fra [klagerens tredje pensionsselskab]. Som bilag H fremlægges blanket, hvor der fremgår, hvilke oplysninger selskabet fik i forbindelse med overførslen.

Det fastholdes, at klager burde have oplyst selskabet om knuden og de foretagne undersøgelser i forbindelse med indsendelsen af kontinuationserklæringen og i hvert fald senest den 9. august 2021, hvor hun accepterede den tilbudte pensionsordning, og pensionsaftalen blev indgået. Det fastholdes derfor, at der enten foreligger uagtsomt afgivne urigtige helbredsoplysninger efter forsikringsaftalelovens §§ 5-6, eller groft uagtsomt udeladte helbredsoplysninger efter forsikringsaftalelovens § 7, og at selskabet har været berettiget til at ændre forsikringen som sket.

Kontinuationserklæringen fremlægges som bilag I.

Årsagen til, at klager burde have oplyst selskabet om knuden og de foretagne undersøgelser er, at klager utvivlsomt havde opdaget knuden og konsulteret egen læge, der også kunne mærke knuden og derfor havde henvist klager til mammografiambulatoriet. Dertil kommer, at klager var arveligt disponeret for at udvikle kræft, og at hun havde kontaktet lægen for at få fremrykket undersøgelsen på ambulatoriet. Dertil kommer, at klager fik foretaget mammografien den 3. august 2021 og bekræftet knuden, og at klager derfor yderligere havde fået foretaget biopsi og ultralydsscanning og ventede på svar på prøverne.

Det har ingen betydning, hvad klagers læger sagde i forbindelse med undersøgelserne, da det afgørende er, at klager senest på tidspunktet for oprettelsen af forsikringen utvivlsomt var bekendt med, at der var en væsentlig risiko for, at hun havde en alvorlig helbredstruende sygdom, og at hun forsømte at informere selskabet herom.

Som følge af dette havde selskabet ikke mulighed for at tage højde for den forøgede risiko ved oprettelsen af forsikringen, og der er derfor hjemmel i forsikringsaftaleloven til, at selskabet kan ændre forsikringen således, at den oprettes på det korrekte helbredsgrundlag.

Selskabet anmoder fortsat om, at klager ikke tages til følge."

Selskabets eksterne advokat har i brev af 16/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

"I forlængelse af selskabets indlæg af 3. juni 2025 kan følgende oplyses:

Klager havde en tab af erhvervsevne forsikring i [klagerens tredje pensionsselskab], jf. bilag 24. Forsikringen blev opsagt den 16. august 2021, efter klager havde accepteret selskabets tilbud om forsikringer den 9. august 2021 uden at oplyse om sin tumor i venstre bryst. Hvis klager havde oplyst om sin tumor, havde selskabet ikke givet tilbud om forsikringer, og så var forsikringerne i [klagerens tredje pensionsselskab] ikke blevet opsagt.

Selskabet anmoder fortsat om, at klager ikke tages til følge."

Ankenævnet for Forsikring

10.

102807

Klagerens advokat har i brev af 3/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Klager har i forbindelse med overdragelsen af forsikringsdækningen fra [klagerens andet pensionselskab] til Alm. Brand haft gentagne telefoniske drøftelser med den pågældende assurandør, Det gøres gældende, at disse samtaler er af afgørende betydning for sagens oplysning, herunder i forhold til, hvornår klager havde en berettiget forventning om, at der var indgået en forsikringsaftale, hvilket har betydning for, hvornår den eventuelt god eller ond tro skal foreligge ved klager. Det er disse telefonsamtaler som assurandør ... skal afgive vidneforklaring om.

Endvidere har klager været til undersøgelser hos to læger, som angivet i indlægget af 19. maj, herunder uddannelseslæge ..., der forestod den kliniske undersøgelse og foranledigede henvisning til mammografi af brystet. Det gøres tilsvarende gældende, at han bør afgive vidneforklaring vedrørende undersøgelsesforløbet og det medicinske grundlag for henvisningen, idet forklaringen vurderes at have væsentlig betydning for sagens faktiske og medicinske belysning. Den anden omtalte læge i indlægget af 19. maj, er klagers egen læge ..., som skal afgive forklaring om tidligere lignende undersøgelser af klager tilbage i 2009.

Til støtte herfor henvises til Ankenævnet for Forsikrings kendelser i sagerne 102198 og 99139, hvor nævnet udtalte, at sagerne i sin helhed bør afgøres ved domstolene, hvor der er mulighed for mundtlige parts- og vidneforklaringer.

Det fastholdes således, at nærværende sag af hensyn til bevisførelsen, navnlig på grund af nødvendigheden af parts- og vidneforklaringer, bør afvises med henvisning til vedtægternes § 4, stk. 1."

Selskabet har i brev af 8/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Det fastholdes, at sagen kan afgøres ved nævnet på grundlag af de skriftlige oplysninger, og at mundtlige forklaringer fra de af klager nævnte personer ikke har betydning for sagens afgørelse.

Ifølge bilag 12 sendte selskabet en continuationserklæring til klager den 24. juni 2021, og det fremgik af brevet, at forsikringsdækningen først ville træde i kraft, når der var foretaget en vurdering af klagers helbred.

Ifølge bilag B rykkede selskabet den 19. juli 2021 klager for indsendelse af continuationserklæringen, og det fremgik af brevet, at forsikringen ikke ville yde den ønskede dækning, før selskabet havde modtaget de udbedte helbredsoplysninger.

Ifølge bilag D var klager hos egen læge den 25. juli 2021, der klinisk konstaterede en knude i brystet, som klager havde opdaget ca. 14 dage tidligere, hvorfor lægen henviste sagsøger til Organkirurgisk Ambulatorium på Sygehus Dertil kommer, at klager oplyste til lægen, at hun var disponeret for brystkræft, fordi hendes [familiemedlem2] var blevet opereret for brystkræft, og hendes [familiemedlem1] var død af brystkræft.

