

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 6. maj 2026 blev i sag nr. 104460:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Privatsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har rejseforsikring. I klageskema af 6/10 2025 har klageren bl.a. anført:

"30/4 [år]: 2. rate for rejsen betales. På dette tidspunkt foreligger ingen lægefaglig vurdering, der fraråder eller forbyder rejse.

April–maj: [Ægtefælle] har rygsmerter, men har tidligere rejst med tilsvarende gener. Varmen forventes at have lindrende effekt.

6/6: Kirurgisk vurdering meddeler, at [ægtefælle] ikke må rejse. Dette er den begivenhed, der nødvendiggør afbestilling.

Efterfølgende: Rejsen aflyses og krav rejses over for Privatsikring.

Sagsbehandling: Første behandling tager ca. 7 uger. Afslag begrundes bl.a. med, at betaling skete 'trods kendte smerter' og omtales som 'groft uforsvarligt'.

Senere korrespondance: Vi præciserer gentagne gange, at årsagen til aflysningen er kirurgens påbud den 6/6, ikke de forudgående smerter. Privatsikring fastholder afslaget og/eller undlader fyldestgørende svar.

Forsikringsbegivenheden indtræder først den 6/6.

Afbestillingsdækning knytter sig til, hvornår en dækningsberettiget, uforudset hindring opstår. Her er det ikke 'smerter' i sig selv, men en lægefaglig beslutning den 6/6 om, at [ægtefælle] ikke må rejse. Før dette forelå ingen lægelig kontraindikation.

Manglende forudsigelighed på betalingstidspunktet.

Ankenævnet for Forsikring

2.

104460

Ved betaling af 2. rate 30/4 var der ikke lægefagligt grundlag for at antage, at rejsen måtte aflyses. Tværtimod havde [ægtefælle] tidligere gennemført rejser med tilsvarende gener, og varme var forventet lindrende. Betalingen kan derfor ikke karakteriseres som 'uforsvarlig'.

Urimelig og udokumenteret skyldplacering ('burde have vidst').

Privatsikring bygger afslaget på en 'burde have vidst'-betragtning uden at dokumentere, at aflysning var sandsynlig og forudsigelig pr. 30/4. Dette er ikke underbygget af de lægelige forhold i sagen.

Sagsbehandling og tone.

Behandlingstiden (ca. 7 uger) og anvendelsen af udtrykket 'groft uforsvarligt' fremstår som en urimelig karakteristik af forsikringstagerens handle måde i god tro og uden lægefagligt forbud på betalingstidspunktet.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Tilbagebetaling af sidste rate"

Selskabet har den 26/11 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Det fremgår af klagen, at der klages over, at Privatsikring har afvist at dække, det indbetalte restbeløb for klagers afbestilling af rejse som følge af ægtefællens rygsmerter.

Efter gennemgang af klagen fastholder Privatsikring, at klageren, jf. forsikringsbetingelserne, ikke er berettiget til yderligere dækning på rejseforsikringen for det anmeldte forhold.

Sagens forløb

Klager er omfattet af en rejseforsikring igennem [kreditkort] gældende fra den 1. april 2023.

Forsikringsbetingelserne er fremlagt som bilag A.

Selskabet modtog skriftlig forespørgsel/anmeldelse fra klager den 6. juni 2025 om, hvorvidt rejseforsikringen ville dække afbestilling af deres rejse til [destination] fra perioden 11.05.25 - 21.06.25, som følge af en diskusprolaps af ryggen hos klagers ægtefælle, som krævede operation.

Skadesanmeldelse er fremlagt som bilag B.

Selskabet anmodede herefter om dokumentation for at kunne behandle sagen.

Selskabet modtog den 11. juni 2025 følgende besked fra klager:

'Fra [rejsebureau] før og efter afbestillingen'

Rejsedokumentet før afbestilling er fremlagt som bilag C og rejsedokumentet efter afbestillingen er fremlagt som bilag D.

Selskabet anmodede herefter om dokumentation for årsagen til afbestilling samt dokumentation for, at rejsen var blevet afbestilt.

Ankenævnet for Forsikring

3.

104460

Klager svarede den 16. juni 2025 følgende:

'Ang afmelding af rejse, vi har sendt første booking fra [rejsebureau] og ny booking uden os, håber det er modtaget, vi kan på torsdag (der har lægen tid) få en læge erklæring, som vi sender til jer med det samme, vi har ikke nogen anden forsikring. Håber dette er nok'.

Selskabet anmodede herefter om klagers fulde personnummer:

'... Vi har d. 13.06.25 efterspurgt dit fulde cpr-nummer, for at verificere en aktiv forsikring. Vi har ikke mulighed for at behandle sagen, før vi får dette.'

Hertil svarede klager følgende:

'Goddag, jeg lavede en forspørgelse på dækning og l oprettede en sag, det er min mand, der er den sygdoms ramte.

[Ægtefælle] og [klageren], der er den 11/6 sendt de dokumenter vi har modtaget fra [rejsebureau] og der vil blive sendt en læge erklæring d 19/6'.

