

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 24. september 2025 blev i sag nr. 103519:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 22/5 2025 samt i vedlagte bilag har klageren bl.a. anført:

"Selskabet anerkender ikke min sygdom som kritisk sygdom. Dette til trods for at andre selskaber anerkender sygdommen so kritisk.
Yderligere argumentation kan eftersendes hvis ønsket.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At selskabet omstøder sit afslag.

...

Jeg har fået diagnosticeret **Dystrofia Myotonica Type 1**, en progressiv og alvorlig neuromuskulær sygdom, der har væsentlig indflydelse på min livskvalitet og funktionsevne. Jeg anmeldte sygdommen til mit forsikringsselskab under min dækning for kritisk sygdom, men fik afslag den 14. april 2025. Selskabet begrundet afslaget med, at sygdommen ikke er nævnt på deres dækningsliste.

Jeg finder afslaget urimeligt, da Dystrofia Myotonica Type 1 er en veldokumenteret, alvorlig og invaliderende sygdom, som i praksis medfører betydelige helbredsmæssige og sociale konsekvenser. Sygdommen er arvelig, progredierende og påvirker både muskelstyrke, hjertefunktion og andre organsystemer.

Det bør ikke være op til det enkelte forsikringsselskab alene at definere, hvilke sygdomme der er 'kritiske'. En sådan vurdering bør i stedet baseres på objektive, lægefaglige kriterier, herunder sygdommens alvor, konsekvenser og prognose. Når selskaber opstiller deres egne snævre diagno-

Ankenævnet for Forsikring

2.

103519

selister uden plads til konkret, individuel vurdering, risikerer man, at alvorligt syge kunder stilles uden dækning, blot fordi deres sygdom ikke er navngivet i selskabets vilkår.

Jeg skal desuden gøre opmærksom på, at **flere andre danske forsikringsselskaber anerkender og dækker Dystrofia Myotonica Type 1** som en kritisk sygdom under tilsvarende dækninger. Det understreger, at det ikke er en usædvanlig eller tvivlsom diagnose, men én som anerkendes bredt som dækningsberettiget. Det virker derfor vilkårligt og uretfærdigt, at mit nuværende selskab vælger at undtage denne alvorlige lidelse fra dækning, uden en konkret og individuel vurdering.

Jeg har klaget til forsikringsselskabet, men de har fastholdt afslaget. Jeg vedlægger deres afgørelse, min oprindelige anmeldelse samt lægelig dokumentation for min diagnose."

Selskabet har den 24/6 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Vedlagt er 'Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring' og forsikringsbetingelser for 'Dækning ved visse kritiske sygdomme', der begge var gældende på diagnosetidspunktet i 2021. Forsikringsbetingelserne vedlægges som bilag A hhv. bilag B.

Det fremgår af § 1 i bilag A, at forsikringsaftalen består af gruppelivsaftalen og de i bilag A nævnte forsikringsbetingelser. Efter stk. 2 kan forsikringsbetingelserne være fraveget ved bestemmelser, der er anført i gruppelivsaftalen, og som aftalt mellem selskabet og forsikringstageren, jf. § 3 d.

Efter § 2, stk. 1 i bilag A fremgår, at gruppelivsaftalen indeholder de overordnede bestemmelser om de forsikrede/gruppemedlemmerne, disses indtræden og udtræden af gruppelivsforsikringen samt forsikringsdækningernes omfang mv. I stk. 2 fremgår, at gruppelivsaftalen kan omfatte følgende: [...] e) Dækning ved gruppemedlemmets kritiske sygdom [...] og efter stk. 3 er det anført, at 'Kritisk sygdom dækkes efter FG's bestemmelser om: Dækning ved visse kritiske sygdomme'.

Gruppelivsaftalen er indgået mellem ... og selskabet. Uddrag af gruppelivsaftalen vedlægges som bilag C, hvor det er anført i § 2, stk. 4 om 'Forsikringsdækningernes omfang':

'Hvis et gruppemedlem får diagnosticeret en dækningsberettiget kritisk sygdom, som angivet i forsikringsbetingelser for 'Dækning ved visse kritiske sygdomme' inden udgangen af den måned, hvor gruppemedlemmet fylder 68 år, udbetales en sum ved kritisk sygdom.

Efter udbetaling af en sum ved kritisk sygdom gælder dækningen fortsat, jf. § 3 b i forsikringsbetingelser for 'Dækning ved visse kritiske sygdomme'.

