

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 17. december 2025 blev i sag nr. 104237:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Euro Accident Danmark
filial af Euro Accident Livförsäkring AB
Ørestads Boulevard 69, 2.
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 1/9 2025 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg ønsker at klage over Euroaccidents afslag på udbetaling af kritisk sygdomsdækning i forbindelse med min muskelsvind (FSHD).

Baggrund

Jeg fik i 2023 mistanke om muskelsvind og blev udredt. November 2023 anmeldte jeg sygdommen til Euroaccident, mens jeg var dækket gennem min arbejdsgivers forsikringsordning. Euroaccident indhentede journaler, men da diagnosen ikke var endelig bekræftet på daværende tidspunkt, blev sagen sat i bero.

I juni 2024 skiftede min arbejdsgiver forsikringsselskab, og Euroaccident lukkede sagen med besked om, at jeg kunne vende tilbage, når diagnosen var stillet. (hvorfor?)

I april 2025 fik jeg endeligt genetisk svar, der bekræftede muskelsvind (FSHD). Euroaccident afviste derefter sagen med henvisning til, at diagnosen først var stillet efter forsikringens ophør.

Min indsigelse

Jeg mener, at afvisningen er urimelig og i strid med forsikringsaftaleloven samt almindelig god forsikringsskik:

Muskelsvind er en genetisk sygdom, som var til stede før den endelige genetiske test. Det bør være anmeldelsestidspunktet - hvor jeg stadig var dækket og betalte til forsikringen - der gælder, ikke den sene laboratoriebekræftelse.

Jeg fulgte alle instruktioner fra Euroaccident og anmeldte korrekt, mens jeg var omfattet. At sundhedsvæsenets genetiske test trak ud, bør ikke stilles mig til last.

Jeg havde ingen indflydelse på, at min arbejdsgiver skiftede forsikringsselskab. At placere risikoen for dette hos kunden er både urimeligt og reelt en udhuling af dækningen.

Euroaccident har kommunikeret uklart og selvmodsigende. De oplyste, at sagen kunne genoptages ved nyt i sagen, men afviser nu under henvisning til, at dækningen er ophørt. Det efterlader indtryk af, at de søger en begrundelse for at undgå udbetaling.

Jeg føler mig krænket af, at jeg gentagne gange er blevet bedt om at udlevere følsomme oplysninger, herunder fulde journaler og genetiske tests, som Euroaccident selv har krævet - uden at det reelt bliver taget i betragtning til min fordel.

Hvad jeg beder Ankenævnet tage stilling til

- Om diagnosetidspunktet i dette tilfælde bør anses for anmeldelsesdatoen i 2023, da sygdommen allerede var til stede og under udredning.
- Om Euroaccident har handlet i overensstemmelse med god forsikringsskik ved at afvise sagen på det anførte grundlag.
- Om det er rimeligt, at et forsikringsselskab kræver adgang til journaler og genetiske tests, men derefter tilsidesætter oplysningerne.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Formålet med min klage er at få anerkendt min ret til erstatning fra skadens anmeldelsestidspunkt, uden urimelige krav om genetiske tests eller fuld journaludlevering. Jeg ønsker derfor, at sagen prøves af Ankenævnet for en uvildig vurdering."

Selskabet har den 15/9 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager har tidligere haft en forsikringsordning hos Euro Accident. Som bilag A fremlægges Klagers forsikringsbevis, og som bilag B fremlægges de tilhørende betingelser.

Klagers arbejdsgiver valgte at skifte pensions- og forsikringsleverandør pr. 30. april 2024.

Hvad handler tvisten om - parternes overordnede synspunkter?

Twisten omhandler, hvorvidt Klager er berettiget til udbetaling ved kritisk sygdom.

Klager gør gældende, at Euro Accidents afslag er urimeligt og er i strid med forsikringsaftaleloven samt almindelig god forsikringsskik, og at det bør være anmeldelsestidspunktet, der er gældende.

Euro Accident gør gældende, at det er diagnosetidspunktet, der er gældende, og at Klagers forsikring var flyttet til anden forsikringsleverandør på tidspunktet, hvor diagnosen blev stillet.

Sagsfremstilling

Klager fik en forsikringsordning hos Euro Accident den 1. oktober 2023 via sin arbejdsgiver, [arbejdsgiver], herunder en dækning ved kritisk sygdom på 100.000 kr. Klagers forsikringer blev efterfølgende justeret, så hans løn blev retvisende, og hans dækning ved kritisk sygdom blev ændret til 150.000 kr. Velkomstbrev af 23. oktober 2023 fremlægges som bilag C.

Klager indsendte skadesanmeldelse ved kritisk sygdom den 11. december 2023. Skadeanmeldelse fremlægges som bilag D.

Den 13. december 2023 anmodede Euro Accident om Klagers journal.

Den 10. januar 2024 modtog Euro Accident journalen. Journalen fremlægges som bilag E.

Det fremgår af journalen, at Klager var til undersøgelse på neurologisk klinik for nerve- og muskelsygdomme den 17. november 2023, og af s. 3 (Konklusion og plan) fremgår, at:

Pt set m. Ovl ... som har konf pt m. Prof ..., primært må mistænkes FSHD, udredes med:

Rp Blodprøver m. myopatiprøver

Rp Gentest for FSDH (+sendes inbasket til ... ift dette)

Rp Fysioterapeutisk vurdering ift muskulær status

Rp Klinisk kontrol og tid til svar på genundersøgelse når denne foreligger

Info: Pt. Informeret om, forstår og accepterer ovenstående plan. Udfyldt samtykkeerklæring til genetisk undersøgelse, når denne lagt til indskanning. Opfordret til at fortsætte men fysisk træning. FMK gennemgået og ajourført.