Den 23. juni 2025 skrev selskabets skadebehandler følgende:

'... Det ligner at det er en [person1] der skal ud at rejse sammen med en [person2]. Skal dig eller [ægtefælle] med ud at rejse?'

Hertil besvarede klager følgende:

'Mener vi sendte et rejse dokument, hvor vi alle 6 er på 4 voksne og 2 børn, og så et hvor det kun er [person3] [person2] [person1] og [person4], så det er afbestilling fra [ægtefælle] og [klageren], på grund af [ægtefælles] sygdom, vi to [ægtefælle] og [klageren], har betalt 9700,88 kr. pr person, samlet 19401,76 som vi gerne vil ha dækket'.

Selskabet manglede fortsat dokumentation og skrev derfor følgende:

'... Vi har modtaget din anmeldelse angående Afbestilling. Jeg kan se i har indsendt noget rejsedokumentation, men kan ikke se nogen bestillingsdato.

For sagens videre behandling, skal vi venligst bede dig indsende følgende dokumentation:

- Rejsedokumentation, hvor rejsens pris, rejsedeltagere, bestillingsdato samt af- og hjemrejse-dato fremgår*
- Dokumentation for afbestilling af rejsen, såfremt det allerede er gjort, samt eventuelt refusion. (Ved afbestilte flyrejser, har du altid krav på refusion af flyskatter og -afgifter).*
- Information på, om du har anden lignende rejseforsikring ved andet selskab eller via et Mastercard/Eurocard. Indsend da navn og police- eller kortnummer.'*

Klager fremsendte herefter lægenotatet samt betalingsdokumentation fra [rejsebureau].

Lægenotatet er fremlagt som bilag E og betalingsdokumenterne er fremlagt som bilag F.

Klager rykkede herefter for et svar den 1. juli 2025, hvortil selskabet besvarede følgende:

'... Alt vi mangler nu for sagens færdigbehandling er:

- Dokumentation for afbestilling af rejsen, samt eventuelt refusion. (Ved afbestilte flyrejser, har du altid krav på refusion af flyskatter og -afgifter).*
- Hvis dette ikke er muligt bedes du indsende en no-show erklæring enten via flyselskabet eller [rejsebureau].*

*Denne mail er unik for din sag og kan besvares.
På forhånd tak og god dag.'*

Selskabet skrev endvidere følgende:

*'... Du skriver i anmeldelsen at børnerabatten bliver fratrasket og i derfor skal betale de 11 tusinde.
Vi mangler et kontoudtog eller dokumentation på dette.
Denne mail er unik for din sag og kan besvares.
På forhånd tak og god dag.'*

Hertil besvarede klager følgende:

'Nej der er ikke trukket børnerabat fra, det var der en der oplyste og det var så ikke rigtigt, regnskabet er det vi har sat kryds ved og de beløb jeg har skrevet op'.

Den 8. juli 2025 skrev klager endvidere følgende:

*'Godmorgen, vil lige sende konto nr og de beløb vi mener skal dækkes,
Beløb betalt pr person 9700,88 som er rejsen, bagage, og trans. Så samlet 19.401,76
Reg nr ... konto nr ... håber der er en afslutning nu her hvor vi nærmer os en måneds tid og en masse skrivelser.'*

Den 9. juli 2025 modtog selskabet følgende fra klager:

'Ang. Afbestilling dækning, hvor er vi ved og være, I har fået alle oplysninger (papirer) og udregninger, samt reg nr og konto nr, mon ikke vi kan få afsluttet dette inde! der bliver holdt sommerferie, det glæder vi os til.'

Den 21. juli 2025 meddelte selskabet følgende til klager:

'... Jeg har behandlet din anmeldelse vedrørende afbestilling af rejse.'

Den 12/1-2025 bestiller i rejsen og indbetaler et depositum på 12.904,68 kr. for 6 rejsende. Restbeløbet 29.588,34 skal i henhold til rejsebilaget indbetales seneste den 30/4.

Af modtagne lægeerklæring fremgår det at [ægtefælle] kontakter lægen med svære rygsmerter den 14/4. Rygsmerterne har på dette tidspunkt været til stede i ca. 14 dage.

På et senere tidspunkt starter [ægtefælle] en udredning via reumatolog og bliver MR-skannet. Her viser det sig, at der er en stor diskusprolaps, som efterfølgende gør, at [ægtefælle] bliver henvist til operation.

Jeg kan af de modtagne bilag ikke se, hvornår 2. rate af rejsen er indbetalt, dog fremgår det, at den skal indbetales senest den 30/4, hvilket er 14 dage efter at [ægtefælle] har kontaktet lægen med voldsomme rygsmerter.

Forsikringen yder ikke dækning for udgifter, der er indbetalt efter at forsikringsbegivenheden er indtruffet. I henhold til Forsikringsaftaleloven anses det for groft uforsvarligt at betale yderligere til en rejse, efter at man er blevet syg/kommet til skade.