Den udbetalte sum ved kritisk sygdom fratrækkes i en eventuel senere forfalden dødsfaldssum, hvis dødsfaldet sker mindre end 3 måneder efter, at diagnosen for en kritisk sygdom er stillet.'

I § 11 i bilag C er oplistet de forsikringsbetingelser, som er gældende for gruppelivsaftalen og hvorvidt forsikringsbetingelserne er fraveget. Det er efter bestemmelsen udelukkende 'Forsikringsbetingelser for Gruppelivsforsikring', der er fraveget i gruppelivsaftalen. Forsikringsbetingelserne 'Dækning ved visse kritiske sygdomme' er således ikke fraveget, og disse forsikringsbetingelser dækker derfor i deres helhed.

Det fremgår af bilag D, at forsikrede 9. april 2024 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, fordi forsikrede havde fået diagnosticeret en sygdom under bestemmelsen 'Visse muskel- og nervesygdomme'.

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

I bilag B er oplistet de diagnoser, der er omfattet af 'Dækning ved visse kritiske sygdomme', som efter § 1 omfatter de sygdomme, planlagte- eller gennemførte operationer eller følger efter en sygdom, der er nævnt i § 7 A-Y. De oplistede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/ behandlinger/følger, der giver ret til udbetaling. Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbetaling for, eksplicit er nævnt på listen og de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt i forsikringstiden.

Diagnosekravet, der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt efter § 7 J, Visse muskel- og nervesygdomme, er:

- *Progressiv muskeldystrofi af en af typerne:*
 - *Facio-/scapulo-/humeral dystrofi*
 - *Limb-girdle muskeldystrofi*
 - *Myastenia gravis*
 - *Hereditær motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charcot-Marie-Tooth), eller*
 - *Inklusionslegememyositis*
- *Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge eller speciallæge i reumatologi har stillet en af de dækkede diagnoser.*

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet efter § 7 J, modtog vi journaloplysninger fra Neurologisk Afdeling og Klinisk Genetisk Ambulatorium ..., der vedlægges som bilag E.

Det fremgår af journaloplysningerne i 'Primær journal' på side 3, at klager via Klinisk Genetisk Afdeling fik diagnosticeret dystrophia myotonica type 1 i 2021, samt at klager var henvist til kontrolforløb på Neurologisk Ambulatorium.

Dystrophia myotonica type 1 er en arvelig muskelsvindssygdom, der svækker flere forskellige muskler, samt kan påvirke andre organer i kroppen. På diagnosetidspunktet var klager velbefindende, var fysisk aktiv, og klager havde ikke oplevet problemer med muskelstyrken.

Det fremgår desuden i journalen, at bortset fra cataract (grå stær) og øget træthed, havde klager ikke symptomer på sygdommen.

På baggrund af ovenstående gennemgang af journaloplysningerne er det selskabets vurdering, at betingelsen for udbetaling efter § 7 J ikke er opfyldt, fordi klager ikke har fået diagnosticeret en sygdom, som er omfattet af listen af sygdomme, der er dækket efter bestemmelsen.

Selskabet fastholder, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom efter § 7 J, hvilket selskabet meddelte klager 23. april 2024, 23. maj 2024 og 11. juni 2024. Afgørelserne vedlægges som bilag F.

Klager anfører i klagen, at det ikke bør være det enkelte forsikringsselskab, der alene definerer hvilke sygdomme der er kritiske, men at en sådan vurdering i stedet skal baseres på objektive, lægefaglige kriterier, herunder sygdommens alvor, konsekvenser og prognose, så der gives mulighed for individuelle vurderinger.

Selskabets forsikring ved visse kritiske sygdomme er baseret på almindelige forsikringsprincipper, således at der kun udbetales, når forsikringsbetingelserne er opfyldt. Hensigten med forsikringen er at give et stort antal forsikrede adgang til dækning ved kritiske sygdomme, primært afgrænsede

kræft- og hjertesygdomme. For at forsikringen kan administreres på en fornuftig måde, og der kan fastsættes en lav præmie, er det nødvendigt at afgrænse de dækkede sygdomme. Det er således ikke alle sygdomme, som er kritiske for den forsikrede, der giver ret til udbetaling.

Derudover er det fast praksis og branchekutyme, at de enkelte livs- og pensionselskaberne selv beslutter, hvilke kritiske sygdomme forsikringen dækker.

Det af klager anførte, kan ikke føre til et andet resultat."