Ifølge bilag D kontaktede klager lægen den 28. juli 2021, fordi hun først havde fået tid på hospitalet den 27. september 2021, og lægen kontaktede derefter hospitalet og fik fremrykket tiden, jf. bilag D.

Ifølge bilag C indsendte klager kontinuationserklæringen til selskabet uden at oplyse om fundet af knuden i brystet og de igangværende undersøgelser, og selskabet modtog kontinuationserklæringen den 28. juli 2021.

Den 30. juli 2021 sendte selskabet et brev til klager, hvor det fremgik, at hendes forsikring som følge af helbredsforholdene var sat i kraft på særlige vilkår, og at hun skulle acceptere dette ved at underskrive og tilbagesende den vedlagte svarblanket, jf. bilag J. Det fremgik desuden, at hun ville få tilsendt en dækningsoversigt.

Den 2. august 2021 sendte selskabet dækningsoversigten til klager, hvor det fremgik, at forsikringen ville træde i kraft den 1. august 2021, jf. bilag 17. Der blev i dækningsoversigten henvist til brevet vedrørende den helbredsmæssige vurdering.

Den 3. august 2021 fik klager foretaget mammografi og udtaget biopsi på hospitalet, der bekræftede mistanken om brystkræft, hvilket blev meddelt til klager, jf. bilag A. Klager blev samtidig delvis uarbejdsdygtig, jf. bilag E.

Den 9. august 2021 accepterede klager forsikringen, jf. bilag 13.

Eftersom det således fremgår af sagen, at klager havde fået skriftligt at vide, at forsikringen først ville dække, når hun havde indsendt de ønskede helbredsoplysninger, og at det desuden fremgik af den fremsendte dækningsoversigt, at forsikringen ville træde i kraft den 1. august 2021, er det uden betydning, hvad klager har talt med [selskabets assurandør] om. Klager kunne desuden ikke være i tvivl om, at når hun blev bedt om at indsende helbredsoplysninger, var forsikringen ikke oprettet, før de var accepteret af selskabet.

Det bemærkes i øvrigt, at [selskabets assurandør] bestrider, at han har sagt til klager, at forsikringen ville træde i kraft på et tidligere tidspunkt end sket.

Eftersom det fremgår af sagen, at klager havde opdaget knuden og sandsynligvis også fået bekræftet fundet hos lægen, før hun indsendte kontinuationserklæringen, og at klager ydermere havde fået fremskyndet hospitalsundersøgelsen og fået mistanken om kræft bekræftet på hospitalet, før hun afsendte accepten af forsikringen, er det uden betydning, hvad de nævnte læger vil kunne forklare. Efter retspraksis medfører den blotte mistanke om alvorlig sygdom ond tro hos en forsikringssøgende.

I de kendelser, som klager henviser til, forelå der helt anderledes omstændigheder.

I sag nr. 99139 var der mistanke om bedrageri/svig hos klageren, som nævnet mente burde udredes i et omfang, som ikke kunne ske for nævnet.

I sag nr. 102198 var der foretaget observationer af klageren, der var af en sådan karakter, at de efter nævnets vurdering burde uddybes i mundtlige forklaringer.

Selskabet anmoder derfor fortsat om, at nævnet afgør sagen, og at klager ikke tages til følge."

Ankenævnet for Forsikring

12.

102807

Klagerens advokat har i brev af 15/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Klager har modtaget selskabets indlæg af 8. juli, der blot giver anledning til en kort bemærkning. Selskabet anfører følgende i deres indlæg:

'Det bemærkes i øvrigt, at [selskabets assurandør] bestrider, at han har sagt til klager, at forsikringen ville træde i kraft på et tidligere tidspunkt end sket.'

Dette understreger nødvendigheden af, at [selskabets assurandør] indkaldes som vidne i en retssag, eftersom klager er af en anden opfattelse. Det skal i øvrigt bemærkes, at udgangspunktet i retsplejeloven er, at der skal afgives mundtlige vidneforklaringer, hvorfor en evt. skriftlig erklæring fra [selskabets assurandør] vil blive bestridt af klager.

Klager har, foruden ovenstående, ikke flere bemærkninger til sagen, hvorfor der henvises til de allerede indsendte bemærkninger, herunder navnlig klagers indlæg af 3. juli.

Det fastholdes derfor, at sagen af hensyn til bevisførelsen, navnlig på grund af nødvendigheden af parts- og vidneforklaringer, bør afvises med henvisning til vedtægternes § 4, stk. 1."

Selskabets eksterne advokat har i brev af 20/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Det fremgår af indlægget, at klager fastholder, at [selskabets assurandør] har sagt til klager, at forsikringen ville træde i kraft på et tidligere tidspunkt end sket.

I den forbindelse har selskabet indhentet en udtalelse fra [selskabets assurandør], jf. bilag K. Det fremgår af svaret, at [selskabets assurandør] ikke har oplyst til klager, at dækningerne ville træde i kraft på et tidligere tidspunkt end sket, eftersom dækningerne først ville træde i kraft, når helbredsoplysningerne var godkendt af selskabets lægekontor. Det fremgår desuden af den mail, som [selskabets assurandør] har vedlagt, at han har skrevet til klager den 9. marts 2021, at overførslerne fra de andre selskaber først vil blive flyttet, når de nye ordninger er plads hos selskabet, jf. bilag L.

Dertil kommer, at selskabet ifølge bilag 12 sendte en kontinuationserklæring til klager den 24. juni 2021, og det fremgik af bilaget, at forsikringsdækningen først ville træde i kraft, når der var foretaget en vurdering af klagers helbred.

Klager kunne således ikke være i tvivl om, at forsikringen ikke var trådt i kraft, før det skete, og det er ikke nødvendigt med en vidneforklaring fra [selskabets assurandør] for at afgøre sagen.

Selskabet anmoder derfor fortsat om, at nævnet afgør sagen, og at klagen ikke tages til følge."

Klagerens advokat har i brev af 28/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Modpartens indlæg af 20/8-25 giver ikke anledning til yderligere bemærkninger. Vi henviser til det tidligere anførte og fastholder, at det er relevant at afhøre [selskabets assurandør]. Sagen kan således forelægges nævnet på det nuværende grundlag."

