

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 4. februar 2026 blev i sag nr. 104163:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

AP Pension
Sundkrogsgade 29
2150 Nordhavn

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har dækning ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 19/8 2025 har klageren bl.a. anført:

"Jeg klager over AP Pensions afslag på udbetaling ved kritisk sygdom. Jeg blev diagnosticeret med modermærkekræft den 17. juni 2025 og er i kræftpakke-forløb på [hospital].

Forsikringen blev ifølge AP først registreret som aktiv 1. april 2025, og de afviser min sag med henvisning til, at diagnosen er stillet inden for 3 måneders karenperiode.

Men jeg kan dokumentere, at oprettelsen af forsikringen blev igangsat allerede i november 2024 via [bank]. Den blev forsinket pga. tekniske problemer i AP Pensions system, som banken har beskrevet. Kan kun oprettes via link fra ap Pensions via nettet.

Jeg mener, det er urimeligt, at jeg skal bære ansvaret for, at forsikringen først blev teknisk aktiveret senere, når jeg handlede i god tro og inden for rimelig tid. Jeg har indsendt dokumentation for hele forløbet.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ønsker, at AP Pension omgør deres afgørelse og udbetaler den forsikringssum, jeg er berettiget til ifølge min dækning for kritisk sygdom.

Jeg ønsker, at sagen vurderes ud fra det faktiske forløb, hvor oprettelsen blev igangsat i november 2024, og ikke kun den tekniske registreringsdato."

Selskabet har den 29/9 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagen drejer sig om udbetaling ved kritisk sygdom.

Klager har søgt om udbetaling ved kritisk sygdom på baggrund af modernærkekræft. Selskabet har meddelt afslag på dækning, fordi forsikringen ikke giver ret til udbetaling, hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden, jf. forsikringsbetingelserne § 15, nr. 1.

Selskabets indstilling til ankenævns sagen

Selskabet fastholder afslaget på dækning ved kritisk sygdom, fordi diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden.

Der er derfor ikke grundlag for at kritisere selskabets sagsbehandling.

Aftalegrundlaget

Klager har tegnet forsikring ved visse kritiske sygdomme hos selskabet via sit pengeinstitut med virkning fra den 1. april 2025. Klagers forsikringsbetingelser fremlægges som bilag A.

Af forsikringsbetingelsernes § 5 fremgår:

'Forsikringen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i anmodningen, hvis selskabet antager forsikringen, jf. § 4. Se dog § 15, nr. 1. Ikrafttrædelsesdag er altid den første i en måned.'

Af forsikringsbetingelserne § 15, nr. 1, fremgår:

'Forsikringen giver ikke ret til udbetaling

1. hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden, jf. § 5'.

Klager udfyldte helbredserklæring til brug for tegning af forsikringen den 7. april 2025. Helbreds-erklæringen af 7. april 2025 fremlægges som **bilag B**. Forsikringen trådte derfor i kraft den 1. april 2025.

Sagsfremstilling

Klager ansøgte om udbetaling under forsikringen den 23. juni 2025. Klagers ansøgning af 23. juni 2025 fremlægges som **bilag C**.

Selskabet traf afgørelse om afslag på udbetaling den 24. juni 2025. Selskabets afgørelse af 24. juni 2025 fremlægges som **bilag D**. Af begrundelsen fremgår:

'Du har søgt om udbetaling ved visse kritiske sygdomme, på baggrund af modernærkekræft.

I henhold til dine forsikringsbetingelser udbetaler vi dækningen ved visse kritiske sygdomme, hvis du får en af de kritiske sygdomme, der er nævnt i betingelserne, og hvis du opfylder diagnosebetingelserne for den konkrete lidelse.

Ifølge forsikringsbetingelserne er der en begrænsning som siger:

Forsikring giver ikke ret til en udbetaling, hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikrings ikrafttræden jf. § 5.

Da din forsikring først er i kraft fra 1. april 2025, og din diagnose bliver stillet 17. juni 2025, er der ikke gået 3 måneder. Du er derfor ikke berettiget til en udbetaling for forsikringen ved visse kritiske sygdomme.

Vi har set på det som du har vedlagt samt talt med din bankrådgiver, og det ændrer ikke på vores vurdering'.

Klager indgav efterfølgende en klage til selskabets klageafdeling. Klager anførte navnlig, at han igangsatte processen med oprettelsen af forsikringen allerede den 15. november 2024, men at der opstod gentagne tekniske problemer i selskabets system, som forhindrede ham i at indsende helbredserklæringen og færdiggøre oprettelsen.

Klager anførte samtidig, at banken kunne bekræfte de tekniske problemer i selskabets system og vedlagde dokumenter fra banken vedrørende sagens forløb. Disse dokumenter er fremlagt af klager under ankenævns sagen som 'Log 1' og 'Log 2'.

Selskabet fastholdt efter en gennemgang af dokumenterne fra banken samt telefonisk kontakt til banken, at klager ikke havde godtgjort, at den forsinkede tegning af forsikringen skyldes tekniske problemer i selskabets system, idet banken ikke kunne bekræfte dette.

Selskabets klagesvar af 4. juli 2025 fremlægges som **bilag E**. Af begrundelsen fremgår:

'Vi har gennemgået det fremsendte materiale fra banken, hvor forløbet er beskrevet i arbejdsloggen fra bankens produktionsafdeling. Af materialet fremgår 'Helbred ikke udfyldt endnu' den 11. december 2024, 'Stadig ej udfyldt' den 18. december 2024, 'Stadig ikke udfyldt' den 20. december 2024, 'Stadig ikke udfyldt' den 27. december 2024, 'Vi skal give [klageren] 14 dage mere, og hvis han stadig ikke har udfyldt helbred, skal vi bare afslutte sagen' den 21. januar 2025, 'Ikke udfyldt. Afvent indtil 4/2, hvorefter sagen kan afsluttes, hvis ikke helbred er udfyldt' den 29. januar 2025 samt 'ikke udfyldt så sagen er afsluttet' den 4. februar 2025.