Jeg kan derfor ikke imødekomme jeres andel af anden rate, svarende til 14.032,12 kr., da [ægtefælle] er i et udredning- og behandlingsforløb, da I indbetaler beløbet, og sandsynligheden for, at I som følge af skaden må afbestille rejsen.

På det foreliggende imødekommer jeg din og [ægtefælles] andel af depositummet med i alt 4.301,56 kr. Beløbet vil blive overført til din NemKonto i løbet af 3-5 hverdage.

Da det er meget få bilag jeg har fået i forbindelse med [ægtefælle]s sygdom, er det muligt, at forløbet har været anderledes end beskrevet. Ønsker I en ny vurdering bedes I indsende fuld journal vedrørende [ægtefælle]s udredning og behandling samt dokumentation for, hvornår anden rate er indbetalt til rejseselskabet.

Du ønskes en god dag.'

Hertil skrev klager følgende:

'Goddag igen, ja sygdommen var der, men det er først d 6/6 at vi for en kirurgs udtalelse om at [ægtefælle] ikke må rejse, så vi står meget uforstående over at vi ikke for dække hele vores rejse, ...'.

Klager skrev yderligere følgende:

'Tænk, ikke at man tænker efter 14 dages sygdom at man ikke kommer afsted på ferie 2 mdr efter, det er jo først senere, da sygdommen stadig er der og der kommer en udredning fra privat hospital og deres kirurg fraråder rejse, at vi må afbestille og ikke en tanke vi havde d 30/4 da det sidste af rejsen skal betales.'

Den 30. juli 2025 skrev klager igen:

'... Tak for jeres svar vedrørende sagen om afbestilling af vores rejse.

Vi er imidlertid meget uforstående over for jeres afgørelse og må venligst anmode om en ny vurdering af sagen.

Det fremgår korrekt, at [ægtefælle] allerede i april oplevede smerter. Det er dog ikke smerterne i sig selv, der førte til, at vi måtte aflyse rejsen. Trods smerterne var det stadig muligt for os at gennemføre rejsen – og vi har tidligere rejst med tilsvarende gener. Faktisk havde vi til hensigt at tage af sted netop fordi varme og ro kunne have haft en lindrende effekt på smerterne.

Den afgørende begivenhed – og årsagen til aflysningen – opstår først den 6/6, hvor vi for første gang modtager en kirurgisk vurdering, som direkte forbyder [ægtefælle] at rejse. Denne lægefaglige udmelding ændrer hele forudsætningen for rejsen og gør det umuligt for os at tage af sted.

Det er derfor forkert at betegne vores betaling den 30/4 som værende 'groft uforsvarlig'.

På dét tidspunkt forelå der ingen indikation af, at vi ikke måtte rejse – og heller ikke nogen diagnose eller anbefaling, der skulle føre til afbestilling. Vores beslutning om at gennemføre rejsen var derfor hverken uforsigtig eller uberettiget.

Vi beder jer derfor genvurdere sagen på baggrund af følgende:

- 1. Forsikringsbegivenheden – dvs. at [ægtefælle] ikke må rejse – indtræder først den 6/6, ved kirurgens vurdering.*
- 2. Rejsens anden rate blev indbetalt 30/4, hvilket altså skete inden vi blev gjort bekendt med, at det var nødvendigt at aflyse.*

3. *Det er dokumenterbart, at smerterne i sig selv ikke har forhindret tidligere rejser – først kirurgens påbud gjorde rejsen umulig.*

Vi finder det desuden upassende, at jeres formulering antyder, at vi har handlet uforsvarligt.

Det er en alvorlig påstand, som vi på det kraftigste må tage afstand fra.

Vi vedlægger naturligvis gerne yderligere dokumentation – herunder journalmateriale, der bekræfter datoen for kirurgens udmelding – hvis det ønskes.

...'

Den 8. august 2025 besvarede selskabet følgende:

'... Med henvisning til min afgørelse af 21/7 vil jeg godt lave en ny vurdering af jeres sag, såfremt I indsender fuld journal vedrørende [ægtefælle]s udredning og behandling.

På det foreliggende fremgår der, at 2. rate er betalt kun 14 dage efter, at [ægtefælle] har kontakte egen læge med svære rygsmerter. Det er derfor min overbevisning, at I allerede på det tidspunkt vidste eller burde vide, at sandsynligheden for, at rejsen ikke ville kunne gennemføres var til stede.

Havde I kontakte os inden I havde betalt 2. rate den 30/4, var I blevet vejledt til, at få lavet en forhåndsgodkendelse hos vores samarbejdspartnere SOS International. Hvis I sender fuld journal vil jeg på baggrund af det, få vurderet, om I havde fået en sådan uden forbehold.

...'

Den 11. august 2025 modtog selskabet følgende fra klager:

'... Tak for jeres svar.

Vi fremsender som ønsket den fulde journal vedrørende [ægtefælle] udredning og behandling, så sagen kan blive genvurderet.