Ankenævnet for Forsikring

13.

102807

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Nævnet har blandt andet fået forelagt korrespondance mellem klageren og selskabets assurandør fra 26/11 2020 til 30/11 2020 og oplæg til obligatorisk firmaaftale fra december 2020.

Det fremgår bl.a. af selskabets pensionsforslag af 23/12 2020:

"Hvad skal du være opmærksom på?"

Når du læser pensionsforslaget, er det vigtigt, at du er særligt opmærksom på disse forhold:

- Hvis du accepterer pensionsforslaget, behøver vi nogle oplysninger om dit helbred. Når vi har modtaget alle de nødvendige oplysninger, vurderer vi, om din pensionsordning kan accepteres på normale vilkår."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 23/12 2020:

"Din accept af Pensionsforslaget"

Du får her det aftalte materiale på forslaget til din pensionsordning, som vi har gennemgået sammen.

Jeg håber, du har fået en god forståelse for, hvilke muligheder du har hos os.

Sammen med dette brev finder du:

En acceptblanket.

Det er vigtigt, at du giver dig tid til at læse materialet igennem, så du er sikker på, at det svarer til dine ønsker.

Vær opmærksom på, at pensionsforslaget gælder til den 5. januar 2021.

Lever pensionsforslaget op til dine forventninger, kan du underskrive acceptblanketten og sende den til os.

"Hvad skal du være opmærksom på?"

Når du læser pensionsforslaget, er det vigtigt, at du er særligt opmærksom på disse forhold:

- Hvis du accepterer pensionsforslaget, behøver vi nogle oplysninger om dit helbred. Når vi har modtaget alle de nødvendige oplysninger, vurderer vi, om pensionsordningen kan accepteres på normale vilkår
- Når pensionsordningen er oprettet, sender vi de endelige aftaledokumenter til dig, der består af en dækningsoversigt og forsikringsbetingelser
- På almbrand.dk finder du information om blandt andet forsikringsbetingelser, regler for tilbagekøb og fripolice, prognoseforudsætninger og regler om skattefradrag."

Det fremgår bl.a. af vedlagte acceptblanket til brevet af 23/12 2020:

"Din accept af pensionsforslaget"

Pensionsforslaget forudsætter, at din pensionsordning begynder den 1. januar 2021. Du har til den 5. januar 2021 til at acceptere pensionsforslaget.

Den samlede pris forudsætter, at du accepterer hele pensionsforslaget, og at de oplysninger, du har givet os, er korrekte. Hvis der kommer nye oplysninger frem, kan det betyde ændringer i de priser og vilkår, der er med i pensionsforslaget.

Når Alm. Brand Pension har modtaget alle de nødvendige helbredsoplysninger, vurderer vi, om din pensionsordning kan accepteres på normale vilkår.

Din underskrift

Med min underskrift

- accepterer jeg pensionsforslaget med forslagsnummer ...
- bekræfter jeg de oplysninger, jeg har givet Alm. Brand
- bekræfter jeg, at jeg har fået oplysning om ordningens skattemæssige behandling.

På min ordning i Alm. Brand Pension

- accepterer jeg, at jeg først modtager information om bl.a. bonusregler og regler for beregning af tilbagekøb og fripolice, når jeg modtager min dækningsoversigt og forsikringsbetingelser på min ordning i Alm. Brand Pension
- bekræfter jeg, at jeg er bekendt med, at pensionsforslaget skal være i overensstemmelse med Alm. Brand Pensions tariffer og at jeg er fritstillet i tilfælde af uoverensstemmelse mellem pensionsforslag og dækningsoversigt
- accepterer jeg, at min ordning i første omgang bliver oprettet som et opsparingsprodukt uden forsikringsdækninger."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 15/1 2021:

"Din opsparing/forsikring fortsætter på særlige vilkår

Dine helbredsoplysninger har nu været forelagt Videncenter for Helbred og Forsikring.

Du er registreret i Videncenter for Helbred og Forsikring i december 2020 af et andet selskab.

Af denne registrering fremgår det at du tidligere har haft symptomer på depression ... og at du for nylig har haft symptomer på stress. Det fremgår også at du har migræne med aura samt at du har haft nakke- og knægener.

Ovennævnte oplysninger har betydning for din forsikring og betyder at vi ikke kan tilbyde dig de ønskede dækninger."

Det fremgår bl.a. af helbredserklæring udfyldt af klageren den 29/1 2021:

"Det er vigtigt at du læser dette, inden du udfylder erklæringen:

- Du skal **selv svare** på alle spørgsmål og delspørgsmål.
- Svar omhyggeligt, du må **ikke fortie noget** - heller ikke selv om du tror det er uden betydning for forsikringsselskabet.
- Som det eneste, skal du **ikke oplyse om resultater af gentests**, der belyser din risiko for fremtidige sygdomme.

Ankenævnet for Forsikring

15.

102807

- Vær opmærksom på, at det kan få betydning for din forsikring, hvis du undlader oplysninger eller hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige. I værste fald kan det medføre at du står uden dækning, hvis skaden sker.

Er du i tvivl om besvarelsen - for eksempel omkring diagnoser og datoer - kan du kontakte din læge, inden du udfylder erklæringen. Du er dog selv **ansvarlig for oplysningerne** i erklæringen. Lægens honorar betales ikke af forsikringsselskabet.

Du skal ikke oplyse om resultatet af **gentests**, det vil sige undersøgelser, der belyser dine arveanlæg og fremtidig risiko for sygdomme.

...

3 Har du - ud over det allerede oplyste - indenfor de sidste 3 år været i kontakt med læge (inklusive receptfornyelser og e-konsultation), speciallæge, sygehus eller anden behandler? ☒ Nej ☐ Ja

NB: **Oplys kun om egne kontakter** - ikke børns eller andres sygdom.