Den 18. januar 2024 skrev Euro Accident til Klager (Klagers bilag januar 2024), at der på dette tidspunkt endnu ikke var stillet en endelig diagnose, og at en endelig afgørelse ville afvente om resultatet af den kontrol som Klager skulle til.

Den 4. juni 2024 skrev Euro Accident, at Klager ikke havde henvendt sig og oplyst om en endelige diagnose, og at sagen ville blive afsluttet ultimo juni 2024. Klager blev også vejledt om, at han var velkommen til at kontakte Euro Accident igen, såfremt han på et senere tidspunkt ville få stillet diagnosen. (Klagers bilag juni 2024)

Den 6. juni 2024 ringede Klager til Euro Accident. Sagsbehandleren har noteret følgende fra samtalen:

Tlf. fra kunden. Han får ikke svar før måske om et år. Vi aftaler, at vi lukker sagen for nu, men at han er velkommen til at vende tilbage til os, når der evt. er svar. Han fratræder 1. juli 2024, så har sagt til ham, det er vigtigt, han viderefører sine dækninger.

Den 1. juli 2024 skrev Euro Accident til Klager, at hans ordninger var ophørt pr. 30. april 2024 i forbindelse med, at hans arbejdsgiver havde valgt en ny forsikringsleverandør (Klagers bilag juli 2024).

Den 5. juli 2024 ringede Klager til Euro Accident. Sagsbehandleren har noteret følgende fra samtalen.

Tlf samtale med kunden da han ønsker videreførsel pga. udredning for KS. Da firma er flyttet til ny leverandør før kunden fratræder, er det hos den nye leverandør, ordningen skal videreføres via. Afklaret pr. tlf - han kontakter det nye selskab.

Den 31. marts 2025 ringede Klager og oplyste, at han havde fået den endelige diagnose, og Euro Accident anmodede om nye journaloplysninger. Klager indsendte en underskrevet samtykkeerklæring den 2. april 2025, som gav Euro Accident ret til at indhente relevante journaloplysninger. Samtykkeerklæringen fremlægges som bilag F.

Den 5. juni 2025 modtog Euro Accident den nye journal fra neurologisk klinik for nerve- og muskelsygdomme. Journalen fremlægges som bilag G.

Den 16. juni 2025 modtog Euro Accident journal fra afdeling fra Genetik og et revideret svar dateret 21. marts 2025. Journalen og det reviderede svar fremlægges som bilag H og bilag I.

Det fremgår af journalen (bilag H) fra den 12. december 2024, at:

Udredt i Neuromuskulært ambulatorium hvor man på mistanke om FSHD har sendt blodprøve til klinisk genetik ... Patienten henvist hertil med henblik på supplerende udredning, da analysesvar ikke er entydigt....

...Det kan ikke på det foreliggende sikkert afklares, om fundet er foreneligt med diagnosen FSHD. Man foreslår derfor supplerende udredning med ny (Bionano) metode.

Det fremgår videre, at Klageren fik stillet diagnosen FSHD den 31. marts 2025.

Den 10. juli 2025 sendte Euro Accident et afslag på udbetaling ved kritisk sygdom til Klager. (Klagers bilag afslag, juli 2025)

Forsikringsvilkår

1.3 Dækningstidspunkt

Udbetaling af dækning forudsætter, at sygdommen diagnosticeres, og de øvrige betingelser for dækning er opfyldt i forsikringstiden. Det er således diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke sygdommens begyndelse eller det tidspunkt, hvor den forsikrede får kendskab til sygdommen.

1.8.8.6 Muskelsvind

Forsikringen dækker muskellidelse - enten af Limb-girdle typen, Facio-skapulo-humeral typen, Duchennes, Beckers, Okulopharyngealmuskeldystrofi, Dystrofia myotonica eller Charcot-Marie-Tooths sygdom - som medfører et vedvarende, fremadskridende tab af muskelmasse. Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet følgende diagnose, har forsikrede ikke krav på udbetaling under dette punkt, jf. pkt. 1.4 og 1.5: - 1.8.8.4 Myasthenia gravis

Begrundelse for selskabets afgørelse

Klager har gjort gældende, at Euro Accidents afslag på udbetaling ved kritisk sygdom er i strid med forsikringsaftaleloven samt almindelig god forsikringsskik.

Klager har videre gjort gældende, at det bør være anmeldelsestidspunktet, der skal være afgørende og ikke diagnosetidspunktet.

Euro Accident skal hertil bemærke, at det fremgår af forsikringsbetingelserne pkt. 1.3, at det er en forudsætning, at sygdommen diagnosticeres, og at det er diagnosetidspunktet, der er afgørende. Klager fik først stille en endelig diagnose i marts 2025, hvilket var efter, at ordningen var ophørt hos Euro Accident.

Euro Accidents skadeafdeling har ikke kunne se, at Klagers ordning skulle skifte leverandør før efter 1. juli 2024, hvor Klager fik et brev om, at hans ordning var flyttet, og har derfor fortsat dialogen med Klager og behandling af sagen frem til dette tidspunkt.