I jeres seneste besked lægger I vægt på, at vi 'burde have vidst', at rejsen ikke kunne gennemføres, da 2. rate blev betalt den 30/4. Her vil vi gerne præcisere, at der på dette tidspunkt ikke forelå nogen lægefaglig vurdering eller begrundelse, der indikerede, at rejsen ikke kunne gennemføres.

[Ægtefælle] har tidligere rejst med tilsvarende smerter, og netop varmen på destinationen blev anset som en potentiel lindring. Derfor var der ingen grund til at tro, at smerterne i sig selv ville forhindre rejsen.

Forsikringsbegivenheden – altså den faktiske årsag til aflysningen – indtrådte først den 6/6, hvor en kirurgisk vurdering direkte fastslog, at [ægtefælle] ikke måtte rejse. Før dette tidspunkt var det ikke muligt at forudse, at rejsen ville blive aflyst, og derfor kan betalingen af 2. rate ikke betegnes som uforsvarlig.

...'

Journalerne fra rygkirurgen er fremlagt som bilag G og sygehusjournalerne er fremlagt som bilag H.

Ankenævnet for Forsikring

7.

104460

Den 4. september 2025 besvarede selskabet følgende:

'... Den ældste journal jeg har modtaget er fra den 11/5. I den står der, at [ægtefælle] henvender sig med lænderygsmarter gennem 6 uger. Han har været ved egen læge, som har givet smertestillende og henvist til fysioterapeut uden bedring. Endvidere er det noteret at [ægtefælle] har været hos kiropraktor. Det giver kun en kortvarig lindring. Hans smerter er så stærke, at han har svært ved at sidde ned. Ydermere har han ikke kunnet arbejde grundet sine rygsmarter i 6 uger.

Jeg må fastholde, at forsikringsbegivenheden der gør, at I må afbestille rejsen ([ægtefælle] har store smerter i ryggen) er indtruffet, da I betaler 2. rate den 30/4. At I først får en diagnose på årsagen til rygsmarterne efter næste 2 måneders udredning, undersøgelser og behandlinger, ændre ikke på, at tilstanden var til stede i en sådan grad, at I burde have reageret i forhold til, hvorvidt en betaling af restbeløbet vil være dækket. Havde I på det tidspunkt søgt en Medicinsk Forhåndsgodkendelse havde I ikke kunne få fuld dækning for afbestillingen.

Jeg har ikke modtaget journaler fra egen læge, fysioterapeut og kiropraktor, som har noteret noget om [ægtefælle]s tilstand op til betalingen den 30/4,

Jeg må fastholde, at vi ikke kan imødekomme dækning for den rate I betaler den 30/4.
...'

Sagen blev herefter påklaget til Ankenævnet for Forsikring.

Forsikringsbetingelserne

Af betingelsernes punkt 10, jf. bilag A, s. 8 fremgår følgende:

Dækning	Mastercard		
	Blue Shopping	Gold	Platinum
Afbestillingsforsikring		✓	✓
Max. dækning pr. person		20.000 kr.	25.000 kr.
Max. dækning pr. hændelse		40.000 kr.	75.000 kr.

'10.1 Dækning

Forsikringen dækker i henhold til ovenstående skema og i perioden fra den dato, hvor rejsen bestilles og depositum betales og indtil påbegyndelse af afrejsen fra bopælslandet. Forsikringen dækker når kortholder eller kortholders ægtefælle/samlever og børn ikke kan påbegynde rejsen på grund af dødsfald eller alvorlig akut opstået sygdom/tilskadekomst. Årsagen skal dokumenteres ved en lægeerklæring eller hospitalsindlæggelse.

Den lægelige vurdering skal bekræfte, at det helbredsmæssigt er uforsvarligt at gennemføre rejsen og kunne godkendes af Privatsikring.'

'10.3 Undtagelser

Forsikringen dækker ikke:

Ankenævnet for Forsikring

8.

104460

- *Hvis sygdommen var til stede ved tegningen af forsikringen og et behandlingsbehov med stor sandsynlighed kunne forventes inden afrejsen.'*

Selskabet fastholder sin vurdering

Privatsikring skal over for Ankenævnet for Forsikring fastholde sin vurdering af, at klageren ikke har krav på yderligere erstatning som følge af afbestilling af deres rejse pga. ægtefællens rygsmerter.

Selskabet gør gældende, at det følger af almindelige forsikringsretlige principper, at det er forsikringstageren, som skal bevise størrelsen og rigtigheden af sit krav.

Denne bevisbyrde ses ikke at være løftet.

Klager har gjort gældende, at der ved betaling af 2. rate den 30. april 2025 ikke var lægefagligt grundlag for at antage, at rejsen måtte aflyses som følge af ægtefællens rygsmerter.

Selskabet bemærker, at klager bestilte rejsen til [destination] den 12. januar 2025, hvor depositumbeløbet på i alt 12.904,68 kr. blev betalt i forbindelse med bestillingen for i alt 6 personer (4 voksne og 2 børn). Selskabet har således dækket og udbetalt erstatning for det betalte depositumbeløb på i alt 4.301,56 kr., som omfatter klager og ægtefællens andel af den samlede sum, idet betalingen af depositumbeløbet forelå forinden ægtefællens ryggener.