- Almindelige forkølelsetilfælde/influenza, hals- eller bihulebetændelse, børnesygdomme, tandinfektion og andre ikke tilbagevendende infektioner, skal du kun oplyse om - hvis de fortsat giver gener.
- Kørekortsundersøgelser, folkeundersøgelser og vaccinationer skal du kun oplyse om - hvis de har givet anledning til yderligere udredning.

Det fremgår bl.a. af selskabets assurandørs mail til klageren af 9/3 2021:

"Overførslerne fra de tidligere selskaber flytter vi først, når de nye ordninger er på plads hos os."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 3/5 2021:

"Du skal sende oplysninger til os

Din anmodning om livs-/pensionsforsikring har været forelagt selskabets læge, som udbeder sig yderligere helbredsoplysninger.

Årsagen er, at du skal bekræfte, at dine helbredsforhold ikke er ændrede siden den sidst afgivne helbredserklæring.

Følgende skemaer bedes returneret i udfyldt, dateret og underskrevet stand inden 14 dage:

- Kontinuationserklæring

Husk at besvare alle spørgsmål

Det er meget vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål på de enkelte skemaer. Hvis der mangler svar på nogle af spørgsmålene, vil vi sende skemaerne tilbage til dig.

Vi kan ikke fastsætte forsikringens antagelsesvilkår (helbreds vurdering), før alle spørgsmål er besvaret. Forsikringsdækningen træder først i kraft, når der er foretaget en vurdering af dit helbred."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 24/6 2021:

"Du skal sende oplysninger til os

Din anmodning om livs-/pensionsforsikring har været forelagt selskabets læge, som udbeder sig

yderligere helbredsoplysninger.

Årsagen er, at du skal bekræfte, at dine helbredsforhold ikke er ændrede siden den sidst afgivne helbredserklæring.

Følgende skemaer bedes returneret i udfyldt, dateret og underskrevet stand inden 14 dage:

- Kontinuationserklæring

Husk at besvare alle spørgsmål

Det er meget vigtigt, at du besvarer alle spørgsmål på de enkelte skemaer. Hvis der mangler svar på nogle af spørgsmålene, vil vi sende skemaerne tilbage til dig.

Vi kan ikke fastsætte forsikringens antagelsesvilkår (helbreds vurdering), før alle spørgsmål er besvaret.

Forsikringsdækningen træder først i kraft, når der er foretaget en vurdering af dit helbred.

Når vi har modtaget de ønskede oplysninger, vil vi vende tilbage til din sag."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 19/7 2021:

"Vi mangler oplysninger fra dig

Vi kan ikke se, at vi har modtaget nedenstående, derfor tillader vi os at rykke for:

Spørgeskema vedr.

- Kontinuationserklæring

Da forsikringen ikke yder den ønskede dækning, før vi har fastsat forsikringens antagelsesvilkår (helbreds vurdering), beder vi dig derfor indsende de ubedte helbredsoplysninger hurtigst."

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 26/7 2021:

"Knode mamma, fundet ved selvpalpation. Fundet ved tilfælde for ca. 14 dage siden. Ikke oplagt ændret i denne tid. Har tidl oplevet hævelse i mælkekirtler relateret til cyklus, men aktuelle er anderledes.

Disponeret [klagerens familiemedlem2] har haft brystkræft men OP med godt resultat. [Klagerens familiemedlem1] død af brystkræft.

Ikke flåd. Ikke smerter. Holder vægten. Ikke træthed.

Mammae obj. Ikke hudforandringer på areola, ikke papilindtrækninger, ikke hudindtrækninger, ikke peu d'orange eller ulcerationer.

Tumorbeskrivelse: sv.t. ve mamma, kl. 2, 8 cm fra papillen palperes en måske 1,5 cm stor udfyldning denne lokaliseret i lidt større område der vurderes fast. Dette er frit forskydeligt ift. underlag/thoraxvæg. Fast/elastisk.

Mhp. at udelukke malignitet henvises til mamma amb på ... Sygehus.

Pt tryk ved plan og kontakter UT hvis ikke modtaget indkaldelse inden for en uge.

Ankenævnet for Forsikring

17.

102807

Sendt henvisning: Sygehus ... Organkirurgisk Ambulatorium"

Det fremgår bl.a. af klagerens besked til klagerens læge af 28/7 2021:

"Jeg har nu modtaget indkaldelse til mammografi på ... Sygehus, men desværre først d. 22. september. Jeg har forsøgt at ringe til visitationen for en tid på privathospital, men grundet sygeplejerskernes konflikt, kan jeg forvente lang svartid. Jeg vil lige være sikker på, at du synes det er ok, jeg venter med undersøgelse til 22/9?"

Det fremgår bl.a. af continuationserklæring udfyldt af klageren den 8/7 2021, der er modtaget af selskabet den 28/7 2021:

"

2	Har du konsulteret, været undersøgt eller behandlet af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog eller anden behandler siden den sidst afgivne helbreds erklæring?	NEJ ☒	JA ☐	Hvis JA: Årsag: _____ Hos hvem: _____ navn/adresse Hvornår? _____ måned/år Får du fortsat behandling? ☐ Nej ☐ Ja, hvilken? _____
----------	--	--	--------------------------------	---

"

Det fremgår bl.a. af journal fra klagerens læge af 30/7 2021:

"Tk røntgen afd ... Først konf. Radiolog Derfra stilles om til lægeskr. ... Ud fra lægelig vurdering på afdelingen ses pt som anført 22/9.
Pt sættes på deres afbudsliste mhp. hurtigere tid. Pt tryk ved dette."

Det fremgår bl.a. af selskabets brev til klageren af 30/7 2021:

"Din ordning er sat i kraft på særlige vilkår"

Dine helbredsoplysninger har nu været forelagt Videntcenter for Helbred og Forsikring, der har vurderet, at forsikringen kan tilbydes mod forhøjet præmie og med klausul.

Præmieforhøjelse

Da du indgår i en obligatorisk firmapensionsordning, er præmien og den ønskede dækning ved Nedsat Erhvervsevne fastholdt. Indbetalingen til din ratepensionsopsparing er derfor nedsat tilsvarende.