Herudover fremgår 'der er ikke afgivet helbredsoplysninger endnu, har sendt sms med rykker' den 11. marts 2025, 'Stadig ikke helbredsoplysninger' den 14. marts 2025, 'Stadig ikke helbredsoplysninger - skrevet til rådgiver' den 20. marts 2025, 'Stadig ikke helbredsoplysninger' den 28. marts 2025 samt 'Gennemført' den 14. april 2025.

Der fremgår således ikke oplysninger om tekniske problemer på noget tidspunkt i det fremsendte materiale fra banken.

Af e-mail fra banken af 23. juni 2025 fremgår herudover, at de har forsøgt at tegne forsikringen mod kritisk to gange, og begge gange har det været afgivelsen af helbredsoplysninger, der har forsinket processen. Bankens henvisning til forløbet beskrevet i arbejdsloggen gennemgået ovenfor.

Det fremstår på ovenstående baggrund udokumenteret, at den forsinkede tegning af forsikringen skyldes tekniske fejl i systemet. Dette understøttes hverken af det fremsendte

materiale fra banken eller korrespondancen fra banken, som snarere indeholder en beskrivelse af, at den forsinkede tegning af forsikringen skyldes manglende afgivelse af helbredsoplysninger.

Vi har kontaktet banken med henblik på at undersøge, om de kan bekræfte det beskrevne forløb i forhold til længevarende tekniske fejl i vores system i forbindelse med oprettelse af forsikringen. Dette har banken ikke bekræftet.

Vi har ligeledes undersøgt, om der er registreret tekniske fejl eller systemnedbrud hos os af kortere eller længere varighed i den pågældende periode. Det er ikke tilfældet.

Det fremstår herefter i det hele udokumenteret, at gentagne tekniske problemer i vores system skulle være årsagen til, at forsikringen først er blevet oprettet i april 2025.'

Klager har efterfølgende indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring med samme påstand om, at tegningen af forsikringen er blevet forsinket på grund af tekniske fejl hos selskabet.

Sammenfattende bemærkninger

Det er klageren, der skal bevise rigtigheden og størrelsen af sit krav.

Det fremstår i det hele udokumenteret, at tegningen af forsikringen er blevet forsinket på grund af tekniske fejl hos selskabet. Dette bekræftes ikke i dokumenterne fra banken, som tværtimod beskriver en proces, hvor klagers manglende udfyldelse af helbredserklæringen har været årsag til forsinkelsen. Af dokumenterne fra banken fremgår, at banken rykkede klager for udfyldelse af helbredserklæringen, ligesom det også fremgår, at banken var tæt på at afslutte sagen grundet klagers manglende afgivelse af helbredsoplysninger:

'Vi skal give [klageren] 14 dage mere, og hvis han stadig ikke har udfyldt helbred, skal vi bare afslutte sagen'.

Af mail fra banken til klager af 23. juni 2025 fremlagt af klager under ankenævns sagen fremgår ligeledes:

... Vi har forsøgt at tegne forsikringen mod kritisk sygdom to gange, og begge gange har det være afgivelsen af helbredsoplysninger, der har forsinket processen. Forløbet er beskrevet i arbejdsloggen i vores produktionsafdeling, hvor det fremgår, hvordan forløbet hos os har været. Det er det, vi kan bidrage med, da der ikke foregår nogen korrespondance fra os til forsikringsselskabet, før helbredsoplysningerne er på plads. Jeg vedhæfter de to forløb'.

Der fremgår således ingen oplysninger om tekniske problemer hos selskabet i materialet fra banken, som tværtimod beskriver, at banken i perioden fra den 11. december 2024 og frem til den 7. april 2025 har afventet klagers afgivelse af helbredsoplysninger til brug for tegning af forsikringen.

Selskabet fastholder på ovenstående baggrund, at klager ikke er berettiget til udbetaling under forsikringen, fordi forsikringen først er tegnet med virkning fra den 1. april 2025, og klagers diagnose er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden, jf. forsikringsbetingelsernes § 15, nr. 1.

Klager er ikke berettiget til udbetaling."

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

"1. Det er ikke korrekt, at jeg har undladt at indsende helbredsoplysninger

Jeg forsøgte gentagne gange at indsende mine helbredsoplysninger efter forsøg på oprettelse af forsikringen allerede den 15. november 2024 via min bankrådgiver... Upload-processen fejlede hver gang – ikke pga. passivitet fra min side, men pga. tekniske problemer i AP Pensions digitale platform.

2. Banken oplevede samme fejl ved fysisk møde i april

Ved et bankmøde i april 2025 forsøgte [bankrådgiver] at oprette forsikringen med mig fysisk til stede. Vi brugte AP Pensions digitale løsning i Microsoft Edge, som er standardbrowser på alle Windows-computere i Danmark.

Fejlen opstod ved indsendelse af helbredsoplysninger, og det var samme fejl som jeg tidligere oplevede. Først da vi skiftede browser til Google Chrome, lykkedes det at gennemføre oprettelsen. Fejlen blev derfor bekræftet af banken, og [bankrådgiver] har forklaret forløbet telefonisk til AP Pension.