Euro Accident har ikke haft indflydelse på arbejdsgivers valg om at skifte forsikringsleverandør. Reglerne for leverandørskifte er beskrevet i Leverandørskifteaftalen, og det er modtagende selskab, der har rådgivningsforpligtelse.

Da Klager kontaktede Euro Accident den 5. juli 2024 med ønske om at videreføre sine forsikringer, henviste Euro Accident til modtagende selskab, da Klager først var blevet opsagt efter tidspunktet for leverandørskiftet.

Da Klager kontaktede Euro Accident den 31. marts 2025 indhentede Euro Accident forsikredes journaler for at undersøge, om Klager havde fået stillet en endelig diagnose i forsikringstiden hos Euro Accident. Klager accepterede dette ved at underskrive en samtykkeerklæring.

Inden Klagers kontakt den 31. marts 2025 havde Euro Accident alene journaloplysninger frem til den 10. januar 2024. Indhentelsen af de nyere journaloplysninger har været relevante i forhold til den omhyggelige og grundige sagsbehandling, som Euro Accident har ønsket at yde for at kunne træffe en korrekt afgørelse.

Konklusion

Euro Accidents afslag om udbetaling ved kritisk sygdom er korrekt, da Klager først fik stillet sin diagnose, efter at ordningen var flyttet til andet selskab. Selskabet fastholder således sin afgørelse."

Klageren har i brev af 16/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg mener, at anmeldelsestidspunktet bør være afgørende for denne sag. Muskelsvind (FSHD) er en genetisk sygdom, der var til stede, da jeg anmeldte min sygdom i november 2023. Jeg fulgte alle procedurer og anmeldte korrekt, mens jeg stadig var dækket og betalende til forsikringen. Det er urimeligt, at diagnosetidspunktet - som først blev bekræftet i marts 2025 - afgør retten til udbetaling, når sygdommen allerede var til stede.

Euro Accident har gentagne gange krævet adgang til mine journaler og genetiske testresultater, som er meget personfølsomme oplysninger. Det føles krænkende og urimeligt, at jeg skulle udlevere disse oplysninger, som selskabet selv har bedt om, uden at det gav mig nogen fordel i sagen.

Euro Accident har tidligere oplyst, at sagen kunne genoptages, hvis der forelå nye oplysninger. Alligevel afvises sagen nu på baggrund af diagnosetidspunktet. Dette virker selvmodsigende og giver indtryk af, at selskabet søger en begrundelse for ikke at udbetale forsikringssummen.

Slutteligt havde jeg ingen indflydelse på, at min arbejdsgiver skiftede forsikringsselskab. Det er urimeligt, at risikoen for dette placeres hos mig som forsikringstager, som har betalt til ordningen i anmeldelsestidspunktet.

Jeg ønsker, at Ankenævnet foretager en uvildig vurdering af min sag, at anmeldelsestidspunktet november 2023, anses som afgørende, og at jeg anerkendes som berettiget til udbetaling af den forsikringssum, jeg havde krav på på dette tidspunkt."

Sekretariatet bad den 14/10 2025 selskabet om at fremlægge notaterne fra de omtalte telefonsamtaler den 6/6 2024 og den 5/7 2024. Klageren har i brev af 24/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg ønsker hermed at knytte bemærkninger til de interne notater og oplysninger, som Euro Accident har indsendt til sagen. Flere punkter fremstår både selvmodsigende og misvisende i forhold til det faktiske forløb. Jeg er virkelig træt af det her, og jeg føler mig virkelig snydt. Det er frustrerende for mig, og det går mig rigtig meget på, at man kan blive behandlet på den måde. Man kan føle sig som et barn.

I Euroaccidents notat står der, at 'vi aftaler, at vi lukker sagen for nu, men at han er velkommen til at vende tilbage til os, når der evt. er svar.'

Jeg må understrege, at det netop var det, jeg gjorde - jeg fulgte deres vejledning og vendte tilbage, da jeg fik det genetiske svar, som bekræftede muskelsvind (FSHD). At selskabet efterfølgende afviser sagen med henvisning til, at diagnosen først blev stillet efter forsikringens ophør, er derfor selvmodsigende. Jeg fulgte deres anvisning, handlede loyalt og rettidigt, og jeg kan ikke stilles dårligere, fordi sundhedssystemets genetiske test tog lang tid.

I notatet fra den 5. juli står der, at 'kunden ønskede videreførsel pga. udredning for KS, da firma er flyttet til ny leverandør før kunden fratræder.' Der står også, at det var 'afklaret pr. tlf.' Dette er ikke korrekt. Der blev aldrig lavet nogen konkret aftale om videreførsel af dækningen. Derudover havde jeg ikke fuldtidsarbejde efter 1. februar 2024, hvilket gjorde det umuligt at videreføre en ordning, jeg ikke længere var berettiget til at betale til som medarbejder.

Det virker både administrativt og kundemæssigt urimeligt, at Euro Accident vælger at lukke sagen - og samtidig skriver, at jeg kan vende tilbage, når der foreligger nyt. Hvis hensigten var at genoptage sagen, når diagnosen forelå, burde sagen have været sat i bero eller midlertidigt hvil, ikke lukket. At selskabet vælger at lukke sagen, for derefter at afvise genoptagelse på baggrund af ophørt dækning, fremstår som en omgåelse af deres egen vejledning og undergraver min retsstilling.