Årsagsforklaring til præmiestigningen

Vi har foretaget en forsikringsmedicinsk vurdering af dine helbredsoplysninger. Vi har lagt vægt på, at du det fremgår af oplysningerne fra dig og af de lægelige oplysninger, at du har haft symptomer på psykisk belastning, hvor du har været sygemeldt i en periode. Det har betydning for din vurdering.

Det er forskelligt, hvordan man håndterer sådanne symptomer. For nogle fylder det mere i hverdagen, end for andre - og for nogle måske i længere tid.

For at se hvordan det går for dig, vil vi gerne se på din forsikring igen efter 5 års symptomfrihed. Det vil sige tidligst februar 2025. Der kan på det tidspunkt være mulighed for bedre forsikringsvilkår. Ønsker du til den tid en ny vurdering, beder vi dig venligst kontakte os. Vi vil herefter sende de nødvendige papirer til dig.

Klausul vedr.: Nakke

Klausultekst:

Forsikringen dækker ikke ved nedsat erhvervsevne som følge af en lidelse i nakken eller gener udstrålende herfra i hoved, skuldre/arme eller hænder.

Vi har foretaget en forsikringsmedicinsk vurdering af dine helbredsoplysninger. Vi har lagt vægt på, at du har haft muskelspændinger i nakken. Nakkegener kan være forbugående, men kan også i nogle tilfælde komme igen og blive mere varige og føre til uarbejdsdygtighed.

Hvornår kan klausulen evt. ændres/fjernes:

For at se hvordan det går for dig, vil vi gerne se på din forsikring igen efter 2 års symptomfrihed. Det vil sige tidligst oktober 2022. Der kan på det tidspunkt være mulighed for bedre forsikringsvilkår. Ønsker du til den tid en ny vurdering, beder vi dig venligst kontakte os. Vi vil herefter sende de nødvendige papirer til dig.

Betaling, dækningsoversigt og forsikringsvilkår

Betalingen sker via din arbejdsgiver.

Forsikringsvilkårene fremgår af dækningsoversigten, som vi beder dig læse igennem. Vi sender dækningsoversigten til dig i et særskilt brev. Du kan også se din dækningsoversigt på Mit Kundeoverblik.

Du skal logge ind med dit NemID.

Overførsel af din ordning

Du har ønsket overføre til Alm. Brand Pension fra:

- [Klagerens tredje pensionselskab]

Du skal give os besked indenfor 14 dage

Vi beder dig venligst meddele os, om du stadig er interesseret ved at markere dette på svarblanketten. Vi beder dig returnere svarblanketten inden 14 dage fra dags dato."

Det fremgår bl.a. af svarblanket underskrevet af klageren den 9/8 2021:

"

Sæt kryds Ja ☒ Nej ☐	Forsikringsdækning Jeg ønsker forsikringen med de anførte forsikringsvilkår med klausul og præmiestigning
Sæt kryds Ja ☐ Nej ☐	Opsparingsprodukt uden forsikringsdækninger Jeg ønsker alene basisdækninger (opsparing og små gruppelivsdækninger)

Ankenævnet for Forsikring

19.

102807

Sæt kryds	Overførsel til Alm. Brand
Ja ☒	Nej ☐
Jeg ønsker overførsel fra [redacted] til Alm. Brand	

Det fremgår bl.a. af journal fra hospitalet af 10/8 2021:

"Aktuelle

- Selv mærket knude i venstre bryst.
03.08. er der foretaget klinisk mammografi hvor man svarende til palpationsfundet kl. 1 B i venstre mamma finder en 21 x 14 mm BIRAD5 tumor.

...

- Konklusion og plan
 - Ved røntgen-konf d.d. besluttet at patient skal henvises til neoadjuverende kemo-terapi."

Det fremgår bl.a. af klagerens ansøgning om dækning ved tab af erhvervsevne af 24/11 2023:

"

3	Er du delvist uarbejdsdygtig?	NEJ ☐	JÅ ☒	Hvis JÅ: Siden den: 3. AUGUST 2021 Kan dagligt arbejde i: 3 antal timer Kan ugentligt arbejde: 12 (4 dage) antal timer
4	Havde du erhvervmæssig beskæftigelse på skadestidspunktet?	NEJ ☐	JÅ ☒	Hvis NEJ: Hvorfor ikke?
5	Hvad er årsagen til uarbejdsdygtigheden?	SENFØLGES EFTER KRÆFT-BEHANDLING (KEMO + STRÅLER)		

...

9	Modtager du sygedagpenge, kontanthjælp, ressourceforløbsydelse eller andet?	NEJ ☐	JÅ ☒	Hvis JÅ: Siden den: 3. AUGUST 2021
---	---	------------------------------	--	---------------------------------------

"

Det fremgår bl.a. af risikovurdering ved personforsikring fra Videntcenter for Helbred & Forsikring af 15/2 2024:

"De fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videntcenter for Helbred & Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 01-08-2021 til:

Dødelighed: Opsat Invaliditet: Opsat

Forklaring på vurderingen

Vurderingen er baseret på oplysningen om fund af knude i venstre bryst med behov for nærmere udredning.

Ankenævnet for Forsikring

20.

102807

Baggrunden for vurderingen er oplysningerne fra forsikredes egen læge.

Heraf fremgår det, at forsikrede i slutningen af juli 2021 var ved egen læge efter at have fundet en knude i venstre bryst.

Forsikrede havde tidligere oplevet hævelse af mælkekirtler relateret til sin cyklus, men denne knude var anderledes.

Med henblik på at udelukke malignitet blev forsikrede henvist til Mamma-ambulatoriet og modtog den 28. juli 2021 indkaldelse til mammografi.

Der ville på tegningstidspunktet være givet mulighed for tilsagn efter endt udredning."

Det fremgår bl.a. af intern mail fra selskabets assurandør af 19/8 2025:

"Det har jeg ikke oplyst [klageren] om, da forsikringsdækningerne først ville træde i kraft, når helbredsoplysningerne var godkendt af vores lægekontor.