3. Jeg har dokumenteret tekniske fejl – med video og vidne

Jeg har sammen med [teknisk rådgiver] og min revisor, dokumenteret nøjagtig den fejl, der opstår i jeres digitale system. Vi har optaget video og skærbilleder, der viser, hvordan upload af helbredsoplysninger fejler i Microsoft Edge, som er standardbrowseren på alle Windows-computere i Danmark.

At AP Pension afviser, at der har været tekniske problemer, stemmer ikke med virkeligheden. Det er korrekt, at deres systemlog måske ikke viser fejl, men problemet ligger i front-end-brugeroplevelsen, hvor selve upload af helbredsoplysninger blokeres.

Dette er et alvorligt problem, da det betyder, at alle almindelige danskere, der bruger Windows og Microsoft Edge, potentielt rammes af samme fejl. Det er kun muligt at komme videre i oprettelsen, hvis man selv ved, at man skal skifte til en alternativ browser som Google Chrome (Windows) eller Safari (Mac) – hvilket langt de færreste brugere vil vide.

Det er derfor ikke blot min oplevelse, men et generelt tilgængelighedsproblem i AP Pensions løsning, som bør tages i betragtning i denne sag.

4. Jeg har handlet i god tro og i rette tid

Jeg forsøgte at oprette forsikringen allerede i november 2024 og deltog aktivt i flere forsøg – også sammen med banken. Jeg har ikke forsømt noget, men har været forhindret af dokumenterbare tekniske fejl, som AP Pension nægter at anerkende.

Det er derfor urimeligt og i strid med god forsikringsskik, at jeg får afslag baseret på en teknisk ikrafttrædelsesdato, som kun blev fastsat, da det endelig lykkedes at komme igennem systemet via en alternativ browser.

5. Jeg beder derfor Ankenævnet:

- Om at tage stilling til, om dokumenteret teknisk fejl og aktiv handling fra min side bør føre til udbetaling
- Om at vurdere, om kundens faktiske handling og rettidige forsøg bør veje tungere end en formel systemdato, når fejlen skyldes selskabets tekniske platform."

Selskabet har i brev af 20/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Klager har gentaget, at tekniske problemer hos selskabet er årsagen til, at klager først har afgivet helbredsoplysninger til selskabet den 7. april 2025. Klager har tillige anført, at han under et bankmøde i april 2025 forsøgte at oprette forsikringen, hvor samme fejl opstod, og at fejlen blev bekræftet af banken, ligesom banken skulle have forklaret forløbet telefonisk til AP Pension. Imidlertid har hverken klager eller selskabet dokumentation for dette synspunkt. Tværtimod er det dokumenteret, at det er klagers egne forhold i form af manglende afgivelse af helbredsoplysninger, der har forsinket processen.

Banken har ikke over for AP Pension oplyst, at der er sket tekniske fejl i forbindelse med oprettelse af forsikringen. Banken har tværtimod oplyst følgende ved mail til klager af 23. juni 2025:

'Vi har forsøgt at tegne forsikringen mod kritisk sygdom to gange, og begge gange har det være afgivelsen af helbredsoplysninger, der har forsinket processen. Forløbet er beskrevet i arbejdsloggen i vores produktionsafdeling, hvor det fremgår, hvordan forløbet hos os har været. Det er det, vi kan bidrage med, da der ikke foregår nogen korrespondance fra os til forsikringsselskabet, før helbredsoplysningerne er på plads. Jeg vedhæfter de to forløb'.

Bankens mail af 23. juni 2025 er fremlagt under ankenævns sagen af klager selv. De to forløb hos banken er ligeledes fremlagt af klager selv med titlerne 'Log 1' og 'Log 2' og gennemgået i selskabets første indlæg.

Det er korrekt, at selskabet har været i telefonisk kontakt med banken. Banken har imidlertid netop ikke bekræftet det af klager påståede vedrørende tekniske fejl i selskabets system men henvist til indholdet af de to forløb benævnt 'Log 1' og 'Log 2'.

Klager har fortsat ikke bevist, at banken kan bekræfte klagers påstand om, at oprettelsen af forsikringen skyldes tekniske fejl hos selskabet. Tværtimod fremgår det af dokumenterne fra banken, at forsinkelsen skyldes klagers manglende afgivelse af helbredsoplysninger. Banken har rykket klager herfor, ligesom banken har været tæt på at afslutte sagen på grund af klagers manglende indsendelse af helbredsoplysninger i perioden fra november 2024 til april 2025.

Klager her herudover anført, at det 'lykkedes at gennemføre oprettelsen ved skift af internetbrowser til Google Chrome'. Klager har i den forbindelse anført, at 'dette er et alvorligt problem, da det betyder, at alle almindelige danskere, der bruger Windows og Microsoft Edge, potentielt rammes af samme fejl, og at det kun er muligt at komme videre i oprettelsen, hvis man selv ved, at man skal skifte til en alternativ browser – hvilket langt de færreste brugere vil vide. Det er derfor ikke blot min oplevelse, men et generelt tilgængelighedsproblem i AP Pensions løsning, som bør tages i betragtning i denne sag.'

Det af klager beskrevne problem er hverken i sin art eller omfang et problem for selskabets kunder i lignende sager. Klagers påstand om et generelt tilgængelighedsproblem i selskabets løsning

fremstår udokumenteret, ligesom klager fortsat ikke har bevist rigtigheden af sin påstand vedrørende tekniske fejl i selskabets system.