Idet sagen ikke har været klagebehandlet hos selskabet, har selskabet i forbindelse med behandling af ankenævnsklagen foretaget en genberegning af klagers andel af det betalte depositumbeløb, som herefter udgør følgende beregning:

Rejsepris pr. voksen		9.166,84 kr.
Rejsepris pr. barn		2.913,08 kr.
Rejsens pris i alt:		<u>42.493,52 kr.</u>
Klagers andel:	2x9.166,84 kr.	18.333,68 kr.
Andel i %:	18.333,68/42.493,52 kr.	43,1446
Indbetalt depositum i alt:	12.904,68 kr.	
Klagers andel af depositum:	12.904,68/100 x 43,1446	<u>5.567,67 kr.</u>
Allerede udbetalt depositum:		4.301,56 kr.
Difference ift. ny beregning:	5.567,67 kr. – 4.301,56 kr.	<u>1.266,11 kr.</u>

Selskabet har herefter udbetalt yderligere 1.266,11 kr. i overensstemmelse med den foretagne genberegning af klagers andel af det indbetalte depositumbeløb, som er dækningsberettiget over rejseforsikringen.

Sagen vedrører herefter selskabets afvisning om dækning for betaling af rejsens restbeløb (2. rate) foretaget den 30. april 2025, som blev foretaget efter at klagers ægtefælle havde pådraget sig svære rygsmerter og var startet i behandling for rygsmerter hos en fysioterapeut og en kiropraktor.

Ankenævnet for Forsikring

9.

104460

Klagers øvrige krav udgør herefter 12.776,01 kr. svarende til klager og klagers ægtefælles andel af den samlede pris, som beregnet nedenfor:

Klagers andel:	2x9.166,84 kr.	18.333,68 kr.
Klagers andel af depositum:	12.904,68/100 x 43.1446	5.567,67 kr.
Klagers andel af restbetalingen:	18.333,68 kr. - 5.567,67 kr.	12.766,01 kr.

Af lægenotatet af 19. juni 2025 fremgår det, at klagers ægtefælle første gang henvendte sig med svære rygsmerter den 14. april 2025, som da havde varet i ca. 14 dage. Derudover fremgår det, at han opstartede i fysioterapeutisk behandling og udredt via reumatolog med blandt andet MR-scanning af ryggen, som har påvist en stor diskusprolaps den 19. maj 2025. Rygkirurgen har herefter henvist ægtefællen til operation.

Selskabet bemærker, at det af sygehusjournalen fra den 11. maj 2025 fremgår, at klagers ægtefælle på det tidspunkt har været sygemeldt fra hans arbejde i 6 uger pga. rygsmerter. Af medicinlisten af journalen fremgår det i øvrigt, at der er ordineret smertestillende medicin mod smerter pr. 14. april 2025 og pr. 16. april 2025. Se bilag H. Derudover fremgår følgende af lægenotatet, jf. bilag E: *'er opstartet i flere forskellige smertestillende præparater i mellemtiden.'*

Derudover fremgår følgende fra journalen den 14. maj 2025: *'Smerter i lænd igennem 6 uger med udstråling til højre forlår. Mange natlige smerter, idet han ikke kan ligge på ryggen. Er nødt til at lægge sig i fostestilling. Ingen blære-/tarmgener. Har ikke bemærket nedsat kraft. Kan ikke strække sig bagover. Forsøgt med fys. og kiropraktor, uden effekt. Tager aktuelt Panodil MMO 2 tabletter 3 gange dagligt og Ibuprofen 400 mg 3 gange dagligt samt Gabapentin 600 mg 3 gange dagligt, med nogen effekt.'*

Det følger af betingelsernes punkt 10.1, at forsikringen dækker når kortholder eller kortholders ægtefælle/samlever og børn ikke kan påbegynde rejsen på grund af dødsfald eller alvorlig akut opstået sygdom/tilskadekomst. Derudover fremgår det af betingelsernes punkt 10.3, at forsikringen ikke dækker, hvis sygdommen var til stede ved tegningen af forsikringen og et behandlingsbehov med stor sandsynlighed kunne forventes inden afrejsen.

Det er således selskabets opfattelse, at der ikke er tale om en akut opstået sygdom, da klagers ægtefælle har haft vedvarende smerter afdækket med smertestillende og været i behandlingsforløb ved en fysioterapeut og kiropraktor, hvorfor han ikke har været stabil op til indbetaling af restbeløbet den 30. april 2025.

At klagers ægtefælle først får en diagnose på årsagen til rygsmerterne efter næsten 2 måneders udredning, undersøgelser og behandlinger, ændre ikke på, at tilstanden var til stede i en sådan grad, at klager burde have reageret i forhold til, hvorvidt en betaling af restbeløbet ville være dækket. Såfremt klager på det tidspunkt havde søgt en medicinsk forhåndsgodkendelse, ville selskabet have oplyst, at der ikke vil kunne fås fuld dækning for afbestillingen.