Af vedhæftede mail fra 09.03.2021 fremgår det også, at ikrafttrædelse, samt overførsel af eksisterende ordninger, afventer færdigbehandling af [klagerens] helbredsoplysninger."

Nævnet udtaler:

Klageren modtog den 23/12 2020 et pensionsforslag, som klageren underskrev samme dag. Klageren afgav herefter helbredsoplysninger, som selskabet sendte til Videntcenter for Helbred & Forsikring. På baggrund af klagerens helbredsoplysninger meddelte selskabet den 15/1 2021, at selskabet ikke kunne tilbyde klageren at oprette de ønskede dækninger. Klageren fik derfor en pensionsordning uden erhvervsevnetabsdækning. Klageren mente, at de registrerede helbredsoplysninger ikke var korrekte, og klageren udfyldte herefter nye helbredsoplysninger. Selskabet anmodede den 24/6 2021 klageren om at indsende en continuationserklæring. Den 19/7 2021 rykkede selskabet for continuationserklæringen. Klageren var til undersøgelse hos egen læge den 26/7 2021 for en knude i brystet, hvor klageren blev henvist til mammografiambulatoriet. Den 28/7 2021 kontaktede klageren lægen, fordi hun først havde fået en tid den 22/9 2021. Klagerens læge kontaktede hospitalet, hvorefter klageren blev sat på venteliste. Den 28/7 2021 modtog selskabet den af klageren underskrevne continuationserklæring. Den 30/7 2021 meddelte selskabet, at forsikringen kunne tilbydes med forhøjet præmie og klausul. Selskabet

Ankenævnet for Forsikring

21.

102807

fremsendte den 2/8 2021 en dækningsoversigt, der gjaldt fra den 1/8 2021. Klageren fik foretaget mammografien den 3/8 2021. Den 9/8 2021 accepterede klageren den tilbudte forsikring. Den 10/8 2021 var klageren på sygehuset, hvor hun blev henvist til kemobehandling. Den 24/11 2023 indgav klageren ansøgning om erhvervsevnetabsdækning på grund af senfølger efter kræftbehandling, idet hun havde været delvist uarbejdsdygtig siden den 3/8 2021. Selskabet forelagde sagen for Videntcenter for Helbred og Forsikring, der vurderede, at forsikringen ikke kunne være tegnet på normale vilkår, hvis selskabet havde haft kendskab til de fortiede oplysninger. Selskabet annullerede derfor erhvervsevnetabsdækningen og gruppelivsdækningerne ved død og kritisk sygdom blev nedsat til de basisdækninger, der kunne tegnes uden afgivelse af helbredsoplysninger.

Klageren ønsker nævnets stillingtagen til, om klagen er egnet til nævnsbehandling. Klageren har i den forbindelse anført, at det vil være relevant med parts- og vidneforklaringer fra klageren, klagerens læger og selskabets assurandør. Klageren har anført, at hun i forbindelse med overdragelsen af "forsikringsdækningen fra [klagerens andet pensionsselskab] til Alm. Brand [har] haft gentagne telefoniske drøftelser med den pågældende assurandør, Det gøres gældende, at disse samtaler er af afgørende betydning for sagens oplysning, herunder i forhold til, hvornår klager havde en berettiget forventning om, at der var indgået en forsikringsaftale, hvilket har betydning for, hvornår en eventuelt god eller ond tro skal foreligge ved klager. Det er disse telefonsamtaler som assurandør ... skal afgive vidneforklaring om".

Klageren ønsker primært, at hun "har krav på forsikringsdækning for præmiefritagelse og invaliderente i henhold til forsikringsbetingelserne i ordningen i henhold til antagelsesbrev af den 11. januar 2021 og dækningsoversigt af samme dato med forsikringsbetingelser og at foretage skadebehandling af den modtagne anmeldelse". Subsidiært ønsker klageren, at hun "er omfattet forsikringsvilkår i dækningsoversigt af den 02. august 2021 med forsikringsbetingelser og at foretage skadebehandling af den modtagne anmeldelse".

Klageren har anført, at hun ikke har afgivet urigtige oplysninger, og at "forsikringsaftale er slut-tet, da klager afsender meddelelse om, at det fremsendte tilbud kan accepteres dvs. den 5. ja-nuar 2021 og senest den 30. juli 2021, jf. forsikringsaftalelovens § 11. Det bestrides, at indkla-gedes ansvar løber frem til selskabets accept (dækningsoversigt/police)". Klageren har anført, at hun ikke bærer risikoen for den lange periode frem til selskabets endelige bekræftelse, og at selskabet derfor skal lægge helbredsoplysninger fra juni til grund. Klageren har henvist til ken-delse 74211. Klageren har anført, at egen læge den 26/7 2021 vurderede, at der umiddelbart ikke var tegn på kræft, at hun først den 10/8 2021 fik viden om brystkræft, og at hun ikke har haft anledning til eller pligt til at orientere selskabet om kræftsygdommen.

Selskabet har anført, at klageren har afgivet urigtige oplysninger i forbindelse med tegningen af forsikringerne, og at selskabet har været berettiget til at annullere erhvervsevnetabsdæknin-gen, idet der enten foreligger uagtsomt afgivne urigtige helbredsoplysninger efter forsikringsaf-talelovens §§ 5-6 eller groft uagtsomt udeladte helbredsoplysninger efter forsikringsaftalelo-vens § 7. Selskabet har anført, at klager blev oplyst, at forsikringen først ville dække, når hun havde indsendt de ønskede helbredsoplysninger. Selskabet har anført, at klageren burde have oplyst om knuden og de foretagne undersøgelser i forbindelse med indsendelsen af kontinuati-onserklæringen eller i hvert fald senest den 9/8 2021, hvor hun accepterede den tilbudte pen-sionsordning og pensionsaftalen blev indgået. Selskabet har anført, at der forelå en ekstraordi-nær situation, hvor klageren netop havde fået kendskab til en væsentlig mistanke om en døde-lig sygdom, som klageren – som følge af sin familiære disposition – havde et særligt kendskab til, og at klageren var i et igangværende kræftforløb med en forestående mammografi, som klageren havde kontaktet sin egen læge for at få fremskyndet. Selskabet har anført, at klageren burde have indset, at oplysningerne var af væsentlig betydning for selskabet. Selskabet har med vurderingen for Videntcenter for Helbred & Forsikring sandsynliggjort, at klageren ikke ville kun-net have oprette erhvervsevnetabsforsikring, hvis selskabet havde haft kendskab til de fortiede forhold.