Jeg anser fortsat, at jeg har krav på udbetaling af den forsikringssum, som dækningen omfatter. Jeg anmeldte sygdommen i november 2023, mens jeg var fuldt dækket og betalte til ordningen. Diagnosen bekræfter blot det, der allerede var til stede - og som jeg havde søgt hjælp til under forsikringsperioden. Jeg handlede i god tro og fulgte Euroaccidents instruktioner.

At min arbejdsgiver skiftede forsikringsselskab, og at den genetiske udredning tog tid, er faktorer, jeg ikke havde nogen indflydelse på, og som ikke bør fratage mig min ret til dækning."

Ankenævnet for Forsikring

7.

104237

Selskabet har i brev af 28/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Klager oplyser, at han ikke har haft fuldtidsarbejde efter 1. februar 2024.

Euro Accident skal bemærke, at Klager ikke var registreret som fratrådt i Euro Accidents systemer på leverandørskiftetidspunktet, og at han selv har oplyst, at han ville fratræde den 1. juli 2024.

Leverandørskiftet skete den 1. maj 2024 jf. Klagers bilag juli 2024. Det fremgik af brevet, at Klagers forsikringer i Euro Accident var ophørt den 30. april 2024."

Klageren har i brev af 30/10 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg ønsker at gøre Ankenævnet opmærksom på, at Euro Accident i deres notater har skrevet, at jeg 'fratræder 1. juli 2024' og derfor skulle videreføre mine forsikringer. Dette er forkert. Jeg fratrådte ikke.

Min arbejdsgiver ændrede min kontrakt fra fuldtid til deltid pr. 1. februar 2024 som følge af interne ændringer og afsluttede sager - det var ikke mit eget valg, og jeg havde fortsat tilknytning til arbejdsgiveren. I kan med fordel kontakte dem, så dette kan bekræftes. Jeg synes dog ikke, at det er her at fokus bør være. Fokus bør være på anmeldelsestidspunktet og, at jeg får at vide at jeg kan komme retur til Euroaccident, når det er der er nyt i sagen.

At Euro Accident behandler mig som 'fratrådt' har haft direkte betydning for afslaget og giver et fejlagtigt billede af, at jeg selv skulle have været ansvarlig for at videreføre dækningen. Jeg kan ikke stilles dårligere forsikringsmæssigt, fordi min arbejdsgiver ændrer mit timetal, mens jeg fortsat er i ansættelse og allerede har anmeldt sygdommen.

Desuden er det bemærkelsesværdigt, at Euro Accident både vælger at lukke sagen og samtidig skrive, at jeg 'er velkommen til at vende tilbage, når der er nyt'. Det viser en selvmodsigelse i sagsbehandlingen: Man kan ikke lukke en sag og samtidig holde den åben betinget af ny information - det skaber uklarhed og usikkerhed for forsikringstageren. For mig er det et klart billede af, at de undgår at skulle give mig den udbetaling, som jeg har ret til.

Jeg handlede loyalt efter deres instruktion om at vende tilbage, når jeg fik nyt i sagen, hvilket jeg gjorde, da jeg modtog den genetiske bekræftelse i 2025. Jeg kan ikke stilles til regnskab for, at den genetiske test tog 1 år og 4 måneder. Det skal desuden gøres opmærksom på, at det var Euroaccident der bad mig om en udvidede test.

Min klare opfattelse er, at Euro Accidents behandling af sagen har været præget af manglende konsekvens, urimelig administration og fejlfortolkning af mit ansættelsesforhold, og at jeg fortsat bør have krav på udbetaling af forsikringssummen, da den blev anmeldt da jeg betalte til dem.

Jeg beder Ankenævnet om at lægge vægt på ovenstående oplysninger i deres vurdering, særligt: at jeg ikke fratrådte min stilling, men fik ændret timetal af min arbejdsgiver, at sygdommen allerede var anmeldt og under udredning i forsikringstiden, og at Euro Accident selv bad mig vende tilbage, når der kom nyt - hvilket jeg gjorde loyalt og rettidigt.

Ankenævnet for Forsikring

8.

104237

Jeg anmoder derfor Ankenævnet om at tage stilling til, om Euro Accidents afslag kan anses for at være i strid med god forsikringsskik, samt om anmeldelsestidspunktet i 2023 bør være det gældende grundlag for dækning."

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

Det fremgår af skadeanmeldelse af 11/12 2023:

"2.1 Angiv hvilken kritisk sygdom din henvendelse drejer sig om

Muskelsvind

...

5 Hvilken dato blev diagnosen stillet?

5.1 Dato: 17. november 2023"

Det fremgår af selskabets brev til klageren den 18/1 2024:

"Vurdering af Visse Kritiske Sygdomme

Vi har gennemgået dine journaloplysninger.

På nuværende tidspunkt, fremgår der ikke af journalerne, at der er stillet en endelig diagnose. Af journalnotatet fra den 17. november 2023, er der bestilt forskellige undersøgelser og når der foreligger svar på alle disse, skal du ind til en klinisk kontrol og have svar på undersøgelserne.

Vi må derfor afvente, at du har været til denne kontrol, før der kan tages stilling til, hvorvidt du opfylder betingelserne for udbetaling ved visse kritiske sygdomme.

Når du har været til kontrollen og modtaget svar, er du velkommen til at kontakte os, så vi kan indhente nye journaloplysninger."

Det fremgår af selskabets brev den 4/6 2024:

"Vi har behov for oplysninger

Vi har tidligere skrevet til dig i forhold til din anmeldelse om udbetaling ved visse kritiske sygdomme.