Klager har herudover anført, at han har 'dokumenteret nøjagtig den fejl, der opstår i selskabets digitale system' og fremlagt et skærbillede. Skærbilledet er imidlertid dateret den 1. oktober 2025. Skærbilledet dokumenterer således ikke vedvarende tekniske fejl hos selskabet i perioden fra november 2024 til april 2025, ligesom skærbilledet heller ikke dokumenterer, at klager gentagende gange skulle være blevet forhindret i at gennemføre oprettelsen af forsikringen på grund af systemtekniske fejl.

Sagens samlede oplysninger dokumenterer imidlertid, at klagers manglende afgivelse af helbredsoplysninger er årsag til den forsinkelse, som har medført, at forsikringen først blev oprettet med virkning fra den 1. april 2025.

Selskabet fastholder på ovenstående baggrund, at klager ikke er berettiget til udbetaling under forsikringen, fordi klagers diagnose er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden, jf. forsikringsbetingelsernes § 15, nr. 1.

Selskabet fastholder, at klager ikke er berettiget til udbetaling."

Klageren har i brev af 23/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringen blev igangsat allerede i november 2024 gennem AP Pensions samarbejdspartner [bank], hvor jeg forsøgte at indsende de krævede helbredsoplysninger via AP Pensions digitale link. Systemet fejlede gentagne gange, hvilket betød, at processen ikke kunne gennemføres.

Væsentlig bemærkning

[Bank] er officiel samarbejdspartner med AP Pension i distributionen af netop denne forsikring. Det betyder, at bankens rådgiver i denne sammenhæng har handlet på AP Pensions vegne ved oprettelsen. Når rådgiveren – som både har bevidnet og skriftligt bekræftet systemfejlen – dokumenterer, at indsendelsen fejlede indtil browser blev skiftet, er det uacceptabelt, at AP Pension afviser hændelsen som 'udokumenteret'.

Det viser, at selskabet ikke har foretaget en objektiv eller loyal vurdering, og at deres gentagne påstand om 'ingen tekniske fejl' savner grundlag, når deres egen samarbejdspartner dokumenterer det modsatte.

AP Pension kan derfor ikke fraskrive sig ansvar for en teknisk fejl, der opstod i deres eget system og forhindrede rettidig oprettelse.

Forsinkelsen på ca. 14 dage er fuldt ud dokumenteret og bør ikke fratage mig retten til udbetaling.

...

2. Dokumenterede tekniske fejl

Jeg kontaktede min bankrådgiver straks efter første fejl i november 2024. Fejlen blev forsøgt løst flere gange uden resultat, og det blev aftalt, at jeg skulle møde fysisk i banken den **7. april 2025** for at gennemføre processen sammen med min rådgiver.

Ved dette møde oplevede vi **igen** samme fejl i AP Pensions digitale system. Min (bankrådgiver) kan bekræfte, at systemet ikke accepterede helbredsoplysningerne. Først da vi **skiftede browser til Google Chrome**, lykkedes det at indsende oplysningerne og færdiggøre oprettelsen.

Dette forløb er **bekræftet skriftligt** af (bankrådgiver) den **22. oktober 2025**, som dermed fungerer som uvildigt vidne. At AP Pension i sine bemærkninger påstår, at banken ikke har bekræftet tekniske fejl, er derfor **direkte usandt**. Banken er samarbejdspartner med AP Pension og har ingen interesse i at fordreje forløbet.

3. AP Pensions egne systemkrav og ansvar

Ifølge AP Pensions egen vejledning til digital helbreds erklæring kan erklæringen **udelukkende** udfyldes og indsendes elektronisk via deres eget link. Kunden har **ingen anden mulighed** for at indsende oplysningerne, og systemet kræver NemID-signatur via deres hjemmeside. Når et sådant link ikke fungerer teknisk, bærer selskabet et **objektivt ansvar** for forsinkelsen.

Microsoft Edge er standardbrowser på stort set alle Windows-computere i Danmark. Det er derfor sandsynligt, at mange kunder – herunder jeg selv – anvender denne som udgangspunkt. Fejlen i AP Pensions system opstår netop her, hvilket bekræftes af dokumentation og testoptagelser foretaget af (teknisk rådgiver) i oktober 2025. Der er altså tale om et **tilgængelighedsproblem i AP Pensions digitale løsning**, som kan ramme enhver kunde i samme situation.

4. Bankens rolle og AP Pensions manglende objektivitet

AP Pension hævder, at banken ikke har nævnt tekniske fejl. Dette er misvisende. Bankens mail af **23. juni 2025** (Bilag A) beskriver tydeligt, at forløbet blev forsinket på grund af problemer med afgivelse af helbredsoplysninger via AP Pensions link. Samtidig oplyser banken i deres bekræftelse af **22. oktober 2025** (Bilag B), at der **var tekniske problemer**, og at forsikringen først kunne oprettes efter skift af browser.

AP Pension har ikke rettet henvendelse til banken for at undersøge denne fejl nærmere – de har alene spurgt til oprettelsesdatoen. Dette viser en **manglende objektiv og loyal sagsbehandling**, hvilket strider mod god forsikringskik.

5. Konsekvens og retlig vurdering

Forsinkelsen på cirka **14 dage** skyldes udelukkende AP Pensions egne tekniske forhold. **Jeg har handlet korrekt og rettidigt efter instrukserne, kontaktet banken flere gange og** deltaget i møde for at sikre gennemførelse. Jeg havde **ingen mulighed** for at afhjælpe fejlen selv.

At AP Pension nu forsøger at placere ansvaret på mig, trods dokumenteret systemfejl og vidneudsagn fra deres egen samarbejdspartner, er både **urimeligt og retsstridigt**.