Klageren har i brev af 28/6 2025 til nævnet bl.a. anført:

" 1. Diagnostisk klassifikation og vurdering af sygdommens karakter

Det fremgår af de fremlagte journaloplysninger, at jeg er diagnosticeret med **dystrophia myotonica type 1**, en dokumenteret arvelig muskelsvindssygdom med multisystemisk påvirkning, herunder progressiv muskeldegeneration. Der er tale om en alvorlig og livsbegrænsende sygdom, som bør omfattes af dækningen for 'visse muskel- og nervesygdomme'.

I forsikringsbetingelsernes § 7 J fremgår det, at diagnoser som *Facio-/scapulo-/humeral dystrofi* og *Limb-girdle muskeldystrofi* er dækket. Dystrophia myotonica type 1 tilhører samme kategori af **progressive, genetisk betingede neuromuskulære sygdomme**, og det er svært forståeligt, hvorfor netop denne sygdom skulle være undtaget – især når den er veldokumenteret, diagnosticeret af relevant speciallæge, og med et veldokumenteret sygdomsbillede.

2. Lægefaglig ligestilling og mangel på saglig afgrænsning

Det fremgår af selskabets svar, at forsikringen er udformet med en 'udtømmende liste' af diagnoser. Imidlertid baseres afgrænsningen ikke på saglige lægefaglige kriterier, men på administrative hensyn, som efterlader alvorligt syge forsikringstagere uden dækning, alene fordi deres diagnose ikke står i en navngiven opremsning.

Der findes i Danmark en instans, der netop har til formål at sikre objektiv og lægefagligt funderet vurdering i denne type sager – nemlig **Videncenter for Helbred og Forsikring**, som er en uafhængig og selvstændig organisation. Forsikringsselskaber har mulighed for at indhente vurderinger fra Videncentret i komplekse medicinske forsikringssager, hvor det er vanskeligt at afgøre, om en konkret sygdom falder inden for forsikringsdækningen. I en sag som nærværende – hvor der er tale om en veldokumenteret og alvorlig neuromuskulær sygdom – havde det været oplagt at inddrage en sådan ekstern vurdering. Ønskes yderligere information henvises til www.helbredogforsikring.dk.

Det savnes, at selskabet har indhentet eller henvist til en uafhængig medicinsk vurdering, hvilket efterlader indtrykket af, at vurderingen alene er administrativ og ikke funderet i lægefaglig objektivitet.

3. Uklarhed i betingelserne og manglende transparens Det er uklart for menige forsikringstagere, at der ikke kan foretages nogen som helst individuel vurdering – især når der er tale om alvorlige lidelser, som objektivt set lever op til de kliniske og funktionelle kriterier for, hvad der må betegnes som en kritisk sygdom. Dette rejser spørgsmål om **manglende transparens og rimelig forventningsafstemning** mellem selskabet og dets medlemmer.

4. Oplysninger om helbred og sygdommens påvirkning

Selskabet anfører, at jeg på diagnosetidspunktet var 'velbefindende og fysisk aktiv'. Det må bemærkes, at det ikke fremgår af forsikringsbetingelserne, at graden af funktionsnedsættelse er et krav for dækning. Den diagnostiske konstatering af en dækket sygdom hos relevant speciallæge må være tilstrækkelig. At symptomerne ved sygdommens opdagelse er milde, bør ikke i sig selv kunne begrunde afslag, især når sygdommen er **progrederende** og uhelbredelig.

5. Afsluttende bemærkninger

Jeg skal derfor opfordre Ankenævnet til at tage stilling til, om ikke den diagnosticerede sygdom – dystrophia myotonica type 1 – må betragtes som **værdigt sidestillet** med de nævnte sygdomme i § 7 J, og at en alt for snæver og ordret fortolkning af dækningslisten **ikke bør blokere for rimelig erstatning** til alvorligt syge forsikrede.

Jeg håber, at sagen vil blive behandlet med blik for den lægefaglige realitet og forsikringens formål: at yde tryghed og støtte i en vanskelig livssituation."

Selskabet har i brev af 22/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget klagers bemærkninger, hvor klager blandt andet fremfører, at sagen burde være forelagt Videntcenter for Helbred og Forsikring til ekstern vurdering, fordi Videntcenter for Helbred og Forsikring bl.a. vurderer sager, hvor det er vanskeligt at afgøre, om en konkret sygdom falder ind under forsikringsdækningen.

Som tidligere nævnt dækker forsikringen de diagnoser, der er oplistet i forsikringsbetingelserne 'Dækning ved visse kritiske sygdomme', som efter § 1 omfatter de sygdomme, planlagte- eller gennemførte operationer eller følger efter en sygdom, der er nævnt i § 7 A-Y.