Vi har fortsat ikke hørt fra dig i forhold til en endelig diagnose.

Hører vi ikke fra dig inden ultimo juni 2024 afsluttes din anmeldelse. Hvis du på et senere tidspunkt, får stillet diagnosen, er du mere end velkommen til at kontakte os igen."

Det fremgår af selskabets telefonnotat fra samtale med klageren den 6/6 2024:

"Tlf. fra kunden. Han får ikke svar før måske om et år. Vi aftaler at vi lukker sagen for nu, men at han er velkommen til at vende tilbage til os, når der evt. er svar. Han fratræder 01.07.24, så har sagt til ham det er vigtigt han viderefører sine dækninger."

Ankenævnet for Forsikring

9.

104237

Det fremgår af selskabets brev den 1/7 2024:

"Ny forsikringsleverandør

...

Dine forsikringer i Euro Accident er ophørt den 30. april 2024, i forbindelse med din arbejdsgiver har valgt en ny forsikringsleverandør.

Har du spørgsmål til leverandørskiftet, beder vi dig kontakte din rådgiver."

Det fremgår af selskabets telefonnotat fra samtale med klageren den 5/7 2024:

"Tlf samtale med kunden da han ønsker videreførsel pga udbedring for KS.

Da firma er flyttet til ny leverandør før kunden fratræder, er det nye leverandør ordning skal videreføres via.

Afklares pr. tlf - han kontakter nye selskab."

Det fremgår af selskabets brev den 1/4 2025:

"Anmeldelse om udbetaling ved en kritisk sygdom

Vi har brug for nye oplysninger i forbindelse med vurderingen af din sag vedrørende Visse Kritiske Sygdomme. I den forbindelse kan vi se, at dit samtykke er udløbet. Vi skal derfor bede dig underskrive et nyt samtykke:

...

Når vi har modtaget samtykket retur, vil vi indhente de nyeste oplysninger fra hospitalet, i forbindelse med din sygdom.

Når vi har modtaget og vurderet oplysningerne, hører du fra os igen."

Det fremgår af selskabets brev den 9/5 2025:

"Vi indhenter oplysninger

I forbindelse med din ansøgning om udbetaling ved visse kritiske sygdomme.

For at kunne vurdere din sag, har vi brug for yderligere oplysninger. Vi har derfor i dag bedt om oplysninger fra ... vedrørende muskelsvind for perioden 17. November 2023 til dags dato.

Du er også meget velkommen til selv at sende en kopi af dine journaloplysninger, som du kan finde på sundhed.dk.

Når vi har modtaget og vurderet oplysningerne, vil du høre fra os."

Det fremgår af selskabets brev den 10/7 2025:

"Afslag på udbetaling ved visse kritiske sygdomme

Vi har nu behandlet din sag og de oplysninger, vi har modtaget.

Dine forsikringer i Euro Accident er ophørt den 30. april 2024 i forbindelse med, at din arbejdsgiver har valgt en ny forsikringsleverandør. Du har i juli 2024 været i dialog med vores forsikrings-service, som har anbefalet dig, at kontakte den nye leverandør, vedrørende udbetaling af Visse Kritiske Sygdomme.

Det fremgår af journaloplysningerne, at du i marts 2025 har fået stillet diagnosen muskelsvind (FSHD).

Da diagnosen er stillet efter, at dine forsikringer hos os er ophørt, er det ikke muligt at udbetale erstatning fra Euro Accident til dig og vi kan desværre ikke hjælpe dig.

Vi anbefaler, som tidligere oplyst, at du kontakter din nuværende forsikringsleverandør, hvor din dækning ved Visse Kritiske sygdomme bør være gældende."

Det fremgår af selskabets brev den 14/8 2025:

"Tak for din nye henvendelse af 12. august 2025, hvor du skriver, at du fik diagnosen i november 2023.

Jeg har gennemgået dine journaler.

Det fremgår af din journal fra neurologisk klinik af 17. november 2023, at det mistænkes, at du har diagnosen FSHD, og at du skal udredes.

Det fremgår videre fra den 13. september 2024, at FSDH-diagnosen er usikker, og at der aftales henvisning til klinisk genetisk afdeling.

I din journal fra Afdeling for Genetik fra den 12. december 2024 fremgår, at du er udredt i neuro-muskulært ambulatorium, hvor man på mistanke om FSHD har sendt blodprøve til klinisk genetik ... Det fremgår videre, at du er henvist til supplerende udredning, da analysesvar ikke er entydigt, og det fremgår, at det ikke på det foreliggende sikkert kan afklares om fundet er foreneligt med diagnosen FSHD, og at man foreslår en supplerende udredning med ny (Bionano) metode.

Under afsnittet for vurdering og plan er noteret: '[Født i 90'erne] mand, klinisk mistænkt for FSHD. Molekylærgenetisk udredning med southern blot har ikke givet sikker diagnostisk afklaring, hvorfor det vurderes relevant at supplere med fornyet udredning med Bionano metode, som for nylig er implementeret ... Forventet svartid på analyse: 3 mdr.'

På dette tidspunkt var din ordning flyttet ud af Euro Accident, og det fremgår, at der forsat ikke var stillet en endelig diagnose.

Jeg har også gennemgået dit sagsforløb i forbindelse med anmeldelsen af din sygdom.

Du indsendte skadesanmeldelsen ved visse kritiske sygdomme den 11. december 2023.

Den 13. december 2023 anmodede vi ... om at få tilsendt din journal.