Selskabets afvisning af, at der eksisterer tekniske problemer, er ikke troværdig og modbevises af:

- Bankens bekræftelse af 22.10.2025
- Mail fra 23.06.2025 (bilag A)
- Video og skærmbillede fra (teknisk rådgiver), som dokumenterer systemfejlen i AP Pensions portal (bilag C)"

Selskabet har i brev af 15/11 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Klager har indleveret en mail fra banken af 22. oktober 2025, hvoraf fremgår:

'Hej [klageren]

Som aftalt i telefonen, kan jeg hermed bekræfte, at vi har haft et forløb med oprettelse af forsikring for kritisk sygdom til dig gennem AP Pension.

[Klageren] kontaktede mig telefonisk i slutningen af 2024, da han oplevede problemer med at indsende sine helbredsoplysninger via AP Pensions digitale løsning. Da det ikke lykkedes at få oplysningerne igennem, aftalte vi et fysisk møde den 7. april 2025 for at forsøge at gennemføre oprettelsen sammen.

Under mødet forsøgte vi at indsende helbredsoplysningerne via forsikringsselskabets link på internettet, men systemet fejlede. Vi skiftede herefter til Google Chrome, hvor indsendelsen lykkedes og forsikringen herefter kunne oprettes.

Jeg kan således bekræfte, at der var tekniske problemer ved brug AP Pensions link til afgivelse af Helbredsoplysninger'.

Banken har tidligere alene oplyst følgende, jf. mail fra banken af 23. juni 2025:

'Hej [klageren]

Vi har forsøgt at tegne forsikringen mod kritisk sygdom to gange, og begge gange har det være afgivelsen af helbredsoplysninger, der har forsinket processen. Forløbet er beskrevet i arbejdsloggen vores produktionsafdeling, hvor det fremgår, hvordan forløbet hos os har været. Det er det, vi kan bidrage med, da der ikke foregår nogen korrespondance fra os til forsikringsselskabet, før helbredsoplysningerne er på plads. Jeg vedhæfter de to forløb".

Selskabet har noteret sig de nye oplysninger fra banken af 22. oktober 2025 om, at klager kontaktede banken telefonisk i slutningen af 2024, da han oplevede problemer med at indsende sine helbredsoplysninger via AP Pensions digitale løsning. Af bankens mail af 22. oktober 2025 fremgår imidlertid også, at der først blev aftalt et fysisk møde den 7. april 2025, hvor indsendelsen lykkedes, da der alene var tale om, at en anden browser skulle anvendes.

I den mellemliggende periode – fra slutningen af 2024 til den 7. april 2025 – rykkede banken gentagne gange klager for afgivelsen af helbredsoplysninger. Dette fremgår som også tidligere nævnt af bankens arbejdslog fremlagt som log 1 og 2, hvori nedenstående sagsforløb er beskrevet:

'Helbred ikke udfyldt endnu' den 11. december 2024, 'Stadig ej udfyldt' den 18. december 2024, 'Stadig ikke udfyldt' den 20. december 2024, 'Stadig ikke udfyldt' den 27. december 2024, 'Vi skal give [klageren] 14 dage mere, og hvis han stadig ikke har udfyldt helbred, skal vi bare afslutte sagen' den 21. januar 2025, 'Ikke udfyldt. Afvent indtil 4/2, hvorefter sagen kan afsluttes, hvis ikke helbred er udfyldt' den 29. januar 2025 samt 'ikke udfyldt så sagen er afsluttet' den 4. februar 2025.

Herudover fremgår:

'Der er ikke afgivet helbredsoplysninger endnu, har sendt sms med rykker' den 11. marts 2025, 'Stadig ikke helbredsoplysninger' den 14. marts 2025, 'Stadig ikke helbredsoplysninger - skrevet til rådgiver' den 20. marts 2025, 'Stadig ikke helbredsoplysninger' den 28. marts 2025 samt 'Gennemført' den 14. april 2025.'

Klager reagerede ikke på bankens rykkerhenvendelser og aftalte først den 7. april 2025 et møde med banken, hvor indsendelsen af helbredsoplysninger lykkedes.

Der er således ikke tale om en forsinkelse på ca. 14 dage som anført af klager, men at banken har rykket klager for afgivelse af helbredsoplysninger fra december 2024 og frem til april 2025.

Selskabet finder det på ovenstående baggrund ikke godtgjort, at klagers afgivelse af helbredsoplysninger i april 2025 i det væsentligste kan tilskrives problemer med AP Pensions digitale løsning, men snarere, at klagers passivitet i forbindelse med afgivelsen af helbredsoplysninger trods gentagne rykkere fra banken er årsag til, at helbredsoplysningerne ikke blev indsendt før den 7. april 2025. Forsikringen blev herefter oprettet med virkning fra den 1. april 2025.

Klagers diagnose blev stillet den 17. juni 2025.

Selskabet fastholder på ovenstående baggrund, at klagers diagnose er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden, jf. forsikringsbetingelsernes § 15, nr. 1.

Klager er derfor ikke berettiget til udbetaling."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af klagerens helbredserklæring til selskabet fremgår bl.a.:

"Har du indenfor de seneste 3 år været i kontakt med læge, sygehus, hospital, speciallæge eller anden behandler for svulster, herunder godartede og ondartede tumorer, for eksempel kræft (inklusive kræft i blod og lymfe), forstadier til kræft (celleforandringer), modermærker, polypper og andre godartede svulster? Nej

...

Navn

[Klageren]

Dato

07-04-2025

Den forsikredes underskrift

Underskrevet digitalt

...