Ankenævnet for Forsikring

23.

102807

Selskabet har oplyst, at klageren havde en erhvervsevnetabsforsikring i et andet pensionselskab, der blev opsagt den 16/8 2021, hvilket var efter klagerens accept af selskabets tilbud den 9/8 2021. Hvis klageren havde oplyst om sin tumor, havde selskabet ikke givet tilbud om forsikringer, og så var forsikringerne i andet pensionsselskab ikke blevet opsagt.

Det fremgår af selskabets pensionsforslag af 23/12 2020, at "hvis du accepterer pensionsforslaget, behøver vi nogle oplysninger om dit helbred. Når vi har modtaget alle de nødvendige oplysninger, vurderer vi, om din pensionsordning kan accepteres på normale vilkår".

Det fremgår af vedlagte acceptblanket til brevet af 23/12 2020, at "... accepterer jeg, at min ordning i første omgang bliver oprettet som et opsparingsprodukt uden forsikringsdækninger".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 15/1 2021, at "dine helbredsoplysninger har nu været forelagt Videntcenter for Helbred og Forsikring. Du er registreret i Videntcenter for Helbred og Forsikring i december 2020 af et andet selskab. Af denne registrering fremgår det at du tidligere har haft symptomer på depression ... og at du for nylig har haft symptomer på stress. Det fremgår også at du har migræne med aura samt at du har haft nakke- og knægener. Ovennævnte oplysninger har betydning for din forsikring og betyder at vi ikke kan tilbyde dig de ønskede dækninger".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 3/5 2021, at "din anmodning om livs-/pensionsforsikring har været forelagt selskabets læge, som udbeder sig yderligere helbredsoplysninger. Årsagen er, at du skal bekræfte, at dine helbredsforhold ikke er ændrede siden den sidst afgivne helbredserklæring. Følgende skemaer bedes returneret i udfyldt, dateret og underskrevet stand inden 14 dage: Kontinuationserklæring. ... Vi kan ikke fastsætte forsikringens antagelsesvilkår (helbredsvurdering), før alle spørgsmål er besvaret. Forsikringsdækningen træder først i kraft, når der er foretaget en vurdering af dit helbred".

Ankenævnet for Forsikring

24.

102807

Det fremgår af selskabets assurandørs mail til klageren af 9/3 2021, at "overførslerne fra de tidligere selskaber flytter vi først, når de nye ordninger er på plads hos os".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 24/6 2021, at "din anmodning om livs-/pensionsforsikring har været forelagt selskabets læge, som udbeder sig yderligere helbredsoplysninger. Årsagen er, at du skal bekræfte, at dine helbredsforhold ikke er ændrede siden den sidst afgivne helbredserklæring. Følgende skemaer bedes returneret i udfyldt, dateret og underskrevet stand inden 14 dage: Kontinuationserklæring. ... Vi kan ikke fastsætte forsikringens antagelsesvilkår (helbreds vurdering), før alle spørgsmål er besvaret. Forsikringsdækningen træder først i kraft, når der er foretaget en vurdering af dit helbred".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 19/7 2021, at selskabet rykker for kontinuationserklæringen, og at "da forsikringen ikke yder den ønskede dækning, før vi har fastsat forsikringens antagelsesvilkår (helbreds vurdering), beder vi dig derfor indsende de udbedte helbredsoplysninger hurtigst".

Det fremgår af journal fra klagerens læge af 26/7 2021, at "knude mamma, fundet ved selvpalpation. Fundet ved tilfælde for ca. 14 dage siden. Ikke oplagt ændret i denne tid. Har tidl oplevet hævelse i mælkekirtler relateret til cyklus, men aktuelle er anderledes. Disponeret [klagerens familiemedlem2] har haft brystkræft men OP med godt resultat. [Klagerens familiemedlem1] død af brystkræft. Ikke flåd. Ikke smerter. Holder vægten. Ikke træthed. Mammae obj. Ikke hudforandringer på areola, ikke papilindtrækninger, ikke hudindtrækninger, ikke peu d'orange eller ulcerationer. Tumorbeskrivelse: sv.t. ve mamma, kl. 2, 8 cm fra papillen palperes en måske 1,5 cm stor udfyldning denne lokaliseret i lidt større område der vurderes fast. Dette er frit forskydeligt ift underlag/thoraxvæg. Fast/elastisk. Mhp. at udelukke malignitet henvises til mamma amb på ... Sygehus. Pt tryk ved plan og kontakter UT hvis ikke modtaget indkaldelse inden for en uge".

Ankenævnet for Forsikring

25.

102807

Det fremgår af klagerens besked til klagerens læge af 28/7 2021, at "jeg har nu modtaget indkaldelse til mammografi på ... Sygehus, men desværre først d. 22. september. Jeg har forsøgt at ringe til visitationen for en tid på privathospital, men grundet sygeplejerskernes konflikt, kan jeg forvente lang svartid. Jeg vil lige være sikker på, at du synes det er ok, jeg venter med undersøgelse til 22/9?"

Det fremgår af kontinuationserklæring udfyldt af klageren den 8/7 2021, der er modtaget af selskabet den 28/7 2021, at klageren har svaret nej til spørgsmålet "har du konsulteret, været undersøgt eller behandlet af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog eller anden behandler siden den sidst afgivne helbredserklæring?"