Vi modtog journalen den 10. januar 2024, og vi skrev til dig den 18. januar 2024, at det ikke fremgik af journalen, at der var stillet en endelig diagnose, og at du var henvist til klinisk kontrol og skulle have svar på undersøgelser. Vi informerede dig om, at du skulle kontakte os, når du havde været til kontrol, så vi kunne indhente nye journaloplysninger.

Den 4. juni 2024 skrev vi til dig, at vi endnu ikke havde hørt noget fra dig i forhold til en endelig diagnose. Vi oplyste om, at hvis vi ikke hørte fra dig inden ultimo juni 2024, så ville vi afslutte sagen. Du blev også oplyst om, at du var velkommen til at kontakte os på et senere tidspunkt, hvis du på et senere tidspunkt ville få stillet diagnosen.

Den 6. juni 2024 talte vi med dig i telefon, hvor du oplyste, at du måske først ville få svar om et år, og det aftaltes, at sagen blev lukket, og at du var velkommen til at kontakte os, når du havde fået et svar. Du oplyste, at du ville fratræde den 1. juli 2024, og det er noteret, at vi har gjort dig opmærksom på, at du skulle sørge for at videreføre dine forsikringer.

Den 1. juli 2024 fik du et brev om, at du havde fået ny forsikringsleverandør, og at dine forsikringer var ophørt hos Euro Accident pr. 30. april 2024.

Den 5. juli 2024 ringede du til os, da du ønskede at videreføre dine forsikringer. Du fik oplyst, at da din arbejdsgiver havde valgt at skifte til en ny leverandør inden du fratrådte, så skulle din ordning videreføres hos den nye leverandør.

I forhold til at du har fået oplyst, at der har manglet indbetaling til din forsikringsordning, så skyldes det, at vi fik oplyst af din forsikringsformidler den 8. februar 2024, at du ville fratræde pr. 29. februar 2024. Den 10. april 2024 kontaktede forsikringsformidleren os med besked om, at det var en fejl, at han tidligere havde oplyst, at du var fratrådt. Euro Accident genoptog derfor din ordning.

Jeg fastholder mit tidligere afslag jf. ovenstående gennemgang, da det fremgår, at du ikke har fået stillet diagnosen, FSDH, inden din ordning blev skiftet til en ny leverandør.

Vi har indhentet journaler for at få fastlagt tidspunktet for, hvornår din diagnose blev stillet, og har foretaget en grundig undersøgelse af, om du kunne være berettiget til udbetaling ved kritisk sygdom, så jeg kan ikke genkende din kritik af sagsforløbet. Det er ikke Euro Accident, der har anmodet om at der skal foretages en udvidet blodprøvetest, men det er et krav jf. betingelserne, at diagnosen er stillet."

Det fremgår af hospitalsjournal, nerve- og muskelsygdomme:

"17-11-2023

[Født i 90'erne] mand ..., henvist fra ortopædkirurgisk afd grundet atrofi af bryst og overarmsmuskulatur

...

Konklusion og Plan

[Født i 90'erne] mand henvist grundet gn ca 10-15 år gradvist aftagende muskelfylde begyndende i højre overarm, sidenhen i venstre overarm og brystmuskulatur. Begyndt at have vanskeligt ved at bære tunge ting m. højre arm, i øvrigt ingen funktionsindskrænkning.

Obj neurologisk: Svær atrofi m. pectoralis major bilat, højre biceps+ triceps brachii, samt moderat atrofi venstre triceps + biceps. Accentueret axillærfold. scapulae alatae. Let nedsat kraft grad + højre arm v. skulderfleksion, albueekstension og -fleksion. Desuden indtryk let facialisinsufficiens bilat hvor øjenlukning kan brydes.

Pt set m. Ovl ... som har konf pt m. Prof ..., primært må mistænkes FSHD, udredes med:

Rp Blodprøver m. myopatiprøver

Rp Gentest for FSHD ...

Rp Fysioterapeutisk vurdering ift muskulær status

Rp Klinisk kontrol og tid til svar på genundersøgelse når denne foreligger

Info: Pt. informeret om, forstår og accepterer ovenstående plan. Udfyldt samtykkeerklæring til genetisk undersøgelse, denne lagt til indskanning. Opfordret til at fortsætte men fysiske træning. FMK gennemgået og ajourført.

...

13-09-2024

Pt informeres om at FSHD DNA analyse ikke er normal, men om det med sikkerhed er foreneligt med FSHD diagnosen er usikkert.

Vi aftaler rp henvisning til klinisk genetisk afdeling mhp genetisk rådgivning

...

29-04-2025

...

Synes stadig det er svært at finde fred med diagnosen. Oplever indimellem let sitren i musklerne og træthed, synes også han kan bære lidt mindre, men er ellers ikke indskrænket i sin funktion."

Det fremgår af afdeling for genetik:

"12-12-2024

[Født i 90'erne] mand henvist via Neuromuskulært Ambulatorium mhp supplerende genetisk udredning.

...

Vurdering og plan

[Født i 90'erne] mand, klinisk mistænkt for FSHD. Molekylærgenetisk udredning med southern blot har ikke givet sikker diagnostisk afklaring (se ovenfor), hvorfor det vurderes relevant at supplere med fornyet udredning med Bionano metode, som for nylig er implementeret i ...

Betalingstilsagn fra cheflæge BD via SP.