Det er således selskabets opfattelse, at klagers ægtefælle i hvert fald på tidspunktet for betalingen af resterende del af rejsens pris den 30. april 2025 vidste eller burde have vidst, at der var nærliggende risiko for, at han skulle i yderligere behandling som følge af de stærke vedvarende rygsmerter.

Selskabet henviser til AK 94.725, hvor selskabet alene dækkede klagerens betaling af depositum på 4.000 kr., og samtidig afviste at dække resterende del af rejsens pris på i alt 33.685 kr. Selskabet afviste det øvrige krav som følge af, at der på betalingstidspunktet for restbeløbet eksisterede et forventet behandlingsbehov, da klageren var i et udredningsforløb på grund af mistanke om kræft. Selvom klageren først fik konstateret, at han havde kræft efter betaling af restbeløbet, var nævnet enig med selskabet i, at klageren i det konkrete tilfælde ikke havde overholdt sin tabsbegrænsningspligt i forhold til at kontakte selskabet inden betaling af restbeløbet for at få afklaret, hvordan han skulle forholde sig. Undladelsen af dette blev statueret som værende groft uagtsomt.

Som følge af ovenstående er selskabet af den opfattelse, at klageren skulle have kontaktet selskabet inden indbetaling af restbeløbet for rejsen, da selskabet i så fald ville have orienteret klageren om, at restbeløbet ikke ville blive dækket, hvis rejsen blev aflyst grundet smerter i ryggen. Klageren har således ikke overholdt sin tabsbegrænsningspligt i henhold til forsikringsaftalelovens § 52.

Selskabet fastholder på baggrund af ovenstående derfor, at klageren ikke har sandsynliggjort sit øvrige krav mod selskabet og derfor ikke er berettiget til at få dækket restbetalingen på de 12.766,01 kr. for den afbestilte rejse."

Klageren har i mail af 14/2 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Ang denne sag, vi kan kun gentage, og måske lige tilføje, at [ægtefælle], var ude og rejse i påsken, med de samme rygsmerter, men ikke på det tidspunkt fået et rejseforbud, og jo også først få det d 6/6, efter yderligere undersøgelser, fordi smerten, problemet stadig er der, d 30/4 da vi betaler sidste afdrag på vores families fælles rejse, ved vi jo ikke at der kommer et forbud."

Det fremgår af journalnotat af 11/5 2025 fra privathospital:

"Henvender sig vedr. lænderygsmerter gennem 6 uger. Har været ved e.l. som har givet smertestillende og henvisning til fysioterapeut uden bedring. Har selv opsøgt kiropraktor, dette kun med meget kortvarig lindring. Har så stærke smerter, at han har svært ved sidde ned. Har ikke nedsat kraft i benene, har ikke nedsat følesans. Smerterne sidder i høj side af lænden og trækker om sv.t. forsiden af låret. Angiver der kommer kraftige jag i lænden. Tager gabapentin 2*3 sammen med fast panodil og ibuprofen, alle dele tager kun toppen af smerterne. Har ikke været på arbejde i 6 uger pga. dette."

Det fremgår af notat af 19/6 2025 fra egen læge:

"Henvendte sig første gang med svære rygsmerter i klinikken d. 14/4-25, som da havde været ca. 14. dage.

Blev herfra opstartet i fysioterapeutisk behandling. Via sin pensionskasse udredt via reumatolog med blandt andet MR-scanning af ryggen, som påviste stor discusprolaps 19/5-25. D. 6/6 samtale med rygkirurg på [privathospital], som anbefalede operation og henviste ham til hospitalet. Har tid d. 8/7-25 til samtale om behandlingen.

Er opstartet i flere forskellige smertestillende præparater i mellemtiden.

Skulle have været på ferie med familien til [destination] fra d. 11/6 til 21/6-25.

Har måtte grundet smerter i ryggen samt læge- og hospitalstider måtte afbestille denne rejse. Det vurderes fuldt indiceret at patienten ikke kunne medvirke på ferien grundet stor discusprolaps, smerter og videre behandling."

Det fremgår af journalnotat af 9/7 2025 fra hospital:

"...-årig mand ... henvist med 4 mdr varende sv.t. høl. balde med snurrende fornemmelser til højre ue., sv.t forsiden af høl. lår til lige under knæniveau.

Forværring ved stand og gang og pt. har en gangdistance på 200m.

Konservativ behandling har været forsøgt uden effekt. ...

Ved klinisk undersøgelse findes tegn på høl. sidig rodtryk i form af afsvækket patellarefleks og nedsat sensibilitet sv.t. forsiden af høl. lår.

Der findes smertebetinget nedsat kraft grad 4+ ved hoftefleksion og ingen sphinctersymptomer.