Hvornår dækker vi?

Når du har afleveret en begæring om forsikring og helbredsoplysninger til AP Pension eller til vores repræsentant, vil der gå noget tid med at behandle din begæring og bedømme dine helbredsoplysninger.

I den periode er du dækket på følgende måde: Hvis det viser sig, at vi ville have oprettet forsikringen på normale vilkår, dækker vi fra det tidspunkt, du har ønsket. Hvis AP Pension kun kan tilbyde at oprette forsikringen på særlige vilkår, dækker vi fra det ønskede begyndelsestidspunkt, hvis din helbredstilstand ikke har ændret sig, siden du sidst gav os oplysninger om dit helbred."

Ankenævnet for Forsikring

11.

104163

Af prøvesvar af 17/6 2025 fremgår bl.a.:

"Prøvetagningsdato
13.06.2025

...

Diagnose

[1]: Hud på abdomen - superficielt spredende malignt melanom- pT3b- tumortykkelse 2,5 mm- level 3- mitoser dermaltulcus- regression ikke påvist- mikrosatellit ikke påvist- resektionsrande frie- eksisionsbiopsi

Konklusion

Komplet excideret superficielt spredende malignt melanom. Tumors udbredelse svarer til stadium pT3b. Tumortykkelsen er op til 2,8 mm. Der er op til 7 mitoser pr. mm² svarende til den dermale komponent. Der er fokal ulceration.

...

Mikroskopi

[01] Excision fra huden, repræsenterende epidermis, papillære og retikulære dermis med subcutis. Der er akantotisk hyperplasi af epidermis. Svarende til den dermoepidermale overgang ses uregelmæssige reder af epitelioid neoplastiske melanocytter. Melanocytterne indeholder amfotilt cytoplasma og store, uregelmæssige kerner med nukleoletegnings. Der er pletvis lentiginøs proliferation og pagetoid opvækst. Melanocytterne fylder og deformerer papillære dermis (Clark level III). Tumortykkelsen er op til 2,8 mm. Der er op til 7 mitoser pr. mm² svarende til den dermale komponent. Der er radiær spredning af den intraepidermale komponent. Der er fokal lymfocytær infiltration og ansamlinger af melanofager. Der er fokal ulceration. Der er ikke spredning i den kirurgiske resektionsrand.

Makroskopi

[01] Materialeangivelse: ok

Et udsnit fra hud målende 37x15 mm. På overfladen ses en pigmenteret proces, 13 mm i diameter. Processen er blevet dokumenteret ved et makroskopisk billede. Deles i 11 parallel tværsnit. Endestykker i K1. Centrale del i K2-5."

Af ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme af 23/6 2025 fremgår bl.a.:

"Hvad er sygdommens navn? Modermærke kræft

Hvornår blev du syg/indlagt? 13-06-2025

Hvem har stillet diagnosen? Egen læge

...

Har du tidligere fået diagnosticeret en kritisk sygdom? Nej"

Af bankrådgivers e-mail til klageren af 23/6 2025 fremgår bl.a.:

"Vi har forsøgt at tegne forsikringen mod kritisk sygdom to gange, og begge gange har det være afgivelsen af helbredsoplysninger, der har forsinket processen. Forløbet er beskrevet i arbejdsloggen i vores produktionsafdeling, hvor det fremgår, hvordan forløbet hos os har været. Det er det, vi kan bidrage med, da der ikke foregår nogen korrespondance fra os til forsikringsselskabet, før helbredsoplysningerne er på plads.
Jeg vedhæfter de to forløb."

Af bankrådgivers e-mail til klageren af 22/10 2025 fremgår bl.a.:

"Som aftalt i telefonen, kan jeg hermed bekræfte, at vi har haft et forløb med oprettelse af forsikring for kritisk sygdom til dig gennem AP Pension.

[Klageren] kontaktede mig telefonisk i slutningen af 2024, da han oplevede problemer med at indsende sine helbredsoplysninger via AP Pensions digitale løsning. Da det ikke lykkedes at få oplysningerne igennem, aftalte vi et fysisk møde den 7. april 2025 for at forsøge at gennemføre oprettelsen sammen.

Under mødet forsøgte vi at indsende helbredsoplysningerne via forsikringsselskabets link på internettet, men systemet fejlede.

Vi skiftede herefter til Google Chrome, hvor indsendelsen lykkedes og forsikringen herefter kunne oprettes.

Jeg kan således bekræfte, at der var tekniske problemer ved brug AP Pensions link til afgivelse af helbredsoplysninger."

Af bankens log 1 fremgår bl.a.:

"Opgavenavn OPFØLGN – Kritisk sygdom – afventer helbredserklæring udfyldt
Beskrivelse Der er sendt helbredslink til [klageren] til afgivelse af kort helbred.
Når helbred er på plads, bedes der tegnet kritisk sygdom på 330.000 kr.

Bemærkninger

2024-12-11 / ...

Helbred er ikke udfyldt endnu.

2024-12-18 / ...

18.12.24/...

Stadig ej udfyldt

2024-12-20 / ...

D. 20.12.2024 / ...

Stadig ikke udfyldt.

SMS er sendt til kunden via FKS d.d.

2024-12-27 / ...

Stadig ikke udfyldt

2025-01-07 / ...

Talt med [klagerens bankrådgiver] - han har møde med kunden i næste uge - vi flytter opgaven

2025-01-21 / ...

Har skrevet til ... Vi skal give [klageren] 14 dage mere, og hvis han stadig ikke har udfyldt helbred, skal vi bare afslutte sagen..!!

2025-01-29 / ...