Da blodprøven skal være fremme i ... inden for 65 timer efter prøvetagning, planlægges prøven taget mandag morgen. Prøvemodtagelsen adviseres både per mail og med notat i Logos.

Forventet svartid på analyse: 3 mdr.

...

11-04-2025 Kliniske oplysninger /indikation

Fornyet FSHD udredning med Bionano metode ...

...

Konklusion

...

Der er nu foretaget OGM analyse af hele genomet. Der ses ingen tegn på strukturelle varianter, der kan forklare det tidligere rapporterede båndmønster på SB. OGM forventes at være en mere

Ankenævnet for Forsikring

13.

104237

præcis analyse i forhold til SB, hvorfor vi anbefaler at anvende resultatet af indeværende analyse, som bekræfter FSHD1 hos patienten."

Det fremgår af forsikringsbevis af 23/10 2023:

"Forsikringsperiode: 01.10.2023 - 31.12.2023"

Det fremgår af velkomstbrev af 23/10 2023:

"Velkommen som kunde i Euro Accident

Din arbejdsgiver har valgt at dine forsikringer oprettes hos os.

Du modtager dit forsikringsbevis i e-Boks. I forsikringsbeviset kan du se, hvordan du er dækket og hvornår forsikringerne er trådt i kraft."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"1.3 Dækningstidspunkt

Udbetaling af dækning forudsætter, at sygdommen diagnosticeres, og de øvrige betingelser for dækning er opfyldt i forsikringstiden. Det er således diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke sygdommens begyndelse eller det tidspunkt, hvor den forsikrede får kendskab til sygdommen.

...

1.8 Dækningsberettigede sygdomme

...

1.8.8.6 Muskelsvind

Forsikringen dækker muskellidelse - enten af Limb-girdle typen, Facio-skapulo-humeral typen, Duchennes, Beckers, Okulopharyngealmuskeldystrofi, Dystrofia myotonica eller Charcot-Marie-Tooths sygdom - som medfører et vedvarende, fremadskridende tab af muskelmasse.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling.

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet følgende diagnose, har forsikrede ikke krav på udbetaling under dette punkt, jf. pkt. 1.4 og 1.5:

- 1.8.8.4 Myasthenia gravis"

Nævnet udtaler:

Klageren blev omfattet af arbejdsgivers forsikringsordning i selskabet pr. 1/10 2023. Klageren anmeldte den 11/12 2023, at han havde fået konstateret muskelsvind. Den 18/1 2024 oplyste selskabet, at diagnosen endnu ikke var stillet. Klagerens arbejdsgiver skiftede pensions- og forsikringsleverandør pr. 30/4 2024. Den 31/3 2025 kontaktede klageren selskabet, idet han nu

havde fået stillet endelig diagnose. Selskabet har afvist at betale erstatning med henvisning til, at diagnosen er stillet, efter forsikringen er ophørt hos selskabet. Klageren ønsker erstatning.

Klageren har anført, at sygdommen var til stede og under udredning på anmeldelsestidspunktet i 2023, hvorfor anmeldelsestidspunktet må være afgørende. Det skal ikke komme ham til last, at den genetiske test trak ud. Klageren har ikke haft indflydelse på, at arbejdsgiveren skiftede forsikringsselskab. Klageren anmeldte sygdommen, mens han stadig var dækket og betalte til forsikringen, og han fulgte selskabets vejledning om at vende tilbage, når han fik det genetiske svar. At selskabet har afvist sagen med henvisning til, at diagnosen er stillet efter forsikringens ophør, er selvmodsigende, urimeligt og i strid med god forsikringsskik. Klageren er utilfreds med, at han har udleveret følsomme oplysninger, uden at det har givet ham en fordel. Klageren har anført, at det ikke er korrekt, at der blev lavet en aftale om videreførsel af dækningen, sådan som selskabet har noteret i et telefonnotat den 5/7 2024. Klageren havde endvidere ikke fuldtidsarbejde efter 1/4 2024, hvilket gjorde det umuligt at videreføre en ordning, han ikke længere var berettiget til som medarbejder. Klageren har anført, at selskabet har behandlet sagen, som om han var "fratrådt", og at dette har haft betydning for afslaget og har givet et fejlagtigt billede af, at han selv var ansvarlig for at videreføre dækningen.

Selskabet har anført, at klageren først fik stillet den endelige diagnose i marts 2025. Selskabets skadeafdeling har ikke kunnet se, at klagerens ordning skulle skifte leverandør før efter 1/7 2024, hvor klageren fik brev om, at hans ordning var flyttet. Skadeafdelingen fortsatte derfor dialogen med klageren og sagsbehandlingen frem til dette tidspunkt. Selskabet har ikke haft indflydelse på arbejdsgivers valg om at skifte forsikringsleverandør. Selskabet har anført, at det modtagende selskab har rådgivningsforpligtelsen. Da klageren kontaktede selskabet den 5/7 2024 med ønske om at videreføre sine forsikringer, henviste selskabet til det modtagende selskab, idet klageren først var blevet opsagt efter leverandørskiftet. Selskabet har anført, at da klageren kontaktede selskabet den 31/3 2025, indhentede selskabet klagerens journaler for at undersøge, om diagnosen var stillet i forsikringstiden, idet selskabet kun havde journaler frem til 10/1 2024.

Ankenævnet for Forsikring

15.

104237

Det fremgår af hospitalsjournal af 17/11 2023, at klageren var "henvist fra ortopædkirurgisk afd grundet atrofi af bryst og overarmsmuskulatur ... må mistænkes FSHD".