MR col. lumbalis d.19/5 2025 viser: højresidig paramedian/foraminær diskusprolaps L3/4 med rodkompression af især højre L3- og L4-rod, hvilket stemmer overens med pts symptombillede."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"5.0 Kroniske og eksisterende lidelser

Kroniske lidelser er kun dækket, såfremt lidelsen kan karakteriseres som stabil. Herved forstås, at forsikrede indenfor de sidste 2 måneder før afrejsen ikke har:

- været hospitalsindlagt;
- modtaget behandling af læge (som ikke er kontrolbesøg); eller
- været underkastet ændringer i medicinering.

Det er endvidere en forudsætning for at opretholde dækning, at der foretages lægelig vurdering umiddelbart før afrejse, og at denne vurdering ikke indikerer udsigt til forværring under rejsen.

En forhåndsvurdering indhentes af kortholder via SOS' hjemmeside: sos.eu hvorefter der vælges: Medicinsk forhåndsvurdering.

Efterfølgende vil SOS give en skriftlig tilkendegivelse af, om forsikringen dækker.

...

10.0 Afbestillingsforsikring

10.1 Dækning

Forsikringen dækker i henhold til ovenstående skema og i perioden fra den dato, hvor rejsen bestilles og depositum betales og indtil påbegyndelse af afrejsen fra bopælslandet. Forsikringen dækker når kortholder eller kortholders ægtefælle/samlever og børn ikke kan påbegynde rejsen på grund af dødsfald eller alvorlig akut opstået sygdom/tilskadekomst. Årsagen skal dokumenteres ved en lægeerklæring eller hospitalsindlæggelse. Den lægelige vurdering skal bekræfte, at det helbredsmæssigt er uforvarligt at gennemføre rejsen og kunne godkendes af Privatsikring."

Nævnet udtaler:

Klageren og ægtefællen bestilte den 12/1 2025 en rejse med planlagt rejseperiode fra 11/6 2025 til 21/6 2025. Yderligere 2 voksne og 2 børn skulle med på rejsen. Rejsens samlede pris var 42.493,52 kr., hvor klageren og ægtefællens andel udgjorde 18.333,68 kr. (2x9.166,84 kr.). Der blev betalt depositum på 12.904,68 kr., hvor deres andel udgjorde 5.567,67 kr. Ægtefællen henvendte sig til egen læge den 14/4 2025 på grund af svære rygsmerter gennem 14 dage. Han blev henvist til fysioterapi og opsøgte selv kiropraktor. Restbeløbet på 29.588,84 kr. blev betalt den 30/4 2025, hvor deres andel udgjorde 12.766,01 kr. Ægtefællen blev undersøgt af reumatolog på privathospital den 11/5 2025 og fik ved en MR-scanning den 19/5 2025 konstateret en diskusprolaps. En rygkirurg anbefalede den 6/6 2025 operation, og ægtefællen blev frarådet at rejse, hvorfor klageren afbestilte deres del af rejsen. Selskabet har dækket depositummet, men har afvist at dække restbeløbet. Selskabet havde i første omgang betalt 4.301,56 kr., men efter sagens indbringelse betalte selskabet yderligere 1.266,11 kr. Klageren ønsker restbeløbet dækket.

Selskabet har anført, at der ikke har været tale om en akut opstået sygdom, idet ægtefællen havde vedvarende smerter og derfor ikke var stabil ved indbetalingen af restbeløbet. Selskabet har anført, at ægtefællen ved betalingen af restbeløbet vidste eller burde have vidst, at der var nærliggende risiko for, at han skulle i yderligere behandling som følge af de stærke vedvarende rygsmerter. Selskabet har anført, at klageren burde have kontaktet selskabet inden betaling af restbeløbet, og at klageren ville være blevet informeret om, at restbeløbet ikke ville være dækket af forsikringen. Selskabet har anført, at klageren har tilsidesat sin tabsbegrænsningspligt.

Klageren har anført, at der på betalingstidspunktet den 30/4 2025 ikke forelå nogen lægefaglig vurdering, som frarådede eller forbød at rejse. Klageren har anført, at beskeden den 6/6 2025 om, at ægtefællen ikke måtte rejse, er årsagen til afbestillingen. Klageren har oplyst, at ægtefællen tidligere har rejst med tilsvarende gener herunder i påsken 2025, og at de forventede, at varmen på destinationen var lindrende.

Det fremgår af journalnotat af 11/5 2025 fra privathospital: "Henvender sig vedr. lænderyg-smerter gennem 6 uger. Har været ved e.l. som har givet smertestillende og henvisning til fysio-terapeut uden bedring. Har selv opsøgt kiropraktor, dette kun med meget kortvarig lindring. Har så stærke smerter, at han har svært ved sidde ned. Har ikke nedsat kraft i benene, har ikke nedsat følesans. Smerterne sidder i højre side af lænden og trækker om sv.t. forsiden af låret. Angiver der kommer kraftige jag i lænden. Tager gabapentin 2*3 sammen med fast panodil og ibuprofen, alle dele tager kun toppen af smerterne. Har ikke været på arbejde i 6 uger pga. dette".

Det fremgår af notat af 19/6 2025 fra egen læge: "Henvendte sig første gang med svære ryg-smerter i klinikken d. 14/4-25, som da havde været ca. 14. dage. Blev herfra opstartet i fysio-terapeutisk behandling. Via sin pensionskasse udredt via reumatolog med blandt andet MR-scanning af ryggen, som påviste stor discusprolaps 19/5-25. D. 6/6 samtale med rygkirurg på [privathospital], som anbefalede operation og henviste ham til hospitalet. Har tid d. 8/7-25 til samtale om behandlingen. Er opstartet i flere forskellige smertestillende præparater i mellem-tiden. Skulle have været på ferie med familien til [destination] fra d. 11/6 til 21/6-25. Har måtte grundet smerter i ryggen samt læge- og hospitalstider måtte afbestille denne rejse. Det vurderes fuldt indiceret at patienten ikke kunne medvirke på ferien grundet stor discusprolaps, smerter og videre behandling".

Det fremgår af journalnotat af 9/7 2025 fra hospital: "...-årig mand ... henvist med 4 mdr varen-de sv.t. høj. balde med snurrende fornemmelser til højre ue., sv.t forsiden af høj. lår til lige under knæniveau. Forværring ved stand og gang og pt. har en gangdistance på 200m. Konservativ behandling har været forsøgt uden effekt. ... Ved klinisk undersøgelse findes tegn på høj. sidig rodtryk i form af afsvækket patellarefleks og nedsat sensibilitet sv.t. forsiden af høj. lår. Der findes smertebetinget nedsat kraft grad 4+ ved hoftefleksion og ingen sphinctersymptomer. MR col. lumbalis d.19/5 2025 viser: højresidig paramedian/foraminær diskusprolaps L3/4 med rod-kompression af især højre L3- og L4-rod, hvilket stemmer overens med pts symptombillede".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5 om kroniske og eksisterende lidelser, at "kroniske lidelser er kun dækket, såfremt lidelsen kan karakteriseres som stabil. Herved forstås, at forsikrede indenfor de sidste 2 måneder før afrejsen ikke har: -været hospitalsindlagt; -modtaget behandling af læge (som ikke er kontrolbesøg); eller -været underkastet ændringer i medicinering. Det er endvidere en forudsætning for at opretholde dækning, at der foretages lægelig vurdering umiddelbart før afrejse, og at denne vurdering ikke indikerer udsigt til forværring under rejsen. En forhåndsvurdering indhentes af kortholder via SOS' hjemmeside". Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 10 om afbestillingsforsikring, at "Forsikringen dækker når kortholder eller kortholders ægtefælle/samlever og børn ikke kan påbegynde rejsen på grund af dødsfald eller alvorlig akut opstået sygdom/tilskadekomst".

Nævnet bemærker, at bestemmelserne i forsikringsbetingelsernes punkt 5 er udtryk for, at kunden har en tabsbegrænsningspligt. Tabsbegrænsningspligten er reguleret i forsikringsaftalelovens § 52, hvor det fremgår af stk. 2, at bestemmelsen kun kan anvendes, hvis forsikringstageren forsætligt eller ved grov uagtsomhed undlader at begrænse tabet.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren har tilsidesat sin tabsbegrænsningspligt ved grov uagtsomhed. Nævnet kan derfor ikke pålægge selskabet at dække restbeløbet, som klageren betalte den 30/4 2025.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at ægtefællen kontaktede egen læge den 14/4 2025 med svære rygsmerter igennem 14 dage, og at ægtefællen den 11/5 2025 oplyste til privathospitalet, at han havde haft smerter gennem 6 uger, at smerterne var så stærke, at han havde svært ved at sidde ned, at smerterne var med udstråling til låret, og at han ikke havde været på arbejde i 6 uger på grund af smerterne.

Ankenævnet for Forsikring

15.

104460

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at ægtefællen havde været sygemeldt pga. ryggerne i ca. 4 uger, da klageren/ægtefællen den 30/4 2025 betalte restbeløbet uden at kontakte selskabet om ægtefællens udredningsforløb.

Nævnet bemærker, at generne er beskrevet som vedvarende, og at der derfor ikke er grundlag til at statuere, at der skulle være indtrådt en betydelig forværring efter den 30/4 2025.

Tabsbegrænsningspligten betyder i den konkrete situation, at klageren/ægtefællen som minimum skulle have kontaktet selskabet, inden betaling af restbeløbet, for derved at få afklaret, hvordan han skulle forholde sig. En undladelse heraf må anses for groft uagtsomt. Nævnet må lægge til grund, at selskabet ville have oplyst, at klageren/ægtefællen ikke skulle betale restbeløbet, hvis klageren havde bedt selskabet om en forhåndsvurdering.

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.

Klagegebyret tilbagebetales, idet selskabet i forbindelse med sagens behandling for nævnet delvist har imødekommet klagerens krav.



Hans-Jørgen Nymark Beck