Ikke udfyldt. Afvent indtil 4/2, hvorefter sagen kan afsluttes, hvis ikke helbred er udfyldt.

2025-02-04 / ...

ikke udfyldt så sagen er afsluttet"

Ankenævnet for Forsikring

13.

104163

Af bankens log 2 fremgår bl.a.:

"**Opgavenavn** A: Kritisk sygdom – Helbredsoplysninger er afgivet

...

Bemærkninger 2025-02-26 / ...

Ikke udfyldt helbredsoplysninger

2025-03-04 / ...

04-03-2025 ...

Der er ikke afgivet helbredsoplysninger endnu

2025-03-11 / ...

11-03-2025 ...

der er ikke afgivet helbred endnu, har sendt sms med rykker.

2025-03-14 / ...

Stadig ikke helbredsoplysninger

2025-03-20 / ...

Stadig ikke helbredsoplysninger - skrevet til rådgiver

2025-03-28 / ...

Stadig ikke helbredsoplysninger

2025-04-14 / ...

Gennemført"

Af skærbillede og e-mail fra klagerens tekniske rådgiver fremgår bl.a.:

"

Vi har testet formularen også, som du kan se her, fejler den hver eneste vi gang vi forsøger at bruge den.

Vedhæftet billede af fejlmeddelelsen der opstår:



Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ 4 Helbredsoplysninger

Forsikrede optages i Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme, hvis selskabet vurderer, at forsikrede afgiver tilfredsstillende risiko- og helbredsoplysninger til selskabet.

§ 5 Forsikringens ikrafttræden

Forsikringen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i anmodningen, hvis selskabet antager forsikringen, jf. § 4. se dog § 15, nr. 1. Ikrafttrædelsesdag er altid den første i en måned. Er der ikke anført en ikrafttrædelsesdag, træder forsikringen i kraft den første i den måned, hvor forsikringssøgende har underskrevet anmodningen.

...

§ 14 Dækning ved visse kritiske sygdomme

Stk. 1. Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under §§ 14 A-Ø. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.

...

Stk. 6. Følgende diagnoser er omfattet af Forsikring ved Visse Kritiske Sygdomme:

A. VISSE FORMER FOR KRÆFT

En ondartet (malign) svulst (tumor), diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfeknuder og andre organer (metastasering).

Undtaget fra forsikringsdækningen er:

...

- Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1B-4 (malignt melanom)

...

§ 15 Begrænsninger i forsikringsdækningen

Forsikringen giver ikke ret til udbetaling:

1. hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden jf. § 5."

Klageren har indsendt en video, hvor klagerens tekniske rådgiver forsøger at udfylde en af selskabets helbredserklæringer. Efter vedkommende har udfyldt erklæringen, ses computerens skærbillede i to minutter med teksten "Vent et øjeblik ... Der skabes en pdf udgave af helbredserklæringen. Det kan tage op til et par minutter", hvorefter skærbilledet ændres til, at der står "system fejl".

Nævnet udtaler:

Klageren blev diagnosticeret med modermærkekræft den 17/6 2025. Klageren ønsker dækning for visse kritiske sygdomme. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at diagnosen er

Ankenævnet for Forsikring

15.

104163

stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden, idet klageren først fik forsikringen via sin bank den 1/4 2025.

Klageren har anført, at oprettelsen af forsikringen blev igangsat allerede i november 2024, og at oprettelsen alene blev forsinket på baggrund af tekniske problemer i selskabets system. Fejlen opstod ved indsendelse af helbredsoplysninger, og han gentagende gange forsøgte at indsende oplysningerne, men upload-processen fejlede hver gang. Klageren har anført, at han straks kontaktede sin bankrådgiver, og at fejlen blev forsøgt løst flere gange uden held, hvorfor det blev aftalt, at de skulle mødes fysisk i banken den 7/4 2025 for at gennemføre processen. Klageren har sammen med sin tekniske rådgiver og revisor dokumenteret fejlen via video og skærmbilleder. Problemet ligger i front-end-brugeroplevelsen, hvor selve upload af helbredsoplysninger blokeres. Klageren har anført, at han har handlet i god tro, og at det er urimeligt, at han skal bære ansvaret for fejlen, idet selskabet ikke kan fraskrive sig ansvaret for en teknisk fejl i deres eget system. Klageren har anført, at han ikke havde mulighed for at afhjælpe fejlen selv.

Selskabet har anført, at forsikringen ikke giver ret til udbetaling, hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden. Idet klageren først udfyldte helbredserklæringen den 7/4 2025, så forsikringen trådte i kraft pr. 1/4 2025, kan klageren ikke få forsikringsdækning. Selskabet har anført, at det er udokumenteret, at tegningen er forsikringen er blevet forsinket på grund af tekniske fejl hos selskabet, idet selskabet ikke har registreret tekniske fejl eller systemnedbrud fra november 2024 til april 2025, ligesom der ikke har været problemer for andre kunder i lignende sager. Selskabet har anført, at log-filerne fra banken viser, at banken rykkede klageren for udfyldelse af helbredserklæring flere gange, og at banken var tæt på at afslutte sagen grundet klagerens manglende udfyldelse. Selskabet har anført, at det skærmbillede, som klageren har indsendt, er dateret den 1/10 2025, hvorfor det ikke dokumenterer, at der var en vedvarende fejl hos selskabet fra november 2024 til april 2025. Selskabet har anført, at banken ikke over for selskabet har bekræftet, at der var en teknisk fejl i forbindelse med oprettelsen af forsikringen.

Ankenævnet for Forsikring

16.