Det fremgår af journal fra klagerens læge af 30/7 2021, at "Tk røntgen afd ... Først konf. Radiolog Derfra stilles om til lægesekr. ... Ud fra lægelig vurdering på afdelingen ses pt som anført 22/9. Pt sættes på deres afbudsliste mhp. hurtigere tid. Pt tryk ved dette".

Det fremgår af selskabets brev til klageren af 30/7 2021, at "dine helbredsoplysninger har nu været forelagt Videncenter for Helbred og Forsikring, der har vurderet, at forsikringen kan tilbydes mod forhøjet præmie og med klausul. ... Vi beder dig venligst meddele os, om du stadig er interesseret ved at markere dette på svarblanketten. Vi beder dig returnere svarblanketten inden 14 dage fra dags dato".

Det fremgår af svarblanket underskrevet af klageren den 9/8 2021, at klageren ønsker forsikringen med de anførte forsikringsvilkår med klausul og præmiestigning, og at klageren ønsker overførsel fra sit andet pensionsselskab.

Det fremgår af journal fra hospitalet af 10/8 2021, at der den 3/8 2021 er "foretaget klinisk mammografi hvor man svarende til palpationsfundet kl. 1 B i venstre mamma finder en 21 x 14 mm BIRAD5 tumor. ... Ved røntgen-konf d.d. besluttet at patient skal henvises til neoadjuverende kemoterapi".

Ankenævnet for Forsikring

26.

102807

Det fremgår af risikovurdering ved personforsikring fra Videncenter for Helbred & Forsikring af 15/2 2024, at "de fremsendte helbredsoplysninger er gennemgået af den lægelige komite i Videncenter for Helbred & Forsikring. Havde oplysningerne foreligget på tegningstidspunktet, ville komiteen have vurderet forsikringsrisikoen pr. 01-08-2021 til: Dødelighed: Opsat Invaliditet: Opsat".

Det fremgår af intern mail fra selskabets assurandør af 19/8 2025, at "det har jeg ikke oplyst [klageren] om, da forsikringsdækningerne først ville træde i kraft, når helbredsoplysningerne var godkendt af vores lægekontor. Af vedhæftede mail fra 09.03.2021 fremgår det også, at ikrafttrædelse, samt overførsel af eksisterende ordninger, afventer færdigbehandling af [klagerens] helbredsoplysninger".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at afvise at behandle sagen i henhold til § 4 i nævnets vedtægter.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren ikke har sandsynliggjort, at selskabets assurandør i mail af 19/8 2025 har lovet, at forsikringen træder i kraft på et bestemt tidspunkt, herunder inden selskabets vurdering af klagerens helbredsoplysninger. Nævnet bemærker, at formodningen er imod, at en assurandør skulle give et sådant tilsagn.

Nævnet har videre lagt vægt på, at det ikke kan anses for nødvendigt med en vidneforklaring fra klagerens læge.

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at give klageren medhold i sin primære påstand, idet klageren ikke havde en erhvervsevnetabsforsikring hos selskabet i januar 2021.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af selskabets pensionsforslag af 23/12 2020, at selskabet vil vurdere, om pensionsordningen kan accepteres på normale vilkår efter

Ankenævnet for Forsikring

27.

102807

modtagelsen af nødvendige helbredsoplysninger, og at det fremgår af vedlagte acceptblanket, at "... accepterer jeg, at min ordning i første omgang bliver oprettet som et opsparingsprodukt uden forsikringsdækninger".

Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren den 15/1 2021 modtog en dækningsoversigt uden forsikringsdækning ved tab af erhvervsevne.

Spørgsmålet er herefter, om selskabet har været berettiget til at annullere erhvervsevnetabsdækningen med tilbagevirkende kraft, der fremgår af dækningsoversigten gældende fra 1/8 2021.

Nævnet finder, at klageren i forbindelse med oprettelsen af forsikringsdækningerne undlod at give selskabet relevante risikooplysninger. Nævnet finder, at klagerens undladelse heraf må tilregnes hende som groft uagtsomt. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har ophævet erhvervsevnetabsforsikringen med tilbagevirkende kraft, jf. forsikringsaftalelovens § 7, og at selskabet har afvist at dække klagerens tab af erhvervsevne.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren flere gange skriftligt fik oplyst, at forsikringsdækningen først trådte i kraft, når der var foretaget en vurdering af klagerens helbred, og at det fremgår af selskabets rykker for continuationserklæringen den 19/7 2021, at forsikringen ikke ydede den ønskede dækning, før selskabet havde fastsat forsikringens antagelsesvilkår (helbreds vurdering).

Nævnet har også lagt vægt på klagerens oplysning om, at hun i juni/juli 2021 blev opmærksom på en knude i brystet, og at det fremgår af journal fra klagerens læge af 26/7 2021, at klageren havde fundet en knude i brystet for ca. 14 dage siden, og at klageren blev henvist til mamмоgrafi med henblik på at udelukke kræft.

Ankenævnet for Forsikring

28.

102807

Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren kontaktede egen læge, da hun først havde fået en tid til mammografi i september måned, og at lægen den 30/7 2021 fik sat klageren på en afbudliste, hvilket klageren var tryk ved.

Nævnet har derudover lagt vægt på, at klageren fik mistanke om brystkræft inden oprettelsen af erhvervsevnetabsforsikringen, og at mistanken opstod på et tidspunkt, hvor klageren måtte være klar over, at selskabet ikke havde tilendebragt sin helbredsbedømmelse.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på forløbet, hvor klageren indledningsvist – i januar 2021 – fik afslag på erhvervsevnetabsforsikringen på grund af helbredsoplysninger, og at klageren derfor burde være bekendt med, at helbredsoplysninger – herunder mistanke om alvorlig sygdom – var afgørende for selskabets antagelsesvilkår.

Nævnet bemærker, at det fremgår af klagerens ansøgning af 24/11 2023 om dækning ved tab af erhvervsevne, at klageren har været delvis uarbejdsdygtig siden 3/8 2021 og dermed inden klagerens accept af forsikringen den 9/8 2021.

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.



Hans-Jørgen Nymark Beck