Klageren anfører i skadeanmeldelse af 11/12 2023, at han fik diagnosticeret muskelsvind den 17/11 2023.

Det fremgår af selskabets brev til klageren den 18/1 2024, at "på nuværende tidspunkt, fremgår der ikke af journalerne, at der er stillet en endelig diagnose ... Vi må derfor afvente, at du har været til denne kontrol, før der kan tages stilling til, hvorvidt du opfylder betingelserne ... Når du har været til kontrollen og modtaget svar, er du velkommen til at kontakte os, så vi kan indhente nye journaloplysninger".

Det fremgår af selskabets brev den 4/6 2024, at "Vi har fortsat ikke hørt fra dig i forhold til en endelig diagnose. Hører vi ikke fra dig inden ultimo juni 2024 afsluttes din anmeldelse. Hvis du på et senere tidspunkt, får stillet diagnosen, er du mere end velkommen til at kontakte os igen".

Det fremgår af selskabets telefonnotat fra samtale med klageren den 6/6 2024, at klageren "får ikke svar før måske om et år. Vi aftaler at vi lukker sagen for nu, men at han er velkommen til at vende tilbage til os, når der evt. er svar. Han fratræder 01.07.24, så har sagt til ham det er vigtigt han viderefører sine dækninger".

Det fremgår af selskabets brev den 1/7 2024, at "dine forsikringer i Euro Accident er ophørt den 30. april 2024, i forbindelse med din arbejdsgiver har valgt en ny forsikringsleverandør".

Det fremgår af selskabets telefonnotat fra samtale med klageren den 5/7 2024, at selskabet har "tlf samtale med kunden da han ønsker videreførsel pga udbedring for KS. Da firma er flyttet til ny leverandør før kunden fratræder, er det nye leverandør ordning skal videreføres via. Afklares pr. tlf - han kontakter nye selskab".

Ankenævnet for Forsikring

16.

104237

Det fremgår af hospitalsjournal af 13/9 2024, at klageren "informeres om at FSHD DNA analyse ikke er normal, men om det med sikkerhed er foreneligt med FSHD diagnosen er usikkert".

Det fremgår af journal fra afdeling for genetik af 12/12 2024, at klageren er "klinisk mistænkt for FSHD. Molekylærgenetisk udredning med southern blot har ikke givet sikker diagnostisk ... hvorfor det vurderes relevant at supplere med fornyet udredning ... Forventet svartid på analyse: 3 mdr."

Det fremgår af journal fra afdeling for genetik af 11/4 2025, at klageren fik "resultatet af indeværende analyse ... bekræfter FSHD1 hos patienten".

Det fremgår af selskabets brev den 10/7 2025, at "da diagnosen er stillet efter, at dine forsikringer hos os er ophørt, er det ikke muligt at udbetale erstatning fra Euro Accident til dig og vi kan desværre ikke hjælpe dig. Vi anbefaler, som tidligere oplyst, at du kontakter din nuværende forsikringsleverandør, hvor din dækning ved Visse Kritiske sygdomme bør være gældende".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 1.3, at udbetaling af dækning forudsætter, at sygdommen diagnosticeres, og de øvrige betingelser for dækning er opfyldt i forsikringstiden. Det er således diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke sygdommens begyndelse eller det tidspunkt, hvor den forsikrede får kendskab til sygdommen.

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

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har fået stillet diagnosen i forsikringstiden og derfor ikke opfylder forsikringsbetingelsernes kriterier for udbetaling. Nævnet finder, at klageren ikke har bevist, at selskabet har givet ham en berettiget forventning om udbetaling i den foreliggende situation, eller at selskabets vejledning og/eller sagsbehandling har været behæftet med sådanne fejl og mangler, at selskabet på erstatningsretligt grundlag kan pålægges at udbetale forsikringssummen. Nævnet kan ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum med visse kritiske sygdomme til klageren.

Ankenævnet for Forsikring

17.

104237

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klagerens forsikring i selskabet ophørte den 30/4 2024 i forbindelse med arbejdsgivers leverandørskifte, og at der ikke er dokumentation for, at klageren har fået stillet diagnosen muskelsvind, inden forsikringen ophørte. Det fremgår af journalen af 17/11 2023, at man mistænkte muskelsvind (FSD). Diagnosen kan først anses for stillet i forbindelse med resultatet af de genetiske tests, der forelå i 2025.

Nævnet har videre lagt vægt på, at rådgivningsforpligtelsen ved pensionsoverførsler som den omhandlede påhviler det modtagende selskab, og at udgangspunktet er, at forsikringsdækningerne ophører, når arbejdsgiver vælger at skifte forsikringsleverandør. Nævnet lægger til grund, at klageren ikke var fratrådt hos sin arbejdsgiver inden leverandørskiftet den 30/4 2024, hvorfor der ikke er grundlag for at statuere, at selskabet skulle have tilbudt klageren en fortsættelsesforsikring.

Nævnet bemærker, at selskabet den 6/6 2024 gjorde klageren opmærksom på muligheden for at videreføre sine dækninger. Det forhold, at selskabet havde dialog med klageren frem til 1/7 2024, selvom dækningerne var ophørt med virkning pr. 30/4 2024 som følge af leverandørskiftet, kan ikke føre til andet resultat.

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Ankenævnet *for* Forsikring

18.

104237

Svend Bjerg Hansen