104163

Det fremgår af klagerens helbredserklæring til selskabet, at denne blev underskrevet digitalt den 07-04-2025.

Det fremgår af prøvesvar af 17/6 2025, at "Hud på abdomen - superficielt spredende malignt melanom- pT3b- tumortykkelse 2,5 mm- level 3- mitoser dermaltulcus- regression ikke påvist- mikrosatellit ikke påvist- resektionsrande frie- eksscisionsbiopsi".

Det fremgår af bankrådgivers e-mail til klageren af 23/6 2025, at "Vi har forsøgt at tegne forsikringen mod kritisk sygdom to gange, og begge gange har det være afgivelsen af helbredsoplysninger, der har forsinket processen. Forløbet er beskrevet i arbejds-loggen i vores produktionsafdeling, hvor det fremgår, hvordan forløbet hos os har været. Det er det, vi kan bidrage med, da der ikke foregår nogen korrespondance fra os til forsikringsselskabet, før helbredsoplysningerne er på plads".

Det fremgår af bankrådgivers e-mail til klageren af 22/10 2025, at "[Klageren] kontaktede mig telefonisk i slutningen af 2024, da han oplevede problemer med at indsende sine helbredsoplysninger via AP Pensions digitale løsning. Da det ikke lykkedes at få oplysningerne igennem, aftalte vi et fysisk møde den 7. april 2025 for at forsøge at gennemføre oprettelsen sammen. Under mødet forsøgte vi at indsende helbredsoplysningerne via forsikringsselskabets link på internettet, men systemet fejlede. Vi skiftede herefter til Google Chrome, hvor indsendelsen lykkedes og forsikringen herefter kunne oprettes. Jeg kan således bekræfte, at der var tekniske problemer ved brug AP Pensions link til afgivelse af helbredsoplysninger".

Det fremgår af bankens log 1, at "Opgavenavn OPFØLGN – Kritisk sygdom – afventer helbredserklæring udfyldt. Beskrivelse. Der er sendt helbredslink til [klageren] til afgivelse af kort helbred... 2024-12-11 /Helbred er ikke udfyldt endnu... 18.12.24/ Stadig ej udfyldt. D. 20.12.2024 / Stadig ikke udfyldt. SMS er sendt til kunden via FKS d.d. 2024-12-27 / Stadig ikke udfyldt. 2025-01-07 / Talt med [klagerens bankrådgiver] - han har møde med kunden i næste uge - vi flytter opgaven. 2025-01-21 / Har skrevet til ... Vi skal give [klageren] 14 dage mere, og hvis han stadig

Ankenævnet for Forsikring

17.

104163

ikke har udfyldt helbred, skal vi bare afslutte sagen...!! 2025-01-29 / Ikke udfyldt. Afvent indtil 4/2, hvorefter sagen kan afsluttes, hvis ikke helbred er udfyldt. 2025-02-04 / ikke udfyldt så sagen er afsluttet".

Det fremgår af bankens log 2, at "2025-02-26 /Ikke udfyldt helbredsoplysninger... 04-03-2025. Der er ikke afgivet helbredsoplysninger endnu... 11-03-2025. Der er ikke afgivet helbred endnu, har sendt sms med rykker. 2025-03-14 / Stadig ikke helbredsoplysninger. 2025-03-20 / Stadig ikke helbredsoplysninger - skrevet til rådgiver. 2025-03-28 / Stadig ikke helbredsoplysninger. 2025-04-14 /Gennemført".

Det fremgår af skærbillede og e-mail fra klagerens tekniske rådgiver, at "Vi har testet formularen også, som du kan her, fejler den hver eneste gang vi forsøger at bruge den. Vedhæftet billede af fejlmeddelelsen der opstår... System fejl".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 5, at "Forsikringen træder i kraft den dag, der er anført som ikrafttrædelsesdag i anmodningen, hvis selskabet antager forsikringen, jf. § 4. Se dog § 15, nr. 1. Ikrafttrædelsesdag er altid den første i en måned. Er der ikke anført en ikrafttrædelsesdag, træder forsikringen i kraft den første i den måned, hvor forsikringssøgende har underskrevet anmodningen". Det fremgår af § 15, at "forsikringen giver ikke ret til udbetaling: hvis diagnosen er stillet tidligere end 3 måneder efter forsikringens ikrafttræden jf. § 5".

Nævnet bemærker, at forsikringen trådte i kraft pr. 1/4 2025, hvorfor klageren efter aftalegrundlaget ikke har ret til erstatning ved kritisk sygdom, idet klageren fik modernærkekræft den 17/6 2025, hvilket er inden udløbet af den 3 måneders karensperiode.

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet ifalder et erstatningsansvar over for klageren for de fejl, der måtte have være i selskabets systemer, idet nævnet må lægge til grund, at klageren/banken – da man forsøgte at uploade oplysningerne – blev gjort bekendt med, at oplysningerne ikke var uploadet korrekt. Selskabets eventuelle systemfejl har derfor

Ankenævnet for Forsikring

18.

104163

ikke givet klageren en berettiget forventning om, at han før den 1/4 2025 havde forsikring vedr. kritisk sygdom.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på bankens logfiler, hvor det fremgår, at banken to gange fra december 2024 til april 2025 har meddelt klageren, at forsikringen først kunne blive oprettet, når helbredsoplysningerne var udfyldt.

Nævnet har videre lagt vægt på, at klageren ikke har dokumenteret, at han eller banken har haft kontakt til selskabet for at få løst eventuelle tekniske problemer, og at selskabet herefter har undladt at hjælpe klageren/banken med at finde en løsning på problemet.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings