

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 5. august 2026 blev i sag nr. 103962:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Velliv, Pension og Livsforsikring A/S
Lautrupvang 10
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sygdomsdækning. I klageskema af 14/7 2025 har klageren bl.a. anført:

"Efter at jeg begyndte at få symptomer som hoste - åndenød, samt at jeg blev mere og mere træt, og skulle til at have mange pauser i løbet af dagen, får at kunne få luft. Jeg bestilte en tid hos min egen læge hos hvor at jeg fik en snak omkring de symptomer som jeg gik med, men fik bare af vide at det nok bare var lidt astma jeg havde, og fik lidt astma medicin med hjem, i form af en astma spy.

Efter at jeg ikke fik det bedre eller medicinhjælp fik jeg en ny tid, hvor at der ikke skedet mere, ud over at jeg bare skulle blive ved med medicin, efter 3 besøg fik jeg et rør med hjem som jeg skulle puste i flere gange om dagen, over en uges tid, selv om at jeg der var begyndt at få mere rund mave på.

Men efter 3 besøg var om fredagen og søndag kunne jeg næsten ikke få luft, ringet til lægevagten og blev sendt til [hospital] om aften/Nat, hvor at jeg fik afvinde, at hvis at jeg havde ventet i 1-2 dage mere var jeg nok død af dårligt hjerte som havde en hjertefunktion på 15 % (hjerteinsufficiens) og 12 Liter væske omkring mine lunger. Bliv derefter sendt til [hospital] i [by] på hjerteafdelingen, og var indlagt i flere dage derefter.

Nu er status at jeg stadig lider af hjerteinsufficiens og at jeg stadig ikke kan holde til at komme tilbage på arbejdet og at jeg har nu en hjertefunktion på 20% d.d.

I forbindelse med min sygdom har jeg indsendt en Ansøg om udbetaling ved kritiske sygdom og har fået afslag på dette. Den afgørelse som jeg har modtaget er jeg uenig i.

Ankenævnet for Forsikring

2.

103962

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At få udbetaling ved kritiske sygdom, da jeg ikke kan arbejde mere og kan heller ikke holde til at komme tilbage på arbejdet grundet min sygdom."

Selskabet har den 21/8 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager er utilfreds med Selskabets afslag på udbetaling fra forsikring ved visse kritiske sygdomme.

Selskabets afgørelse

Selskabet fastholder, at Klager ikke opfylder forsikringsbetingelserne § 2 D, og derfor kan der ikke ske udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme.

Aftalegrundlaget

Forsikringen ved visse kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af en engangssum, hvis Klager diagnosticeres med én af de sygdomme, der specifikt er nævnt i forsikringsbetingelserne (**Bilag A**).

Af forsikringsbetingelserne § 2 D – **Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile** – fremgår det, at der kan ske udbetaling, hvis der er tale om:

En tilstand med kronisk nedsat udrykningsfraktion (EF) i venstre ventrikel til 35% eller derunder, med funktionsbegrænsning i hvile (fx dyspnøe, træthed, palpitationer) og som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III eller IV, og hvor påvirkningerne er til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder.

Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor der er gennemført indoperation af et avanceret pacemaker-system (cardioverter defibrillator (ICD-enhed), biventrikulær pacemaker (CRT enhed) eller indsættelse af LVAD (HeartMate)).

Dækningen omfatter ikke indoperation af almindelig pacemaker.

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling eller af en kardiologisk speciallæge.

Sagsforløb

Den 1. oktober 2024 modtager Selskabet en ansøgning om udbetaling af visse kritiske sygdomme (**Bilag B**) fra Klager, hvor det fremgår, at Klager har en nedsat hjertefunktion. Han oplyser, at han har været indlagt på [hospital 1] og [hospital 2], og derfor indhenter Selskabet journaloplysninger fra disse hospitaler til vurdering af, om forsikringsbetingelserne er opfyldt.

Vi modtaget oplysningerne fra [hospital 2] den 3. oktober 2024 (**Bilag C**), og den 10. oktober 2024 modtager Selskabet oplysningerne fra [hospital 1] (**Bilag D**). Selskabet kan først efter, at Klager har været i behandling i 6 måneder, tage stilling til, om forsikringsbetingelserne er opfyldt. Dette oplyser vi Klager om i brev af 21. oktober 2024 (**Bilag E**)

Den 8. april 2025 modtager Selskabet journaloplysninger fra [hospital 3] (**Bilag F**), hvor det fremgår, at Klager indlægges den 23. september 2024 med tiltagende åndenød over de sidste måneder. Han får åndenød selv ved mindre anstrengelser og svært ved at sove i fladtliggende stilling. Ekkokardiografi viser en nedsat LVEF til kun ca. 15%, og venstre ventrikel er dilateret og hypertrofisk. Han bliver sat i hjertemedicinsk behandling.

Den 28. november 2024 bliver der fundet fortsat betydelig nedsat hjertepumpefunktion med LVEF på 7 %. Den 2. januar 2025 bliver medicinen justeret igen, efter Klager bliver indlagt og udvikler lever og nyreinsufficiens.

Idet medicinen bliver justeret igen den 2. januar 2025, så udskyder Selskabet vurderingen af, om forsikringsbetingelserne er opfyldt i henhold til § 2 D. Dette oplyser vi til Klager i brev af 22. april 2025 (**Bilag G**).

Den 4. juli 2025 modtager Selskabet oplysninger fra [hospital 3] (**Bilag H**). På baggrund af oplysningerne vurderer Selskabet, at Klager ikke opfylder forsikringsbetingelserne, hvilket vi informere Klager om i brev af 14. juli 2025 (**Bilag I**).

Samme dag henvender Klager sig til den klageansvarlige i Selskabet, i det han er i uenig i vores afgørelse (**Bilag J**).

Den 15. juli 2025 modtager Klager et brev fra Selskabets klageansvarlige, hvor vi fastholder vores afgørelse (**Bilag K**).

Selskabets vurdering

Klager har ret til udbetaling efter forsikringsbetingelserne §2 D, **Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile**, hvis følgende er opfyldt:

En tilstand med kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel til 35% eller derunder, med funktionsbegrænsning i hvile (fx dyspnø, træthed, palpitationer) og som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III eller IV, og hvor påvirkningerne er til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder.

Dækningen omfatter desuden tilfælde, hvor der er gennemført indoperation af et avanceret pacemaker-system (cardioverter defibrillator (ICD-enhed), biventrikulær pacemaker (CRT enhed) eller indsættelse af LVAD (HeartMate)).

Dækningen omfatter ikke indoperation af almindelig pacemaker.

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling eller af en kardiologisk speciallæge.

Det er altså afgørende for, at der kan ske en udbetaling efter forsikringsbetingelsernes §2 D, at de bliver fundet en kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 35% eller derunder, **og** samtidig skal Klager have funktionsbegrænsning i hvile, så som dyspnø, træthed, palpitationer (hjerteranken), som forværres ved enhver form for aktivitet. Påvirkningerne skal være til stede i 6 måneder på trods af behandling.

Af journaloplysningerne (**Bilag H**) fremgår der følgende:

'22. januar 2025: Føler sig ikke begrænset af åndenød. Heller ikke ortopnø (åndenød i liggende stilling, som lindres ved at sidde eller stå op). Ingen brystmerter'

[..]

16. maj 2025:

'Nedsat EF på 20%. Er ophørt med at drikke alkohol. Mærker klar bedring. De har et mindre [erhverv].'

[...]

'Han kan mere derhjemme og tager fat, uden at han bliver særlig forpustet.'

[...]

'Klar fremgang Der er potentiale for, at hjertepumpefunktionen kan blive meget bedre ved alkoholabstinens og den aktuelle hjertemedicin.'

Selskabets medicinske lægekonsulent vurderer, at Klager har en EF på mindre end 35%, men det fremgår af journaloplysningerne, at Klager har fået det væsentlig bedre under den hjertemedicinske behandling. Der beskrives i journaloplysningerne, at Klager ikke har bryst smerter. Han er ikke begrænset af åndenød, og han bliver ikke særlig forpustet, når han tager fat. Der er således ikke i journaloplysningerne beskrevet svære funktionelle begrænsninger ved almindelig gang eller i hvile.

Selskabet mener derfor ikke, at der foreligger tilstrækkelig dokumentation for, at Klager opfylder begge kriterier i forsikringsbetingelserne § 2D.

Selskabet er blevet opmærksom på, at vi i brev af 14. juli 2025 (**Bilag I**) både har henvist til forsikringsbetingelserne pr. 1. januar 2022 (**Bilag A**) og forsikringsbetingelserne pr. 1. januar 2025, som Klager har vedhæftet i sin klage til Ankenævnet for Forsikring. Dette er desværre en fejl.

Diagnosen – Kronisk hjertesvigt - er stillet i september måned 2024, og derfor er Klager omfattet af forsikringsbetingelserne gældende pr. 1. januar 2022.

Klager vil ikke opfylde forsikringsbetingelserne gældende fra 1. januar 2025.

Selskabet kan oplyse, at det ikke er afgørende for en udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme, at Klager ikke længere er i stand til at komme tilbage på arbejde på grund af sygdommen. Selskabet anerkender, at Klager er syg, og Selskabet har også vurderet, at betingelserne for fritagelse for indbetaling er opfyldt.

I forhold til spørgsmålet om udbetaling af forsikringen ved visse kritiske sygdomme er det afgørende, om forsikringsbetingelserne, i dette tilfælde §2 D, er opfyldt, hvilket vi fortsat ikke mener er tilfældet, og derfor fastholder vi, at der ikke kan ske udbetaling af forsikringen ved visse kritiske sygdomme.

Vi mener sagen kan afgøres på det foreliggende."

Klagerens repræsentant har i brev af 10/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Sagens baggrund

Denne klage indgives på vegne af [klageren] som følge af Vellivs afgørelser af 14. og 15. juli 2025, hvori selskabet afslår udbetaling af erstatning for kritisk sygdom, trods at alle kriterier i forsikringsbetingelsernes § 2 D om kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile er opfyldt.

[Klageren] blev i sensommeren 2024 ramt af tiltagende åndenød, træthed og nedsat fysisk formåen. Efter flere besøg hos egen læge uden forbedring blev han i september 2024 akut indlagt via lægevagten. På hospitalet blev det konstateret, at hans uddrivningsfraktion (EF) var nedsat til blot 15 %, og at der var betydelig væskeophobning omkring lungerne.

Han blev overført til [hospital], hvor han modtog intensiv behandling. Efterfølgende kontroller har dokumenteret fortsat svært hjertesvigt med EF på 7 % i november 2024 og 20 % i marts og maj 2025. Der har på intet tidspunkt siden sygdommens opståen været konstateret en EF over 20 %. Tilstanden er varig og behandlingskrævende og har medført, at klager ikke længere har arbejdsevne eller normal fysisk funktion.

Vellivs afgørelser og begrundelser

I afgørelsen af 14. juli 2025 anerkender Velliv, at EF er nedsat til under 35 %, men anfører, at der ikke foreligger svære symptomer i hvile svarende til NYHA III–IV. Som begrundelse henvises til, at journalnotater fra maj 2025 beskriver '*klar bedring*' og ingen betydende funktionel begrænsning. Dagen efter, den 15. juli 2025, udsender selskabet en ny skrivelse, hvori det fremhæves, at forsikringstageren fortsat har EF under 35 %, men at tilstanden '*vurderes at kunne bedres*'. Samtidig anfører selskabet, at klager ifølge deres vurdering ikke længere er begrænset af åndenød, brystmerter eller forpustelse ved aktivitet. På dette grundlag nægtes dækning.

Denne begrundelse hviler imidlertid på en fejlagtig gengivelse af de lægelige oplysninger og en illoyal udnyttelse af journalnotater taget ud af deres rette kontekst.

Illoyal og misvisende gengivelse af journaloplysninger

Det bemærkes, at selskabet i sin vurdering henviser til et journalnotat, hvori der står: '*Er ophørt med at drikke alkohol. Mærker klar bedring.*'

Dette citat er i journalen utvetydigt relateret til patientens generelle velbefindende efter ophør med alkoholindtag, ikke til en bedring i hans fysiske hjertetilstand.

Når Velliv i sin afgørelse anvender denne formulering som bevis for, at klager fysisk har fået det bedre og dermed ikke opfylder kriterierne for NYHA III–IV, er der tale om en direkte forvanskning af faktum.

Selskabet tager en lægefaglig bemærkning om livsstilsændring ud af sammenhæng og tillægger den en helt anden betydning, end den har i sin oprindelige kontekst.

En sådan fremgangsmåde fremstår som en dybt illoyal og usaglig sagsbehandling, der savner enhver støtte i det lægelige materiale. Der er ikke belæg for at konkludere, at klager er uden symptomer eller ikke længere har funktionsbegrænsning. Tværtimod viser forløbet, at EF fortsat er markant nedsat, at klager fortsat har brystmerter ved bevægelse og oplever betydelig åndenød ved let aktivitet, hvilket er karakteristisk for NYHA-klasse III–IV.

At selskabet vælger at fortolke en enkelt formulering om generel trivsel som udtryk for fysisk helbredelse, er uforeneligt med principperne om korrekt sagsoplysning og loyal behandling efter forsikringsaftalelovens § 3 og god skik-bekendtgørelsen.

Selvmodsigelse i selskabets vurdering

Selskabet anerkender, at der foreligger en EF på under 35 %, men afviser alligevel dækning med henvisning til, at klager skulle mangle svære symptomer i hvile. Dette er i sig selv selvmodsigende, idet EF-værdier på 15–20 % i kardiologisk praksis altid vil medføre betydelige symptomer, herunder åndenød, træthed og funktionsnedsættelse, også i hvile, hvilket ligeledes fremgår af journalerne.

Når selskabet på den ene side konstaterer, at klager fortsat lider af hjertesvigt og modtager behandling herfor, men på den anden side vurderer, at han ikke har svære symptomer, baserer afgørelsen sig på subjektive antagelser snarere end på lægefaglig dokumentation. Der er intet i sagen, der indikerer, at patienten har genvundet fysisk kapacitet – tværtimod fremgår det, at klager ikke kan arbejde, har begrænset udholdenhed og fortsat er funktionsnedsat i dagligdagen.

Mangelfuld sagsoplysning og manglende objektiv vurdering

Der er ikke foretaget nogen egentlig funktionstest eller vurdering af klagers NYHA-klasse. Selskabet har ikke indhentet erklæring fra behandlende kardiolog om symptomernes omfang. Afgørelsen hviler alene på en administrativ tolkning af journalnotater, hvilket ikke kan danne grundlag for at afvise dækning i en sag af denne karakter.

Selskabets vurdering er derfor ikke baseret på en objektiv medicinsk vurdering, men på en løsrevet og misvisende gengivelse af dele af journalen. Dette udgør en tilsidesættelse af kravene til korrekt og fuldstændig sagsoplysning og strider mod de krav, som følger af forvaltningsretlig praksis og god forsikringsetik.

Opfyldelse af betingelserne i § 2 D

Samtlige kriterier i § 2 D er opfyldt. Der foreligger:

§ Kronisk nedsat uddrivningsfraktion på 35 % eller derunder, dokumenteret gennem mere end seks måneder.

§ Vedvarende symptomer i hvile og ved let aktivitet, herunder åndenød, træthed og bryst smerter.

§ Manglende bedring trods sufficient medicinsk behandling.

Der stilles i vilkårene krav om aktuel opfyldelse, ikke om forventet forbedring. Selskabets argument om, at tilstanden 'vurderes at kunne bedres', er således uden relevans og savner hjemmel i betingelserne. Det kan ikke kræves, at patienten skal dokumentere fremtidig uhelbredelighed for at opnå dækning, når de aktuelle medicinske kriterier er opfyldt.

Juridisk vurdering og praksis

Ankenævnet for Forsikring har i flere tidligere afgørelser lagt vægt på, at vurderingen af NYHA-klasse skal ske ud fra det samlede sygdomsbillede og ikke isolerede journalnotater. Når der foreligger EF-værdier under 25 % og dokumenteret symptombyrde, er betingelserne for dækning som udgangspunkt opfyldt.

Den praksis finder direkte anvendelse her. Sagen viser et langvarigt, behandlingsresistent og alvorligt hjertesvigt, der objektivt lever op til forsikringsbetingelsernes ordlyd og formål.

Påstand

Det gøres gældende, at Vellivs afgørelser af 14. og 15. juli 2025 er ugyldige og bør ændres, således at:

- [Klageren] anerkendes som berettiget til udbetaling i henhold til § 2 D om kronisk hjertesvigt.
- Selskabet pålægges at udbetale den aftalte forsikringssum med tillæg af renter fra ansøgningstidspunktet i marts 2025.

Afsluttende bemærkninger

Ankenævnet for Forsikring

7.

103962

Selskabets afgørelse er baseret på en åbenlys fejltolkning af de lægelige oplysninger og på en illoyal fremstilling af faktiske forhold, hvor citater fra journalen tages ud af kontekst for at understøtte et afslag. Dette er ikke foreneligt med god forsikringsetik og underminerer tilliden til selskabets sagsbehandling.

[Klageren] lider fortsat af en alvorlig, kronisk hjertesygdom med varig funktionsnedsættelse. Der er ikke tvivl om, at han opfylder samtlige krav i forsikringsbetingelsernes § 2 D. Sagen bør derfor tages til følge, og forsikringssummen udbetales i overensstemmelse med gældende ret og selskabets egne vilkår."

Selskabet har i brev af 2/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har den 15. oktober 2025 via Ankenævnet for Forsikrings portal modtaget en kommentar fra rådgiver ... (idet efterfølgende 'Rådgiver'), som repræsenterer Klager.

- For at der kan ske udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme § 2D, så skal Klager have en nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 35% eller derunder
- med funktionsbegrænsning i hvile **og**
- som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III eller IV, **og**
- hvor påvirkning har været til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder.

Rådgiver mener, at Selskabet ikke har belæg for at konkludere, at Klager er uden symptomer eller ikke længere har funktionsbegrænsning. Han mener, at forløbet viser, at EF fortsat er markant nedsat, så Klager fortsat har brystsmerte ved bevægelse og oplever betydelig åndenød ved let aktivitet, hvilket er karakteriseret for NYHA-Klasse III-IV

Dette er Selskabet uenig i, da vi mener, at Klager løbende får et bedre funktionsniveau under den hjertemedicinske behandling, og ligeledes går Klager fra NYHA-klassificering III den 28. november 2024, til at han den 22. januar 2025 bliver klassificeret i NYHA II.

Det fremgår blandt andet af journaloplysningerne (Bilag H):

'28.11.2024:

Debuterede i starten af oktober med tiltagende forpustelse, opdagede også, at han havde svært ved at ligge fladt om natten og sove. Vågnede på grund af åndenød og måtte op at sidde. Efterhånden tiltagende åndenød, som har medført, at han ikke kunne passe sit arbejde som langbrugsmedhjælper.

[...]

Patienten er ihvertfald NYHA III – Er opstartet i hjertesvigtmedicin.'

Den 22. januar 2025 fremgår det:

'Føler sig ikke begrænset af åndenød. Heller ikke ortopnø (åndenød i liggende stilling, som lindres ved at sidde eller stå op). Ingen brystmerter'

[...]

NYHA grad II

Den 16. maj 2025 fremgår det:

'Nedsat EF på 20%. Er ophørt med at drikke alkohol. Mærker klar bedring. De har et mindre [erhverv].'

[...]

'Han kan mere derhjemme og tager fat, uden at han bliver særlig forpustet.'

[...]

'Klar fremgang Der er potentiale for, at hjertepumpefunktionen kan blive meget bedre ved alkoholabstinens og den aktuelle hjertemedicin.'

Rådgiver mener, at LVEF-værdier på 15-20% altid vil medføre betydelige symptomer, herunder åndenød, træthed og funktionsnedsættelse, også i hvile. Selskabets lægekonsulent med speciale i intern medicin udtaler, at en nedsat LVEF ikke hos alle medfører 'svære symptomer eller funktionel begrænsning ved almindelig gang eller i hvile'. Flere patienter med en nedsat LVEF på ex. 15-20% har ikke svære symptomer i hvile, og vil kunne gå i et roligt tempo.

Selskabet mener heller ikke, at vi tillægger en livsstilsændring en anden betydning end den har i sin oprindelige kontekst. Selskabet refererer til, hvad der fremgår af de indhentede journaloplysninger, og som dermed beviser, at der er sket en bedring af Klagers funktionsniveau, uagtet om Klager er ophørt med alkoholindtag eller ej.

Det faktum, at Klager ikke er i stand til at komme tilbage på arbejde på grund af sygdommen, er ikke tilstrækkelig dokumentation for, at der kan ske en udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme. Selskabet har i tidligere brev af 21. august 2025 oplyst, at Selskabet anerkender, at Klager er syg, og vi har ligeledes vurderet, at betingelserne for fritagelse for indbetaling er opfyldt.

Selskabet mener fortsat, at der foreligger tilstrækkelig dokumentation for, at Klagers funktionsniveau er blevet bedret i forbindelse med den medicinske behandling, og dermed mener vi ikke, at det er nødvendigt med en funktionstest eller ny vurdering af Klagers NYHA-klasse. Ligeledes mener vi ikke, at Klager har dokumenteret, at han på trods af medicinsk behandling i en periode på 6 måneder fortsat har svære symptomer i hvile.

Det er ikke Klagers behandlende kardiolog, som kan vurdere, om Selskabets forsikringsbetingelser er opfyldt. Selskabet forholder sig til de dokumenterede oplysninger, og på baggrund af disse foretager vi en vurdering.

Vi har bemærket rådgiverens henvisning til forsikringsaftalelovens § 3 og 'gældende ret', men må gøre opmærksom på, at § 3 vedrører forsikringstagerens oplysningspligt ved tegning og ikke selskabets skadebehandling. Det er derfor uklart, hvordan bestemmelsen er relevant i den konkrete sag.

Selskabet vil generelt opfordre Rådgiver til, at de i deres indlæg henviser til relevante og anvendelige retskilder, herunder konkret praksis fra Ankenævnet eller domstolene, så sagsbehandlingen kan ske på et klart og korrekt grundlag.

Vi mener, at sagen er tilstrækkelig belyst."

Klagerens repræsentant har i brev af 28/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Med baggrund i Vellivs seneste redegørelse af 15. oktober 2025 ('Svar på klagers bemærkninger via Ankenævnet') ønsker vi med denne skrivelse at påpege en alvorlig fejlskrift og illoyal fortolk-

ning af journalmaterialet, som udgør en væsentlig fejl i sagsbehandlingen — en fejl, der har direkte betydning for vurderingen af, om betingelserne for dækning er opfyldt.

Kritik af kontekstforvanskning

I selskabets redegørelse refereres et journalnotat pr. 16. maj 2025, hvor det anføres, at klager bl.a. er 'ophørt med at drikke alkohol' og 'mærker klar bedring'. Selskabet anvender denne formulering som belæg for, at klager efterhånden har opnået bedre fysisk funktion og derfor ikke længere har 'svære symptomer i hvile' — og dermed ikke opfylder kravene i § 2D.

Det er imidlertid *direkte fejlagtigt* at anvende denne bemærkning som bevis for fysisk restitution. Bemærkningen om 'klar bedring' relaterer udtrykkeligt til klagers *generelle velbefindende i relation til alkoholophør*, ikke til hans hjertetilstand eller funktionsniveau som helhed. At selskabet vælger at konkludere, at klager derfor må have opnået fysisk bedring, er en *forvanskning af fakta* — de tager et isoleret udsagn ud af kontekst og tillægger det en helt anden betydning.

Denne fremgangsmåde er dybt illoyal. Den strider mod elementære krav om korrekt og saglig sagsbehandling og udgør en *misvisende fortolkning af journalmaterialet*. Det er særlig problematisk, når man ved, at klagers hjertesvigt og lave EF (20 %) vidner om varig nedsat pumpefunktion, og da de objektive medicinske data ikke understøtter en egentlig restitutionsstatus.

Det er ikke tilstrækkeligt, at selskabet udpeger enkelte ord og sætninger i journalen, som de fortolker som tegn på bedring, når den samlede kliniske dokumentation viser vedvarende, alvorligt hjertesvigt med betydelig funktionsnedsættelse.

Hvorfor dette har afgørende betydning for dækning

Som klager har anfægtet tidligere, er betingelserne i § 2D efter vores vurdering fuldt opfyldt:

- *Der foreligger en varig, dramatisk nedsat EF (alene dokumenteret under 20 % over mere end seks måneder).*
- *Klager har oplevet markante symptomer med åndenød, ortopnø, træthed, brystmerter og nedsat arbejds- og funktionskapacitet — i hvile og ved minimal aktivitet.*
- *Tilstanden er kronisk, behandlingskrævende og forværres ved enhver belastning, som er karakteristisk for NYHA III–IV.*

Når selskabet alligevel nægter dækning — på grundlag af en enkelt kommentar om 'klar bedring' — tilskriver de denne bemærkning en betydning, den slet ikke har. Det ændrer intet ved, at klagers fysiske tilstand fortsat er alvorlig og uhelbredelig.

At selskabet derved tager journalfakta ud af kontekst, er ikke blot en fejl, men en bevidst – eller mindst groft uforsvarlig – fortolkning til deres fordel. Det underminerer tilliden til sagsbehandlingen og strider mod forsikringsretlige principper om god skik og korrekt kundebehandling.

Retlig relevans og behov for konkret praksis

Det fremgår af Ankenævnets klageguide, at en forsikret kan klage, når vedkommende mener, at selskabet har misfortolket eller fejlvurderet sagens fakta.

Ydermere viser de gældende forsikringsbetingelser for kronisk hjertesvigt klart, at dækningskravene – EF $\leq$ 35 %, vedvarende symptomer i hvile eller gang svarende til NYHA III–IV, trods sufficient behandling i mere end 6 måneder – må vurderes ud fra den samlede kliniske situation.

Selskabets mangelfulde og kontekstforvanskende gengivelse strider mod disse grundlæggende principper. At foretage en sådan fortolkning uden klar faglig basis – dvs. uden at have belæg for, at journalens ord om 'klar bedring' relaterer til hjertetilstanden — må anses som en saglig fejl i skadebehandlingen.

Med henvisning til praksis fra Ankenævnet bør Nævnet tilsidesætte selskabets afslag. Selskabets egen redegørelse bekræfter, at klager har kronisk hjertesvigt med markant nedsat EF, og der foreligger intet nyt, objektivt lægeligt grundlag, der dokumenterer, at symptombilledet er væsentligt forbedret.

§ Sag nr. 98666 - Klager over afslag på udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Klager fik i juni 2022 konstateret kronisk hjertesvigt. Han anmeldte sygdommen til selskabet, som afviste dækning med henvisning til, at klager ikke opfyldte diagnosekriterierne i forsikringsbetingelserne punkt 2e.

Klager anførte, at han opfyldte diagnosekriterierne, idet han havde NYHA III og kun kunne udføre let fysisk aktivitet. Selskabet anførte, at det af sagens lægelige oplysninger fra kardiologisk afdeling og hjertesvigtsklinikken fremgik, at klager havde stabil NYHA II fra den 23/6 2022 til den 17/6 2022, og at han i øvrigt ikke havde dokumenteret, at diagnosen generelt kun tillod let eller ingen fysisk aktivitet.

Nævnet fandt, at klager havde bevist, at han opfyldte diagnosekriterierne i forsikringsbetingelsernes punkt 2e. Nævnet lagde navnlig vægt på, at det af de kardiologiske notater fra sygehuset i perioden fra den 23/8 2022 og frem, fremgik, at klager havde NYHA III. Nævnet lagde også vægt på, at det af notat af 8/9 2022 fremgik, at klager fik åndenød i mindste aktivitet. Klager medhold.

Konklusion og påstand

På denne baggrund gør vi gældende, at Vellivs afslag fortsat er ugyldigt. Der er tale om en forkert og illoyal fortolkning af journalmaterialet, hvor fakta er taget ud af kontekst for at begrunde et afslag. Selskabet har dermed tilsidesat forsikringsbetingelserne og god forsikringssskik.

Vi anmoder derfor Ankenævnet om igen at tage sagen op, tilsidesætte Vellivs afgørelse, og fastslå, at klager er berettiget til fuld udbetaling i henhold til § 2D. Der skal medtages renter fra ansøgningstidspunktet i marts 2025."

Selskabet har i brev af 6/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har den 17. december 2025 via Ankenævnet for Forsikrings portal modtaget en kommentar fra rådgiver ... (idet efterfølgende 'Rådgiver').

Som Selskabet tidligere har oplyst i brev af 2. november 2025, så er det en betingelse for, at der kan ske udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme jf. § 2D, at Klager skal have:

- en nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 35% eller derunder
- med funktionsbegrænsning i hvile **og**
- **som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III eller IV, og**
- hvor påvirkning har været til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder.

Klager debuterer i oktober måned 2024 med tiltagende forpustelse. Han vågner på grund af åndenød og må op og sidde. Han får efterfølgende tiltagende åndenød, og det bliver vurderet i november 2024 (Bilag H), at han har symptomer svarende til NYHA grad III.

I henhold til forsikringsbetingelserne, som er beskrevet ovenfor, så skal denne påvirkning være til stede i 6 måneder eller mere på trods af behandling, før forsikringsbetingelserne er opfyldt.

Af journaloplysningerne (Bilag H) fremgår det i januar måned 2025, at han ikke længere føler sig begrænset af åndenød. Han har ikke ortopnø, og han har ingen brystmerter. NYHA bliver vurderet til grad II.

Det vil altså sige, at der er gået **mindre end 6 måneder** fra Klager starter behandling i september måned 2024, til han i januar måned 2025 ikke længere er begrænset af åndenød, heller ikke i liggende stilling, og NYHA bliver vurderet til grad II.

Dermed har der ikke været en sådan påvirkning til stede i mere end 6 måneder, som berettiger til, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

Selskabet er ligeledes ikke enig i, at vores vurdering beror på en misvisende fortolkning af journalmaterialet, og at vores vurdering beror på en enkelt kommentar om 'klar bedring'.

Vurderingen er foretaget på baggrund af oplysningerne og vurderingen fra [hospital].

Vi har i samarbejde med vores rådgivende lægekonsulent med speciale i intern medicin gennemgået samtlige journaloplysninger, og vi mener, at der foreligger klar dokumentation for, at Klager har fået et bedre funktionsniveau, hvilket også afspejles i, at NYHA i januar måned 2025 bliver vurderet til grad II, og som vi tidligere har oplyst i brev af 2. november 2025, så mener vi ikke, at vi tillægger oplysningerne en anden betydning, end disse har i den **oprindelige** kontekst.

Vi kan dertil tilføje, at vores rådgivende lægekonsulent med speciale i intern medicin oplyser, at en nedsat uddrivningsfraktion (EF) ikke i sig selv er ensbetydende med 'svære symptomer eller funktionel begrænsning ved almindelig gang eller hvile'. Personer, også med lavere EF, kan ses uden disse svære symptomer. Derfor er nedsat EF alene ikke tilstrækkeligt.

Rådgiver henviser til AK98666, som han mener understøtter Klagers tvist med Selskabet. Hertil kan vi anføre, at Klager selv har oplyst til sygehuset jf. journaloplysninger (Bilag H) af 16. maj 2025: *'Patienten arbejder hjemme. De har ... Rent erhvervsmæssigt er han på [offentlig ydelse]. Han kan mere derhjemme og tager fat, uden har bliver særligt forpustet.'*

Selskabet er derfor ikke enige i, at AK98.666 kan føre til noget andet resultat, og dermed fastholder vi vores tidligere afgørelse.

Vi mener, at sagen kan afgøres på det foreliggende."

Klagerens repræsentant har i brev af 23/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Sagen angår, om betingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom i form af svært kronisk hjertesvigt efter forsikringsbetingelsernes § 2 D er opfyldt.

Det er ubestridt, at klager har strukturel hjertesygdom med vedvarende stærkt nedsat venstre ventrikelfunktion. EF har gennem hele forløbet ligget markant under tærskelværdien på 35 % og dokumenteret helt ned til 7 % samt vedvarende omkring 20 %. Selskabet anerkender selv, at dette hovedkriterium er opfyldt.

Twisten vedrører alene, om selskabet med rette kan tilsidesætte, at klager samtidig opfylder kravet

om svære symptomer/funktionsbegrænsning svarende til NYHA III–IV i mere end 6 måneder på trods af sufficient behandling.

Det gøres gældende, at selskabets vurdering hviler på en selektiv og kontekstforvrænget læsning af journalmaterialet og på en forsikringsretligt uholdbar bevisvurdering.

Det objektive sygdomsbillede – vedvarende svært hjertesvigt

Klager debuterer med klassiske tegn på dekompenaseret hjertesvigt: tiltagende åndenød, ortopnø, nedsat arbejdsevne og betydelig væskeophobning. Der konstateres svær systolisk dysfunktion med EF helt ned til 15 % og senere 7 %. Dette er et ekstremt lavt funktionsniveau og dokumenterer avanceret hjertesvigt.

Ved efterfølgende kontroller i marts og maj 2025 er EF fortsat kun ca. 20 %. Der foreligger således ikke nogen normalisering eller blot moderat bedring af pumpefunktionen. Tværtimod er der tale om vedvarende svært nedsat hjertefunktion over et langvarigt forløb.

Dette opfylder uden for enhver tvivl den strukturelle del af dækningskriteriet.

NYHA-klassifikation – selskabets urigtige forenkling

Selskabet baserer sin afvisning på, at klager i januar 2025 noteres som NYHA II og derfor ikke har haft symptomer i 6 måneder.