De oplistede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/behandlinger/følger, der giver ret til udbetaling, hvilket betyder, at der ikke foretages individuelle vurderinger af diagnoser, der falder udenfor dækningsomfanget, uanset om en diagnose kan sidestilles med en af de dækkede diagnoser.

Da selskabet ikke foretager individuelle vurderinger, samt at klagers diagnose dystrophia myotonica

type 1 ikke er omfattet af dækningsomfanget efter § 7 J, ses behovet for forelæggelse for Videntcenter for Helbred og Forsikring ikke at være til stede.

Klager fremfører også, at diagnosen dystrophia myotonica type 1 må betragtes som en kritisk sygdom, og der således må rejses et spørgsmål om manglende transparens og rimelig forventningsafstemning mellem selskabet og de forsikrede.

Selskabets forsikring ved visse kritiske sygdomme er baseret på almindelige forsikringsprincipper, således at der kun udbetales, når forsikringsbetingelserne er opfyldt. Det er således ikke alle sygdomme, som er kritiske for den forsikrede, der giver ret til udbetaling.

Da diagnosen dystrophia myotonica type 1 ikke er specifikt nævnt i § 7 J, er selskabet ikke enig med klager i, at der foreligger manglende transparens og uklarhed i forsikringsbetingelserne.

Selskabet fastholder, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom efter § 7 J.

Det af klager yderligere anførte, kan ikke føre til et andet resultat."

Klageren har i brev af 28/7 2025 til nævnet bl.a. anført:

"1. Manglende individuel vurdering og afvisning af ekstern ekspertise

Selskabet anfører, at der ikke foretages individuelle vurderinger af diagnoser, der falder uden for dækningsomfanget, og at forelæggelse for Videncenter for Helbred og Forsikring derfor ikke findes

nødvendig. Det må dog anfægtes, at en sådan automatisk afvisning strider imod princippet om, at sager med tvivl om sygdommens karakter bør underlægges en ekstern og objektiv vurdering, navnlig når der – som i mit tilfælde – er tale om en alvorlig, livsvarig og invaliderende sygdom.

2. Dystrophia Myotonica type 1 som kritisk sygdom

Selskabet afviser, at diagnosen dystrophia myotonica type 1 kan give ret til udbetaling, da den ikke fremgår direkte af § 7 J. Det må dog anfægtes, at der i forsikringsbetingelserne ikke er tilstrækkelig tydelighed eller information, der informerer den forsikrede om, at denne sygdom – trods sin alvor – ikke er dækket. Dette rejser spørgsmål om både manglende transparens og rimelig forventningsafstemning.

3. Manglende præcisering i betingelserne

Det må være selskabets ansvar at informere klart om, hvilke alvorlige sygdomme ikke er dækket, især når sygdomme som dystrophia myotonica type 1 er kendt for at have betydelig påvirkning på livskvalitet og funktionsniveau. Dette skaber risiko for, at forsikrede ikke er i stand til at vurdere dækningsomfanget korrekt ved indgåelse af aftalen.

4. Anmodning om ekstern faglig vurdering

På denne baggrund fastholder jeg mit ønske om, at sagen forelægges for Videncenter for Helbred og Forsikring med henblik på en vurdering af, om diagnosen i sin karakter og virkning på patientens helbred kan sidestilles med de sygdomme, der fremgår af § 7.

Jeg beder Ankenævnet tage ovenstående i betragtning ved den videre behandling af sagen.

Desuden bedes Ankenævnet involvere sig mere end hidtil gjort. Dette grundet i, at det tyder på, at sagen ikke er i fremdrift, men blot er en dialog mellem anmelder og forsikringselskab. Jeg har

en klar forventning om, at Ankenævnet vil have en holdning til denne sag og også kan inddrage med tidligere erfaringer fra denne type sager."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Det fremgår af korrespondance notat fra klinisk genetisk afdeling af 6/8 2021 bl.a.:

"Ovennævnte patient er allerede henvist til Neurologisk Afd., idet han har fået konstateret dystrophia myotonica (mild type)."

Det fremgår af journal fra neurologisk afdeling af 16/11 2021 bl.a.:

"Patienten er henvist fra Klinisk Genetisk Afdeling med nydiagnosticeret dystrophia myotonica type 1.

Patienten er udredt grundet fund af muskeldystrofi hos ... Patienten selv har aldrig haft mistanke om at han havde denne sygdom."

Det fremgår af ansøgningen for udbetaling af visse kritiske sygdomme af 9/4 2024 bl.a.:

"Hvilken sygdom vil du søge om udbetaling for? Visse muskel- og nervesygdomme
Hvornår blev du syg? 1-8-2021."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnet i § 7 A-X.

Når en diagnose er stillet, som krævet i forsikringsbetingelserne, kan forsikringssummen udbetales.

...

§ 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstiden fremgår af gruppelivsaftalen.

...

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

...

J. Visse muskel- og nervesygdomme

Progressiv muskeldystrofi af en af typerne:

- Facio-/scapulo-/humeral dystrofi
- Limb-girdle muskeldystrofi
- Myastenia gravis
- Arvet motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charcot-Marie-Tooth), eller
- Inklusionslegememyositis

Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge har stillet en af de dækkede diagnoser."

Nævnet udtaler:

Klageren søgte den 9/4 2024 om udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, idet han fik diagnosen Dystrofia Myotonica Type 1. Selskabet har afvist dækning under henvisning til, at klageren ikke har fået stillet en diagnose, der fremgår af forsikringsbetingelsernes liste over dækningsberettigende diagnoser. Klageren ønsker udbetaling af engangssum, og at selskabet indhenter en uafhængig medicinsk vurdering.

Klageren har anført, at han har fået diagnosen stillet af en relevant speciallæge, og at Dystrophia myotonica type 1 tilhører samme kategori af progressive, genetisk betingede neuromuskulære sygdomme som Facio-/scapulo-/humeral dystrofi og Limbgirdle muskeldystrofi. Klageren har anført, at sagen bør forelægges Videntcenter for Helbred og Forsikring med henblik på at vurdere, om sygdommen kan sidestilles med de sygdomme, der er nævnt i § 7 j. Klager har anført, at andre kritiske sygdomsdækninger omfatter klagerens sygdom, og at det ikke bør være op til det enkelte forsikringsselskab at definere, hvilke sygdomme der er "kritiske". Klageren har anført, at selskabets afgrænsning ikke var baseret på saglige lægelige kriterier, men derimod på administrative hensyn, som ville efterlade alvorligt syge forsikringstagere uden dækning. Klageren har anført, at selskabet ikke har oplyst, at der ved dækningen ikke blev foretaget individuelle vurderinger, hvilket rejser tvivl om transparens og forventningsafstemning.

Selskabet har anført, at det afgørende for udbetaling fra en kritisk sygdomsdækning er, at diagnosen, der søges om udbetaling for, udtrykkeligt er nævnt på listen, og at de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt i forsikringstiden. Selskabet har anført, at dækningen følger almindelige forsikringsprincipper, og at der kun udbetales, når forsikringsbetingelserne er opfyldt. Selskabet har anført, at det er fast praksis og branchekutyme, at de enkelte livs- og pensionselskaberne selv beslutter, hvilke kritiske sygdomme forsikringen dækker.

Det fremgår af korrespondance notat fra klinisk genetisk afdeling af 6/8 2021, at klageren "har fået konstateret dystrofia myotonica (mild type)".

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringen dækker "de sygdomme/diagnoser, der er nævnet i § 7 A-X. Når en diagnose er stillet, som krævet i forsikringsbetingelserne, kan forsikringssummen udbetales. ... § 7. Ved kritisk sygdom forstås: ... J. Visse muskel- og nervesygdomme. Progressiv muskeldystrofi af en af typerne: Facio-/scapulo-/humeral dystrofi. Limb-girdle muskeldystrofi. Myastenia gravis. Hereditær motorisk sensorisk neuropati (tidligere kaldet Mb. Charcot-Marie-Tooth), eller Inklusionslegememyositis. Diagnosen anses for stillet, når en neurologisk speciallæge har stillet en af de dækkede diagnoser".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse, idet klagerens diagnose ikke er angivet som dækningsberettigende i forsikringsbetingelserne. Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at indhente en uafhængig medicinsk vurdering.

Nævnet har lagt vægt på de lægelige akter, hvor det fremgår, at klageren har fået diagnosticeret Dystrophia myotonica type 1.

Nævnet har videre henset til, at der ikke er fremlagt oplysninger, der understøtter, at klageren på andet grundlag skulle være bibragt en berettiget forventning om, at selskabet foretog individuelle vurderinger i forbindelse med vurderingen af kritisk sygdomsdækning.

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.

Ankenævnet *for* Forsikring

10.

103519

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings', is written over a light gray rectangular background.

Peter Thønnings