Denne konklusion er fagligt og bevismæssigt uholdbar.

For det første fremgår det, at klager i november 2024 vurderes som mindst NYHA III. Herefter ses et enkelt *notat* i januar, hvor der anføres NYHA II. I øvrigt beskrives senere fortsat markant nedsat EF og et alvorligt sygdomsbillede.

Et enkelt journalnotat med angivelsen 'NYHA II' kan ikke tillægges afgørende vægt, når:

- *EF fortsat er livstruende lav*
- *sygdommen er kronisk og strukturel*
- *der ikke foreligger objektive funktionstests, som dokumenterer reelt funktionsløft*
- *beskrivelsen i vidt omfang bygger på patientens egen oplevelse ved en konkret konsultation, ikke en belastningstest*

Selskabet ophøjer dermed en isoleret, situationsbestemt formulering til et definitivt funktionsniveau. Det er ikke lægefagligt eller forsikringsretligt forsvarligt.

'Bedring' – fakta taget ud af kontekst

Selskabet lægger vægt på formuleringen 'mærker klar bedring' og på, at klager 'kan mere derhjemme'.

Denne anvendelse af journalteksten er misvisende.

I samme notat fremgår udtrykkeligt, at klager er ophørt med alkohol. Bedringen er beskrevet i den kontekst. Der er ikke tale om dokumentation for, at klager har opnået et normalt eller blot moderat funktionsniveau. EF er fortsat 20 %. Det er fortsat et udtryk for svært hjertesvigt.

At en patient med livstruende hjertesvigt oplever subjektiv bedring fra et ekstremt dårligt udgangspunkt, ændrer ikke ved, at funktionsniveauet fortsat kan være inden for NYHA III-området. 'Bedring' er ikke det samme som 'ikke længere svært hjertesyg'.

Selskabet udskiller positive formuleringer og anvender dem isoleret til at tilsidesætte det samlede kliniske billede. Dette er en selektiv bevisførelse, som ikke lever op til kravet om saglig og loyal skadesbehandling.

6-månederskravet – forkert skæringspunkt

Selskabet gør gældende, at der ikke er forløbet 6 måneder med svære symptomer, fordi klager i januar beskrives som NYHA II.

Dette beror på en fejlagtig forudsætning.

Forløbet starter med svær dekomensation i efteråret 2024 med NYHA III-symptomer og ekstremt lav EF. EF er fortsat svært patologisk i hele 2025. Der er ikke dokumenteret et stabilt, vedvarende funktionsniveau svarende til NYHA II. Der er alene et enkelt notat uden objektiv funktionsmåling.

Bemærk, at der helt konkret i notatet står niveau II – III. Altså har forsikringstager aldrig været nede på niveau II – men derimod i en dialogvurderet (ikke fysisk test) mellem niveau II og III.

Kravet i betingelserne er, at påvirkningerne er til stede trods sufficient behandling i mere end 6 måneder. Når EF forbliver omkring 20 % og sygdommen er kronisk, kan selskabet ikke dokumentere, at svær funktionsbegrænsning reelt har ophørt. Tvivlen herom må komme klager til gode.

Forsikringsretlig bevisvurdering og god skik

Det er et grundlæggende forsikringsretligt princip, at uklare eller tvivlsomme forhold vedrørende dækningsbetingelser ikke kan løses ved en ensidig, restriktiv fortolkning til skade for forsikrede, når det samlede sygdomsbillede taler for svær og vedvarende sygdom.

Selskabet:

- fragmenterer journalmaterialet
- isolerer enkelte positive formuleringer
- tilsidesætter det objektive, vedvarende EF-niveau
- undlader at indhente funktionstest eller supplerende kardiologisk vurdering

Dette er ikke i overensstemmelse med kravet om saglig, loyal og objektiv skadebehandling.

Samlet vurdering

Klager har:

- kronisk hjertesvigt
- vedvarende EF langt under 35 %
- dokumenteret alvorlig initial symptomatologi
- ingen objektiv dokumentation for stabil overgang til let funktionsbegrænsning
- et fortsat alvorligt klinisk billede gennem hele perioden
- Tilstanden er kronisk, behandlingskrævende og forværres ved enhver belastning, som er karakteristisk for NYHA III–IV

Selskabets afslag bygger på en kunstig nedjustering af funktionsniveauet baseret på enkelte formuleringer løstrevet fra den samlede kontekst.

Betingelserne i § 2 D må derfor anses for opfyldt.

Påstand

Det gøres gældende, at klager opfylder forsikringsbetingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom i form af kronisk hjertesvigt efter § 2 D, og at selskabet skal anerkende dækningspligt og foretage udbetaling i henhold til policen."

Selskabet har i brev af 17/2 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har den 3. februar 2026 via Ankenævnet for Forsikrings portal modtaget en kommentar fra Rådgiver.

Selskabet er ikke uenig i, at Klagers EF har været nedsat til under 35%, siden han debuterede med tiltagende vejrtrækningsproblemer i oktober måned 2024. Men at EF er nedsat, er desværre ikke tilstrækkelig til, at der kan ske en udbetaling fra forsikringen ved visse kritiske sygdomme § 2D

For at der kan ske udbetaling i henhold til forsikringsbetingelserne § 2D gælder, at der skal være tale om:

En tilstand med kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel på 35% eller derunder, med funktionsbegrænsning i hvile (fx dyspnø, træthed, palpationer) og som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III-IV, og hvor påvirkningerne er til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder.

Det vil sige, at udover EF på 35% eller derunder, gælder det også, at der efter 6 måneders sufficient

behandling skal være tale om funktionsbegrænsning i hvile, som forværres ved enhver form for aktivitet svarende til NYHA III-IV.

I Klagers tilfælde er vi enige i, at behandlingen ikke har medført, at EF er forbedret til over 35%, men der er ikke efter 6 måneders sufficient behandling tale om funktionsbegrænsning i hvile, som forværres ved enhver form for aktivitet svarende til NYHA III-IV.

Selskabet er ikke enige i, at der er tale om uklare eller tvivlsomme forhold vedrørende dækningsbetingelserne, som fortolkes til skade for Klager. Vi er heller ikke enige i, at Selskabet fragmenterer og isolerer formuleringer og fremstiller en kunstig nedjustering af funktionsniveauet.

Vi er ikke uenige i, at Klager har vedvarende EF under 35 %. Dette er dog ikke tilstrækkeligt. Som tidligere beskrevet, så er det ikke korrekt, at nedsat EF under 35% pr. definition giver et svært nedsat funktionsniveau i hvile svarende til NYHA III-IV, og netop af denne årsag er den nedsatte EF ikke tilstrækkelig.

Vi fastholder, at den del af betingelserne, der handler om funktionsbegrænsning i hvile (fx dyspnø, træthed, palpationer) og som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA IIIIV, ikke er opfyldt.

Dermed fastholder vi fortsat, at forsikringsbetingelsernes § 2D ikke er opfyldt. Vi har ikke yderligere kommentarer, og vi mener, at sagen kan afgøres på det foreliggende."

Klagerens repræsentant har i brev af 13/3 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets seneste indlæg af 17. februar 2026 ændrer ikke ved sagens realitet.

Selskabet anerkender fortsat, at klager har en kronisk og markant nedsat uddrivningsfraktion (EF) under 35 %, og at denne tilstand har været vedvarende siden sygdomsdebut i efteråret 2024.

Dermed er det centrale objektive kriterium i forsikringsbetingelsernes § 2D ubestridt opfyldt.

Twisten angår alene selskabets vurdering af funktionsniveauet.

Det gøres fortsat gældende, at selskabets konklusion beror på en selektiv og kontekstforvrænget læsning af journalmaterialet, og at den samlede dokumentation klart understøtter, at klager opfylder kriterierne for svært kronisk hjertesvigt.

Selskabets argumentation hviler på en fejlagtig præmis

Selskabet anfører på ny, at en EF under 35 % ikke i sig selv er tilstrækkelig til at opfylde dækningsbetingelserne. Dette er der ingen uenighed om.

Det er imidlertid ikke klagers argument.

Klagers synspunkt er derimod, at den samlede medicinske dokumentation – herunder:

- EF-værdier helt ned til 7-15 %
 - vedvarende EF omkring 20 %
 - initial NYHA III-klassifikation
 - fortsat alvorlig strukturel hjertesygdom
- det viser et sygdomsbillede, der netop er karakteristisk for svært kronisk hjertesvigt.

Selskabet forsøger at isolere en enkelt journalnotering fra januar 2025 til at konkludere, at klager ikke længere havde svære symptomer. Dette er ikke en medicinsk eller bevismæssigt forsvarlig vurdering.

Journalmaterialet dokumenterer ikke et stabilt funktionsniveau svarende til NYHA II-III

Selskabet baserer hele sin afvisning på, at klager på et tidspunkt i januar 2025 noteres som NYHA II-III. Denne konklusion kan ikke tillægges afgørende vægt.

For det første fremgår det af journalerne, at klager ved sygdomsdebut havde symptomer svarende til mindst NYHA III, hvilket også blev lagt til grund ved opstart af hjertesvigtsbehandling.

For det andet fremgår det af senere journaloplysninger, at EF fortsat er omkring 20 %, hvilket i sig selv dokumenterer vedvarende svært nedsat pumpefunktion.

For det tredje bygger den nævnte vurdering i vidt omfang på patientens egen subjektive beskrivelse ved en enkelt konsultation og ikke på en objektiv funktionstest eller systematisk funktionsvurdering.

Selskabet ophøjer dermed en enkeltstående formulering til et generelt funktionsniveau, hvilket ikke er lægefagligt eller forsikringsretligt holdbart.

Selskabet tager fortsat journaloplysninger ud af deres kontekst

Selskabet henviser igen til formuleringer om, at klager 'kan mere derhjemme' og 'mærker bedring'.

Dette ændrer ikke ved, at EF fortsat ligger omkring 20 %, hvilket objektivt dokumenterer vedvarende svær hjertesygdom.

Bedringen skal ses i den kontekst, at klager er ophørt med alkoholindtag og modtager intensiv hjertemedicinsk behandling. Der er således tale om en relativ forbedring fra et ekstremt dårligt udgangspunkt – ikke en normalisering af funktionsniveauet.

At en patient med svært hjertesvigt kan udføre begrænsede daglige aktiviteter, udelukker ikke, at funktionsniveauet fortsat er inden for NYHA III.

Bevisvurderingen strider mod fast praksis i Ankenævnet

Efter fast praksis i Ankenævnet for Forsikring skal vurderingen af kritisk sygdom ske på baggrund af det samlede sygdomsbillede, ikke isolerede journalbemærkninger.

Dette fremgår bl.a. af nævnets praksis i sager om kritisk sygdom, hvor:

- vurderingen sker ud fra helhedsbilledet af sygdomsforløbet
- tvivl om fortolkning af lægelige oplysninger ikke kan løses ved en restriktiv fortolkning til skade for forsikrede
- selskabet *kan ikke* basere afgørelsen på selektiv udvælgelse af formuleringer i journalmaterialet.

Netop dette er tilfældet i nærværende sag.

Selskabet tilsidesætter den samlede kliniske dokumentation og baserer afslaget på enkelte formuleringer løsrevet fra den medicinske kontekst.

Samlet vurdering

Det kan på baggrund af sagens lægelige dokumentation lægges til grund, at klager:

- har kronisk hjertesvigt
- har vedvarende EF langt under 35 %
- initialt er vurderet til NYHA III
- fortsat har en alvorlig strukturel hjertesygdom trods medicinsk behandling.

Selskabets afvisning beror på en kunstig nedjustering af funktionsniveauet baseret på selektiv anvendelse af journaloplysninger.

Dette kan ikke danne grundlag for at afvise dækning efter forsikringsbetingelsernes § 2D.

På denne baggrund fastholder klager sin påstand om, at betingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom i form af kronisk hjertesvigt efter § 2D er opfyldt, og at selskabet derfor skal anerkende dækningspligt og foretage udbetaling i henhold til policen."

Selskabet har i brev af 13/4 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har tidligere tilkendegivet, at vi er enige om, at Klager har vedvarende EF under 35%, men vi fastholder fortsat, at Klager ikke har så nedsat funktionsniveau svarende til NYHA III-IV.

Selskabet er ikke enige i, at vi tager journaloplysningerne ud af kontekst. Vi mener, at bedringen af Klagers funktionsniveau netop bliver understøttet af journaloplysningerne (Bilag H), hvoraf det fremgår:

28.11.2024:

Debuterede i starten af oktober med tiltagende forpustelse, opdagede også, at han havde svært ved

at ligge fladt om natten og sove. Vågnede på grund af åndenød og måtte op at sidde. Efterhånden tiltagende åndenød, som har medført, at han ikke kunne passe sit arbejde som

[...]

Patienten er ihvertfald NYHA III – Er opstartet i hjertesvigtmedicin."

22. januar 2025:

'Føler sig ikke begrænset af åndenød. Heller ikke ortopnø (åndenød i liggende stilling, som lindres ved at sidde eller stå op). Ingen brystmerter'

[...]

NYHA grad II

16. maj 2025:

'Nedsat EF på 20%. Er ophørt med at drikke alkohol. Mærker klar bedring. De har et mindre [er-hverv].'

[...]

'Han kan mere derhjemme og tager fat, uden at han bliver særlig forpustet.'

[...]

'Klar fremgang Der er potentiale for, at hjertepumpefunktionen kan blive meget bedre ved alkoholabstinens og den aktuelle hjertemedicin.'

Klagers funktionsniveau bliver, over en periode på knap 6 måneder, beskrevet forbedret i en sådan grad, at der ikke længere er tale om funktionsbegrænsning i hvile, som forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III-IV.

Selskabet skal ligeledes gøre opmærksom på, at det er Klager, der skal bevise, at han opfylder betingelserne for dækning ved visse kritiske sygdomme. Dette mener vi fortsat ikke er tilfældet.

Selskabet har ikke yderligere kommentarer, og mener at sagen kan afgøres på det foreliggende."

Klagerens repræsentant har i brev af 21/4 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets seneste skrivelse af 13. april 2026 ændrer ikke på sagens faktiske eller retlige realitet.

Selskabet anerkender fortsat, at klager har vedvarende EF langt under 35 %, hvilket opfylder det objektive hovedkriterium for kritisk sygdom i form af kronisk hjertesvigt.

Twisten angår fortsat alene selskabets forsøg på at nedklassificere klagers funktionsniveau gennem selektiv anvendelse og fortolkning af journalmateriale.

Det gøres gældende, at selskabets seneste indlæg yderligere dokumenterer, at afgørelsen er baseret på enkeltstående udsagn taget ud af kontekst, i strid med både lægefaglig praksis og Ankenævnets faste bevisvurderingsprincipper.

NYHA-klassifikationen den 22. januar 2025 er udtrykkeligt angivet som et skøn

Selskabet bygger fortsat hele sin argumentation på et journalnotat af **22. januar 2025**, hvor der anføres:

'NYHA grad II – II-III – meget trættbar'

Denne formulering er afgørende, og selskabets gengivelse heraf er uratvisende.

Der er ikke tale om en entydig fastlæggelse af NYHA II, men derimod om en klinisk vurdering udtrykkeligt angivet som et spænd mellem NYHA II og III.

Det følger direkte af journalen, at:

- vurderingen er skønsmæssig
- lægefagligt usikker
- og ikke fast eller endelig

Selskabet har ingen saglig eller lægefaglig hjemmel til at:

- isolere dette skøn
- fjerne dets forbehold
- og ophøje den laveste del af spændet til et definitivt funktionsniveau

Dette er en bevismæssig forvanskning.

Helhedsvurderingen understøtter entydigt minimum NYHA III

Det centrale punkt er, at samtlige øvrige journaler – både forud for og umiddelbart efter den 22. januar 2025 – dokumenterer funktionsniveau svarende til minimum NYHA III.

Særligt bemærkes:

- Ved sygdomsdebut og initial vurdering:
'Patienten er i hvert fald NYHA III – opstartet i hjertesvigtsmedicin'
- EF har på intet tidspunkt normaliseret sig, men ligger fortsat omkring 20 %, hvilket objektivt dokumenterer alvorlig, vedvarende systolisk dysfunktion.
- Den behandlingsmæssige kontekst er fortsat intensiv hjertesvigtsbehandling med optitrering, hvilket ikke er foreneligt med stabil NYHA II.

Det følger heraf, at én enkelt konsultation med et angivet NYHA-skøn (II–III) ikke kan tilsidesætte det samlede, konsistente sygdomsbillede.

Selskabets argumentation strider mod fast praksis i Ankenævnet

Ankenævnet har i sin praksis – herunder afgørelsen af 1. marts 2023 (PensionDanmark, klager medhold) – fastslået, at:

- vurderingen af kronisk hjertesvigt skal ske ud fra helhedsbilledet
- selektiv brug af enkelte journalnotater kan ikke danne grundlag for afslag
- skønsmæssige eller variable formuleringer ikke kan tillægges afgørende vægt, når den samlede dokumentation peger i én retning
- speciallægelige journalnotater og det samlede forløb vejer tungere end selskabets efterfølgende fortolkning

Dette er direkte sammenligneligt med nærværende sag.

Bedring udelukker ikke NYHA III

Selskabet henviser gentagne gange til formuleringer om, at klager 'kan mere' og 'mærker bedring'.

Dette er lægefagligt og forsikringsretligt irrelevant som selvstændigt argument.

NYHA-klassifikationen:

- afgøres ikke af relativ bedring
- men af aktuell funktionsbegrænsning under aktivitet

En patient med NYHA III kan:

- udføre visse daglige aktiviteter
- opleve forbedring fra et ekstremt dårligt udgangspunkt

Dette ændrer ikke ved klassifikationen.

At selskabet forsøger at udlede normaliseret funktionsevne heraf, er uden lægefaglig og bevismæssig holdbarhed.

Bevisbyrde

Det anerkendes, at klager bærer bevisbyrden.

Denne bevisbyrde er fuldt ud løftet gennem:

- vedvarende EF langt under 35 %

- initial teknisk og klinisk placering i NYHA III
- manglende dokumentation for stabil, vedvarende NYHA II
- journalført usikkerhed ('II-III') i det eneste notat selskabet påberåber sig

Tvivl om klassifikation kan ikke løses ved at:

- vælge det mest restriktive udfald
- eller ved at se bort fra det samlede journalmateriale

Selskabets seneste indlæg bekræfter, at afslaget:

- hviler på ét enkeltstående, skønsmæssigt notat
- taget ud af sin lægefaglige kontekst
- og anvendt i strid med Ankenævnets faste praksis om helhedsvurdering

Det kan ikke føre til et andet resultat, end at klager opfylder betingelserne for dækning efter § 2D.

Klager fastholder herefter sin påstand om, at:

- betingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom i form af kronisk hjertesvigt er opfyldt
- selskabet skal anerkende dækningspligt og foretage udbetaling i henhold til policen
- og at Ankenævnet lægger vægt på sagens *samlede lægelige dokumentation*, ikke selskabets selektive og kontekstløse fortolkning.

Vi imødeser herefter Ankenævnet tager sagen til sig og får afgjort denne."

Selskabet har i brev af 6/5 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har den 21. april 2026 via Ankenævnet for Forsikrings portal modtaget en kommentar fra Rådgiver.

Selskabet mener fortsat, at der foreligger dokumentation for, at Klagers funktionsniveau løbende bliver bedre under den hjertemedicinske behandling. Således at Klager går fra NYHA-klassificering III den 28. november 2024 til, at han den 22. januar 2025 bliver klassificeret i NYHA II. Dette understøttes også af de løbende beskrivelser, som vi tidligere har fremhævet.

Selskabet har således ikke baseret vurderingen på ét enkeltstående notat taget ud af kontekst, men på de samlede oplysninger.

Selskabet fastholder derfor fortsat, at Klager ikke opfylder forsikringsbetingelserne § 2 D, idet Klagers funktionsniveau over en periode på knapt 6 måneder bliver beskrevet forbedret i en sådan grad, at der ikke længere er tale om funktionsbegrænsning i hvile, som forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III-IV.

Selskabet har ikke yderligere kommentarer og mener, at sagen kan afgøres på det foreliggende."

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

Det fremgår af journal fra hospital af 23/9 2024:

"Aktuelt

...årig mand indlægges via vagtlæge pga. vejrtrækningsproblemer. Pt. har haft vejrtrækningsproblemer gennem næste 1½ måned med tikltagende dyspnø, let hoste, ikke rigtigt noget slim, men nogen gange kommer der lidt hvid farve. Bliver dyspnøisk, når han ligger faldt i sengen. Vågner 3-4 gange, bedres når sidder lidt. Var hos egen læge, som har testet peakflow. Er opstartet i inhalationsmedicin uden særlig effekt. Her til aften bliver pt. meget dårlig med vejrtrækningsproblemer. Saturation falder til 88 med puls på 125. CRP 1,1.

...

Vurdering af prøver og undersøgelser

Beskrivelse: Ultralydsscanning af hjertet viser diskret perikardieekssudat samt hjertesvigt.

...

Transtorakal ekkokardiografi

...

Ekkokardiografisk konklusion: Svært nedsat EF med universel hypokinesi. Asynkroni og udtynding af septum. EF 15%. Dilateret venstre ventrikel. Let mitralinsufficiens.

...

NYHA Klassificering

NYHA grad III"

Det fremgår af journal fra hospital af 24/9 2024:

"Journalnotat

Hjerteafsnit

Angiver, at han har det godt og med markant bedring af åndenøden. Denne er stort set fraværende. Føler herudover også et større overskud."

Det fremgår af ansøgning om udbetaling af forsikringssum af 1/10 2024:

"Dit sygdomsforløb

Hvad heder sygdommen?
nedsat hjerte function

Hvornår mærkede du de første symptomer på sygdommen/lidelsen?
for en uge siden

Hvornår er diagnosen stillet?
22/09/2024

Har der været tidligere lignende sygdomme?
Nej

Hvilket behandlingssted har stillet din diagnose?
Hospital

...

Har du været sygemeldt?
Ja

Hvornår var din første sygedag?
27/09/2024"

Det fremgår af journal fra hospital af 7/10 2024:

"Aktuelt oplever pt. det går rimeligt.
Han bliver lidt dyspnøisk når han er aktiv.
Han går og laver småting derhjemme, både indendørs og udendørs.
Han kan gå ture på ca. 3 km dagl.
Han føler sig mere træt end tidligere.
Der er ingen ødemtendens.
Vægten har været faldende over de forløbne 6 døgn.
Har i den periode tabt sig 2,8 kg.
Han oplever ingen svimmelhed eller bryst smerter.
Han har været generet af lidt kvalme de foregående 3 dage især om formiddagen.

NYHA Klassificering
Vurderes NYHA 118."

Det fremgår af journal fra hospital af 28/11 2024:

" Transtorakal ekkokardiografi med vævsdoppler
Ejection fraction (EF) i %: 7
...
Vurdering/konklusion:
Kun symptomer igennem 2 måneder, nu svært nedsat funktionsniveau, kugleformet venstre ventrikel, svært nedsat pumpefunktion, EF 5-10 %. Har haft kvalme og leverpåvirkning som kan være hjertesygdommen. Ligner klinisk forward failure tilstand. Lavt blodtryk."

Det fremgår af journal fra hospital af 12/12 2024:

"Journalnotat
...
Jeg taler med pt. om hans symptomer. Frem til oktober har pt. arbejdet i ... et fysisk krævende arbejde.
...
Pt. fortæller, at han synes, at han har fået det bedre over de seneste mdr. funktionsniveauet stigende. Han klarer at gå ture på 2 km længde i let nedsat tempo ... Han klarer at gå op ad bakke, skal måske have en enkelt pause.
Går aldrig på trapper. Ægtefællen fortæller, at pt. har brug for hvil om dagen, og det erkender han."

Det fremgår af journal fra hospital af 22/1 2025:

"Aktuelt
...

Føler sig ikke begrænset af åndenød. Der er ej heller ortopnø. Ingen brystsmerter. Tåler Eplerenon godt og synes at han har fået det lidt bedre efter udskrivelsen.

Transtorakal ekkokardiografi med vævsdoppler

Ejection fraction (EF) i %: 25

...

NYHA Klassificering

NYHA grad II

II-III- meget trættbar"

Det fremgår af journal fra hospital af 21/3 2025:

"Aktuelt

... Synes det går bedre og bedre.

...

Transtorakal ekkokardiografi med vævsdoppler

Supplerende beskrivelse:

Der foretages bedside ekkokardiografi, der viser uændret EF omkring 20%. Svært dilateret venstre ventrikel til 7,1 cm."

Det fremgår af journal fra hospital af 16/5 2025:

"Aktuelt

Patienten hævder, at han er ophørt med at drikke alkohol.

...

Patienten arbejder hjemme. De har et mindre [erhverv]. Rent erhvervsmæssigt er han på [offentlig ydelse]. Han kan mere derhjemme og tager fat, uden at han bliver særligt forpustet.

...

Vurdering/konklusion

Klar fremgang."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

" § 2. Hvad er kritisk sygdom?

...

D Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile

En tilstand med kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel til 35% eller derunder, med funktionsbegrænsning i hvile (fx dyspnø, træthed, palpitationer) og som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III eller IV, og hvor påvirkningerne er til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder.

...

Diagnosen skal være stillet på en kardiologisk afdeling eller af en kardiologisk speciallæge."

Nævnet udtaler:

Klageren har søgt om udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom, idet han i september 2024 fik konstateret hjertesvigt. Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at klageren ikke opfylder diagnosekriterierne i forsikringsbetingelsernes § 2 D. Klageren ønsker, at selskabet pålægges at udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom med tillæg af renter fra ansøgningstidspunktet.

Selskabet har anført, at selskabets lægekonsulent har vurderet, at klageren har en LVEF på mindre end 35 %, men at klageren har fået det væsentligt bedre under den hjertemedicinske behandling, idet han ikke har brystmerter eller er begrænset af åndenød. Selskabet har anført, at der i journaloplysningerne ikke er beskrevet svære funktionelle begrænsninger ved almindelig gang eller i hvile. Selskabet har anført, at klageren går fra NYHA-klassificering III den 28/11 2024 til NYHA II den 22/1 2025. Selskabet har anført, at en nedsat LVEF ikke hos alle medfører svære symptomer eller funktionel begrænsning ved almindelig gang eller i hvile, og at flere patienter med nedsat LVEF på eksempelvis 15-20 % ikke har svære symptomer i hvile og kan gå i et roligt tempo. Selskabet er "ikke uenige i, at Klager har vedvarende EF under 35 %. Dette er dog ikke tilstrækkeligt. Som tidligere beskrevet, så er det ikke korrekt, at nedsat EF under 35% pr. definition giver et svært nedsat funktionsniveau i hvile svarende til NYHA III-IV, og netop af denne årsag er den nedsatte EF ikke tilstrækkelig".

Klageren har anført, at der på intet tidspunkt siden sygdommens opståen har været konstateret en EF over 20 %. Klageren har anført, at tilstanden er varig og behandlingskrævende og har medført, at klageren ikke længere har arbejdsevne eller normal fysisk funktion. Klageren har anført, at selskabets sagsbehandling er i strid med principperne om korrekt sagsoplysning og loyal behandling efter forsikringsaftalelovens § 3 og god skik-bekendtgørelsen, idet selskabet "tager en lægefaglig bemærkning om livsstilsændring ud af sammenhæng og tillægger den en helt anden betydning, end den har i sin oprindelige kontekst". Klageren har anført, at EF-værdier på 15-20 % i kardiologisk praksis altid vil medføre betydelige symptomer, herunder åndenød, træthed og funktionsnedsættelse – også i hvile. Klageren har anført, at der ikke er foretaget nogen funktionstest eller vurdering af klagerens NYHA-klasse, og at selskabet ikke har

indhentet en erklæring fra den behandlende kardiolog om symptomernes omfang. Klageren har anført, at han initial teknisk og klinisk er placeret i NYHA III, at der er "manglende dokumentation for stabil, vedvarende NYHA II", og at der er "journalført usikkerhed ('II-III') i det eneste notat selskabet påberåber sig", hvorfor selskabets afslag "-hviler på ét enkeltstående, skønsmæssigt notat, -taget ud af sin lægefaglige kontekst, -og anvendt i strid med Ankenævnets faste praksis om helhedsvurdering". Klageren har anført, at "Et enkelt journalnotat med angivelsen 'NYHA II' kan ikke tillægges afgørende vægt, når: -EF fortsat er livstruende lav, -sygdommen er kronisk og strukturel, -der ikke foreligger objektive funktionstests, som dokumenterer reelt funktionsløft, -beskrivelsen i vidt omfang bygger på patientens egen oplevelse ved en konkret konsultation, ikke en belastningstest." Klageren har anført, at der i journalen fra januar 2025 helt konkret "står niveau II – III. Altså har [klageren] aldrig været nede på niveau II – men derimod i en dialogvurderet (ikke fysisk test) mellem niveau II og III. Kravet i betingelserne er, at påvirkningerne er til stede trods sufficient behandling i mere end 6 måneder. Når EF forbliver omkring 20 % og sygdommen er kronisk, kan selskabet ikke dokumentere, at svær funktionsbegrænsning reelt har ophørt. Tvivlen herom må komme klager til gode". Klageren har anført, at den samlede medicinske dokumentation – herunder: "*EF-værdier helt ned til 7-1, *vedvarende EF omkring 20 %, *initial NYHA III-klassifikation, *fortsat alvorlig strukturel hjertesygdom – det viser et sygdomsbillede, der netop er karakteristisk for svært kronisk hjertesvigt".

Det fremgår af journal fra hospital af 23/9 2024, at klageren har "Svært nedsat EF med universel hypokinesi. Asynkroni og udtynding af septum. EF 15%. Dilateret venstre ventrikel. Let mitralinsufficiens ... NYHA Klassificering. NYHA grad III".

Det fremgår af journal fra hospital af 24/9 2024, at klageren "Angiver, at han har det godt og med markant bedring af åndenøden. Denne er stort set fraværende. Føler herudover også et større overskud".

Det fremgår af journal fra hospital af 7/10 2024, at klageren "Aktuelt oplever pt. det går rimeligt. Han bliver lidt dyspnøisk når han er aktiv. Han går og laver småting derhjemme, både indendørs og udendørs. Han kan gå ture på ca. 3 km dagl. Han føler sig mere træt end tidligere.

Der er ingen ødemtendens. Vægten har været faldende over de forløbne 6 døgn. Har i den periode tabt sig 2,8 kg. Han oplever ingen svimmelhed eller bryst smerter. Han har været generet af lidt kvalme de foregående 3 dage især om formiddagen".

Det fremgår af journal fra hospital af 28/11 2024, at "Ejection fraction (EF) i %: 7 ... Vurdering/konklusion: Kun symptomer igennem 2 måneder, nu svært nedsat funktionsniveau, kugleformet venstre ventrikel, svært nedsat pumpefunktion, EF 5-10 %. Har haft kvalme og leverpåvirkning som kan være hjertesygdommen. Ligner klinisk forward failure tilstand. Lavt blodtryk".

Det fremgår af journal fra hospital af 12/12 2024, at klageren "fortæller, at han synes, at han har fået det bedre over de seneste mdr. funktionsniveauet stigende. Han klarer at gå ture på 2 km længde i let nedsat tempo ... Han klarer at gå op ad bakke, skal måske have en enkelt pause. Går aldrig på trapper. Ægtefællen fortæller, at pt. har brug for hvil om dagen, og det erkender han".

Det fremgår af journal fra hospital af 22/1 2025, at klageren "Føler sig ikke begrænset af åndesnød. Der er ej heller ortopnø. Ingen bryst smerter. Tåler Eplerenon godt og synes at han har fået det lidt bedre efter udskrivelsen ... Ejection fraction (EF) i %: 25 ... NYHA Klassificering. NYHA grad II. II-III – meget trættbar".

Det fremgår af journal fra hospital af 21/3 2025, at klageren "Synes det går bedre og bedre ... Der foretages bedside ekkokardiografi, der viser uændret EF omkring 20%".

Det fremgår af journal fra hospital af 16/5 2025, at klageren "kan mere derhjemme og tager fat, uden at han bliver særligt forpustet... Vurdering/konklusion. Klar fremgang".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 2 D, at forsikringen dækker "Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile. En tilstand med kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel til 35% eller derunder, med funktionsbegrænsning i hvile (fx dyspnø, træthed, palpitati-

Ankenævnet for Forsikring

27.

103962

oner) og som samtidig forværres ved enhver form for aktivitet, svarende til NYHA III eller IV, og hvor påvirkningerne er til stede på trods af sufficient behandling i mere end 6 måneder".

Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren, efter han kom i relevant behandling, ikke har funktionsbegrænsning i hvile og blev vurderet til at være i NYHA-klasse II eller II-III. Det fremgår af journal af 22/1 2025, at klageren "Føler sig ikke begrænset af åndenød. Der er ej heller ortopnø. Ingen brystmerter. Tåler Eplerenon godt og synes at han har fået det lidt bedre efter udskrivelsen ... Ejection fraction (EF) i %: 25 ... NYHA Klassificering. NYHA grad II. II-III – meget trætbart".

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat. Nævnet bemærker, at nævnet ikke har grundlag for at se bort fra den NYHA-klassifikation, som fremgår af journalen af 22/1 2025. Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at funktionsbegrænsningen skal være "svarende til NYHA III eller IV".

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

28.

103962



Jørgen Steen Sørensen

formand